Sumário

1 APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO CEM 1

2 MODELO GERENCIAL 3

2.1 Objeto 3

2.2 Justificativa Da Parceria 3

2.3 Caracterização do Modelo Gerencial 6

2.3.1 Introdução 6

2.3.2 Missão, Visão e Valores 7

2.3.3 Alicerces Do Modelo Gerencial 8

2.3.4 Alta Resolutividade 11

2.3.5 A forma de encaminhamento 11

2.3.6 Acompanhamento dos pacientes 12

2.4 Etapas Para Implantação do Modelo Gerencial 12

2.5 Estrutura da Proposta de Trabalho 16

2.6 Objetivos Da Proposta 18

2.6.1 Objetivo Geral 18

2.6.2 Objetivos Específicos 18

2.6.3 Descrição Da Unidade 22

2.6.4 Capacidade Instalada 22

2.6.5 Definição Dos Serviços 24

3 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS 39

3.1 Introdução 39

3.2 Estrutura 39

3.3 Acessos HERSO 40

3.4 Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) 42

3.5 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas 43
3.5.1 Circulações Externas e Internas 43
3.5.2 Acessos 44
3.5.3 A Gestão Eficiente Por Meio Dos Fluxos Do HERSO: 44
3.5.4 Os Principais Tipos De Fluxo 48
3.5.5 A Setorização 49
3.5.6 Fluxos de Áreas Restritivas: 49
3.5.7 Fluxos de Áreas Externas 54
3.5.8 Fluxo de Resíduos (Acesso Livre): 61
3.5.9 Fluxos de Áreas Internas: 61
3.5.10 Paciente Externo: 65
3.5.11 Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos 68
3.6 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas 97
3.6.1 Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados 104
3.6.2 Fluxo Unidirecional Para Roupas 119
3.7 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde 137
3.7.1 Finalidades 138
3.7.2 Treinamento 141
3.7.3 Avaliação E Monitoramento Do Pgrss 142
3.7.4 Equipamento De Segurança Outras Medidas Do Pgrss 143
3.7.5 O Recolhimento Dos Resíduos Do Pgrss 144
3.7.6 Tipos De Resíduos Previstos 144
3.7.7 Grupo A: 145
3.7.8 Acondicionamento Antes Da Coleta 146
3.7.9 Transporte Externo, Tratamento E Destinação Final 146
3.7.10 Grupo D Resíduo Comum 149

3.7.11 Grupo E Resíduo Perfuro Cortante 151

3.7.12 Plano De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde (Pgrss) . 154

4 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 197

4.1 Implantação de Logística de Suprimentos 197

4.1.1 Implantação De Logística De Suprimentos 199

4.1.2 Pop - Solicitação De Produtos Para O Almoxarifado 206

4.1.3 Pop - Liberação De Material 209

4.1.4 Pop - Solicitação De Compras 214

4.1.5 Pop - Recebimento De Produtos 217

4.1.6 Pop - Organização E Armazenamento De Produtos Em Geral 219

4.1.7 Pop - Conferência Das Validades 222

4.1.8 Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços institucionalizada pelo INSTITUTO CEM 224

4.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade 278

4.3 Proposta para Regimento Serviço Multiprofissional 369

4.4 Proposta para Regimento Serviço de Enfermagem 379

4.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário 393

4.5.1 Modelo De Gestão Da Informação 393

4.5.2 Projeto De Tecnologia Da Informação 394

4.5.3 Soul Mv– Sistema De Gestão Hospitalar 409

4.5.4 Trello -Aplicativo De Gerenciamento De Projetos 413

4.5.5 Sistema De Gerenciamento De Processos Doccem. 415

4.5.6 Gerenciamento De Dados Business Intelligence. 426

4.5.7 Política De Segurança Da Informação 430

4.5.8 Política Do Sistema De Gestão Hospitalar Soulmv 437

4.5.9 Plano De Contingência Paraparalisação Do Sistema Mv/Servidores/Internet 441

4.5.10 Serviços Gerais De Tecnologia Da Informação 447

4.5.11 Tecnologia Da Informação Com Vista Ao Controle Gerencial Da Unidade E Melhoria Do Atendimento Ao Usuário 450

4.6 Regimento Interno Do Corpo Clínico 484

4.6.1 Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos 499

5 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 505

5.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais 505

5.1.1 Protocolos Assistenciais – Medidas de Controle de Qualidade 506

5.1.2 Norma Padronização De Documentos 509

5.1.3 POP -Padronização Protocolo Assistencial 570

5.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão De Custos 577

5.2.1 Manual de Rotinas para Administração Financeira 577

Fluxo Administração Financeira 579

5.2.2 Gestão de Custos 649

5.2.3 Política E Regulamento Interno Financeiro E Orçamentário 723

6 INCREMENTO DE ATIVIDADES 728

6.1 Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde 729

6.1.1 Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar 729

6.1.2 Proposta Geriatria Em Ambulatório 735

6.1.3 Avaliação Multidimensional Do Idoso 736

6.1.4 Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais 738

6.1.5 Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid 739

6.1.6 Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência 741

6.1.7 Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol 742

6.1.8 Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador 745

6.1.9 Cronograma de Atividades dos Projetos de Assistenciais de Saúde..... 753
6.2 Proposta de Projetos Assistenciais Sociais 755
6.2.1 Projetos Sociais 755
6.2.2 Cronograma de Atividades dos Projetos de Humanização 788
7 QUALIDADE OBJETIVA 791
7.1 Comissão de Ética Médica 791
7.1.1 Proposta de Constituição 791
7.1.2 Proposta de Regimento Interno 793
7.1.3 Cronograma de Atividade Anual 800
7.2 Comissão de Ética em Enfermagem 801
7.2.1 Proposta de Constituição 801
7.2.2 Proposta de Regimento Interno 802
7.2.3 Cronograma de Atividade Anual 816
7.3 Comissão de Biossegurança 817
7.3.1 Proposta de Constituição 817
7.3.2 Proposta de Regimento Interno 818
7.3.3 Cronograma de Atividade Anual 824
7.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar 825
7.4.1 Proposta de Constituição 825
7.4.2 Proposta de Regimento Interno 840
7.4.3 Cronograma de Atividade Anual 847
7.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 850
7.5.1 Proposta de Constituição 850
7.5.2 Proposta de Regimento Interno 852
7.5.3 Cronograma de Atividade Anual 857
7.5.4 Organização 858
7.6 Comissão de Verificação de Óbitos 864

7.6.1 Proposta de Constituição 864
7.6.2 Proposta de Regimento Interno 865
7.6.3 Cronograma de Atividade Anual 868
7.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA 869
7.7.1 Proposta de Constituição 869
7.7.2 Proposta de Regimento Interno 871
7.7.3 Cronograma de Atividade Anual 879
7.7.4 Plano anual de prevenção de acidentes. 880
7.7.5 Plano de Manutenção 882
7.8 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT 915
7.8.1 Proposta de Constituição 915
7.8.2 Proposta De Regimento Interno 915
7.8.3 Cronograma Anual De Atividade 920
7.9 Comissão de Documentação Médica e Estatística 923
7.9.1 Proposta de Constituição 923
7.9.2 Apresentação de dados quanto ao volume assistencial. 925
7.9.3 Proposta de Regimento Interno 927
7.9.4 Cronograma de Atividade Anual 934
7.10 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 935
7.10.1 Proposta de Constituição 935
7.10.2 Da Proposta De Regimento Interno 936
7.10.3 Cronograma de Atividade Anual 947
7.11 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) 949
7.11.1 Proposta de Constituição 949
7.11.2 Proposta de Regimento Interno 950
7.11.3 Cronograma de Atividade Anual 957

7.12 Comissão de Proteção Radiológica 961
7.12.1 Proposta de Constituição 961
7.12.2 Proposta de Regimento Interno 961
7.12.3 Cronograma De Atividade Anual 966
7.13 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde 968
7.13.1 Proposta de Constituição 968
7.13.2 Regimento interno da Comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde 968
7.13.3 Cronograma de Atividade Anual 974
7.14 Comitê Transfusional 985
7.14.1 Proposta de Constituição 985
7.14.2 Proposta de Regimento Interno 986
7.14.3 Cronograma de Atividade Anual 991
7.15 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 993
7.15.1 Proposta de Constituição 993
7.15.2 Proposta de Regimento Interno 994
7.15.3 Cronograma de Atividade Anual 1000
7.16 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar 1002
7.16.1 Proposta de Constituição 1002
7.16.2 Proposta de Regimento Interno 1003
7.16.3 Cronograma de Atividade Anual 1019
7.17 Comissão Interna de Qualidade 1021
7.17.1 Proposta de Constituição 1021
7.17.2 Proposta de Regimento Interno 1022
7.17.3 Cronograma de Atividade Anual 1032
7.18 Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele 1035
7.18.1 Proposta de Constituição 1035

7.18.2 Proposta de Regimento Interno 1035

7.18.3 Cronograma Anual de Atividade 1044

7.19 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar 1045

7.19.1 Proposta de Constituição 1045

7.19.2 Proposta de Regimento Interno 1047

7.19.3 Cronograma Anual de Atividade 1051

7.20 Núcleo Interno de Regulação (NIR) 1054

7.20.1 Proposta de Constituição 1054

7.20.2 Regulamento Do Núcleo Interno De Regulação (Nir) 1054

7.20.3 Cronograma de Atividade Anual 1063

7.21 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) 1065

7.21.1 Proposta de Constituição 1065

7.21.2 Proposta de Regimento Interno 1066

7.21.3 Cronograma de Atividade Anual 1071

7.22 Comissão de Farmácia e Terapêutica 1072

7.22.1 Proposta de Constituição 1072

7.22.2 Proposta de Regimento Interno 1073

7.22.3 Cronograma de Atividade Anual 1082

7.23 Comitê de Compliance 1084

7.23.1 Proposta de Constituição 1084

7.23.2 Proposta de Regimento Interno 1084

7.23.3 Cronograma de Atividade Anual 1093

7.24 Outras Comissões 1097

7.24.1 Comissão de Residência Médica (COREME) 1097

7.24.2 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) 1120

7.24.3 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde 1134

7.24.4 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT 1154

7.24.5 Comissão Do Monitoramento De Indicadores 1170

7.24.6 Comissão de Análise de Contratos terceirizados 1188

7.24.7 Comissão de Ética multiprofissional 1201

7.24.8 Comissão de Controles Internos 1214

7.24.9 Comissão de Humanização 1228

7.24.10 Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde 1238

7.24.11 Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas 1248

7.25 Desenvolvimento da unidade 1259

7.25.1 Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde 1259

7.25.2 Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde 1305

7.25.3 Possuir parceria com instituições de ensino, ou suas próprias para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública em concordância com o Plano Estadual de Saúde vigente 1330

7.25.4 Projeto de hospital ensino para a unidade 1330

8 QUALIDADE SUBJETIVA 1345

8.1 ACOLHIMENTO 1345

8.1.1 Manual Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários e Acompanhantes na Emergência conforme de Classificação de Risco 1349

8.1.2 Proposta e Metodologia e Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários 1371

8.1.3 Proposta para Implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH) 1380

8.1.4 Pop Atribuição Do Assistente Social Na Emergência 1385

8.2 ATENDIMENTO 1389

8.2.1 Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente..... 1389

8.2.2 Proposta de Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes 1389

8.2.3 Atendimento Portadores De Necessidades Especiais / Idosos/ Crianças 1403

8.3 Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação..... 1410

8.3.1 Definição 1410

8.3.2 Acesso a Ouvidoria 1411

8.3.3 Sistema Nacional de Ouvidorias 1412

8.3.4 Proposta para Implantar Ouvidoria 1413

8.3.5 Proposta Para Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário . 1444

9 Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente 1539

9.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos 1539

9.1.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1539

9.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos 1539

9.2.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1539

9.3 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos1539

9.3.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1539

9.4 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO 1539

9.4.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1540

9.5 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente. 1540

9.5.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1540

10 Estrutura e experiência da Diretoria 1541

10.1 Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 1541

10.1.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria 1541

10.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto) 1541

10.2.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria 1541

10.3 Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto) 1541

10.3.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria 1541

11 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar 1542

11.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho. 1542

11.2 Internação: 1542

11.2.1 Atendimento às Urgências Hospitalares 1542

11.2.2 Atendimento Ambulatorial 1543

11.2.3 Cirurgias Eletivas 1546

11.2.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico 1549

11.3 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas deambulatório e urgência 1552

11.3.1 ANEXO - Protocolos de enfermagem ambulatório e urgência 1552

11.4 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto. 1552

11.4.1 ANEXO - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade 1552

11.5 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos. 1552

11.5.1 ANEXO - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios 1552

11.6 Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios. 1552

11.6.1 ANEXO - Proposta para Convênio Cooperação Técnica 1553

11.7 Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular 1553

11.7.1 ANEXO – Apresentação Título Stricto Sensu Gestão..... 1553

11.8 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico. 1553

11.8.1 ANEXO – Protocolos de enfermagem internação enfermarias..... 1553

12 Implementação e Funcionamento de outros Serviços 1554

12.1 Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima 1554

12.2 Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima. 1658

12.3 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima. 1675

12.3.1 Proposta de Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos 1688

12.3.2 Planejamento Estratégico – Diretoria Adminstrativa E Financeira 1744

12.4 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares 1749

12.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial 1784

12.5.1 Do Processo De Contratação De Terceiros 1786

12.5.2 Das Obrigações Diversas Dos Serviços Contratados Pelo Instituto Cem Para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO 1789

12.5.3 Serviços De Limpeza Hospitalar 1791

12.5.4 Serviços De vigilância 1792

12.5.5 Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns 1793

12.5.6 Prestação de serviços de vigilância, controle e fiscalização, inclusive através de vigilância eletrônica 1794

12.5.7 Serviço De Manutenção Predial 1796

12.5.8 Dos Procedimentos De Compra E Contratação 1797

12.5.9 Do Recebimento Das Propostas 1799

12.5.10 Da Analise Das Propostas 1800

12.5.11 Da Documentação Para Habilitação 1801

12.5.12 Do Resultado 1802

12.5.13 Regulamento Para Os Procedimentos De Compra, Contratação De Obras, Contratação De Serviços E Alienações 1803

12.5.14 Dos Critérios Específicos De Contratação 1819

12.6 Manual de Rotinas Administrativas para a Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio 1841

12.6.1 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo 1841

12.6.2 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares 1899

12.7 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo 1939

13 Política De Recursos Humanos 2000

13.1 De Pessoas Gestão Do Trabalho E Servidores 2000

13.1.1 Quadro De Servidores Cedidos 2004

13.2 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações. 2006

13.2.1 Programa De Desenvolvimento Humano Organizacional 2006

13.2.2 Estrutura Do Programa De Desenvolvimento Humano Organizacional 2010

13.2.3 Uso das informações da pesquisa de clima: 2028

13.2.4 Da Política De Recursos Humanos 2049

13.3 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção. 2086

13.3.1 Regulamento Dos Procedimentos Para Recrutamento, Seleção E Contratação De Pessoal 2086

13.3.2 Modelo De Contrato De Trabalho 2096

13.3.3 Proposta para Identificar, controlar o absenteísmo e Estimular Produção 2098

13.3.4 Programa De Educação Permanente 2108

13.3.5 Programa De Acolhimento Dos Colaboradores 2120

13.4 Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.... 2131

13.4.1 Registro e Controle de Pessoal e Modelo para Escalas de Trabalho... 2131

13.4.2 Regime de Contratação 2132

13.4.3 Regra para Elaborar Escalas de Serviços 2133

13.4.4 Registro de Ponto dos Funcionários 2133

13.4.5 Modelo de Escala Médica 2134

13.4.6 Modelo De Escala Dos Servidores 2135

13.4.7 Exemplos De Escalas Assistenciais 2136

13.1 Apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais 2139

13.2 Quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital 2146

13.2.1 QUALIFICAÇÃO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS 2146

14 Metodologia de Projetos 2179

14.1 Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis. 2179

14.2 Planejamento Da Proposta De Trabalho 2179

14.2.1 Introdução 2179

14.2.2 Escopo Do Projeto 2180

14.2.3 Metas De Produção e Indicadores de Desempenho 2191

14.2.4 Planejamento Estratégico 2194

14.2.5 Planejamento Tático 2195

14.2.6 Planejamento Operacional 2195

14.2.7 Pilares Operacionais: 2196

14.2.8 Objetivos Estratégicos: 2197

14.3 Plano Operacional das atividades 2200

14.4 Cronograma De Implantação De Metodologia De Trabalho 2209

14.5 Resultados Esperados 2226

14.6 Custos 2228

15 Recursos financeiros 2229

15.1 Metodologia 2229

15.2 Estimativa De Custeio Operacional - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO 2231

15.3 Especificações Técnicas Da Gestão Do Trabalho E Dos Servidores Cedidos 2234

15.4 Quadro De Servidores Cedidos 2239

ANEXOS

ANEXO - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios 2240

ANEXO - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade 2420

ANEXO - Protocolos de enfermagem ambulatório e urgência 2613

ANEXO – Protocolos de enfermagem internação enfermarias 3518

ANEXO - Parcerias Com Instituições De Ensino 4079

ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 4342

ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria 4983

ANEXO – Apresentação Título Stricto Sensu Gestão 5385

ANEXO - Proposta para Convênio Cooperação Técnica 5436



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

INSTITUTO CE

Santa Helena de Goiás -2023

VOLUME 1

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74.810-100, GOIÂNIA/GO – TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

DESPACHO Nº 129/2023/SES/CICGSS-06505

Referência: Processo nº 202300010023378 Interessado(a): SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE **Assunto: RETOMADA DE SESSÃO HERSO**

1.Trata-se do Chamamento Público a ser realizado pela Secretaria de Estado da Saúde — SES visando a seleção de instituição sem fins lucrativos para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.**

2.Anteriormente, por intermédio do Despacho 124/2023 (v. 51616327) esta Comissão, seguindo determinação do Senhor Secretário, em seu Despacho nº nº 5073/2023 (v. 51597901), suspendeu o presente feito. Este último despacho por sua vez, se baseou no processo 202300047002449 que trata do **Ofício nº 2070/2023** (51592925) de lavra do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, via do qual, cumprindo as determinações do Excelentissimo Senhor Relator, Conselheiro Edson José Ferrari, intimou o Senhor Secretário de Estado da Saúde para tomar conhecimento do inteiro teor do **Despacho nº 526/2023-GCEF** (51592918), que decretou medida cautelar, determinando a sustação, no estado em que se encontram, dos **Chamamentos Públicos nºs 01/2023-SES/GO**, **02/2023-SES/GO**, **03/2023-SES/GO** e **04/2023-SES/GO**, pelos motivos ali expostos, bem como determinar, ainda, em sede de medida cautelar, promova sustação, no estado em que se encontram, de todos os Chamamentos Públicos que estiverem em curso nes Secretaria de Estado da Saúde, cujo objeto seja a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde em unidades públicas, que tem como fundamento a Lei Federal nº 13.019/2014, até que aquele Tribunal examine e delibere sobre o mérito do conteúdo dos Chamamentos Públicos acimas mencionados.

3.Ocorre que que sobreveio decisão judicial (v. 51649815) que determinou a suspensão dos efeitos da decisão cautelar proferida pelo Conselheiro Edson José Ferrari, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

4.Sobreveio ainda, Orientação de cumprimento da decisão judicial, de lavra da Procuradoria- Geral do Estado de Goiás (v. 51655796) de onde se extrai:

Dessa forma, como consta expressamente do *decisum*, **os efeitos da decisão cautelar objeto destes autos (Despacho nº 526/2023) estão, em sua totalidade, suspensos**, sendo plenamente possível o retorno ao trâmite regular dos chamamentos públicos que haviam sido suspensos. A propósito, a menção específica ao chamamento público pertinente ao HERSO não altera esse cenário: cuida-se de mera exemplificação – por se tratar,

efetivamente, do objeto do processo de controle externo nº 202300047002207 –; **n o entanto, o dispositivo do *decisum* é cristalino quanto ao fato de a suspensão abarcar a totalidade da decisão cautelar exarada pelo Conselheiro *Edson José Ferrari.***

5. Na confluência do exposto, elabora-se o presente despacho que, a par de relatar o cenário posterior à edição do Despacho nº 526/2023, **orienta o cumprimento da decisão preliminar exarada pelo Presidentedo Tribunal de Justiça do Estado de Goiás** (SEI nº 51657049), que determinou a suspensão integral do Despacho nº 526/2023.

6. Deste modo, atendendo a referida decisão, retoma-se o presente feito, designando a ssessão de abertura com entrega dos envelopes para amanhã, dia 14/09/2023 às 14 hs na sala do CONECTA/SUS, nesta Pasta.

GOIANIA, 13 de setembro de 2023.

LAYANY RAMALHO LOPES SILVA

Presidente CICGSS/SES/GO

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO PROCESSO: 202300010023436

O Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, torna público o presente edital de chamamento público para a seleção de entidade de direito privado sem fins lucrativos caracterizada como organização da sociedade civil, com experiência prévia comprovada na gestão de unidades hospitalares com perfil de Média e Alta Complexidade, para a gestão operacionalização e execução dos serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 . O presente Chamamento Público e a parceria dele decorrente se regem por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Federal nº 13.019/2014 e a Lei complementar nº 141/12, bem como pelas regras constantes deste Edital e seus Anexos, as quais as entidades concorrentes declaram, pela sua participação no certame, conhecer e a elas se sujeitarem incondicional e irrestritamente.

Data: 28/09/2023 Horário: 9 horas.

Local: As sessões públicas, relativas ao presente Chamamento Público, serão realizadas na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES/GO, situada na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia – Goiás.

Edital: site https://www.saude.go.gov.br/

DESPACHO Nº 128/2023/SES/CICGSS-06505

Referência: Processo nº 202300010023436 Interessado(a): SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE **Assunto: RETOMADA DO CERTAME**

Versam os autos respeito da abertura e publicação de novo Edital de Chamamento Público, com objetivo de selecionar entidade sem fins lucrativos, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, por período de 36 (trinta e seis) meses, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas).

Anteriormente, por intermédio do Despacho 125/2023 (v. 51616352) esta Comissão, seguindo determinação do Senhor Secretário, em seu Despacho nº nº 5073/2023 (v. 51597901), suspendeu o presente feito. Este último despacho por sua vez, se baseou no processo 202300047002449 que trata do **Ofício nº 2070/2023** (51592925) de lavra do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, via do qual, cumprindo as determinações do Excelentissimo Senhor Relator, Conselheiro Edson José Ferrari, intimou o Senhor Secretário de Estado da Saúde para tomar conhecimento do inteiro teor do **Despacho nº 526/2023-GCEF** (51592918), que decretou medida cautelar, determinando a sustação, no estado em que se encontram, dos **Chamamentos Públicos nºs 01/2023-SES/GO**, **02/2023-SES/GO**, **03/2023-SES/GO** e **04/2023-SES/GO**, pelos motivos ali expostos, bem como determinar, ainda, em sede de medida cautelar, promova sustação, no estado em que se encontram, de todos os Chamamentos Públicos que estiverem em curso nesta Secretaria de Estado da Saúde, cujo objeto seja a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde em unidades públicas, que tem como fundamento a Lei Federal nº 13.019/2014, até que aquele Tribunal examine e delibere sobre o mérito do conteúdo dos Chamamentos Públicos acimas mencionados.

Ocorre que que sobreveio decisão judicial (v. 51649815) que determinou a suspensão dos efeitos da decisão cautelar proferida pelo Conselheiro Edson José Ferrari, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

1 Sobreveio ainda, Orientação de cumprimento da decisão judicial, de lavra da Procuradoria- Geral do Estado de Goiás (v. 51655796) de onde se extrai:

Dessa forma, como consta expressamente do *decisum*, **os efeitos da decisão cautelar objeto destes autos (Despacho nº 526/2023) estão, em sua totalidade, suspensos**, sendo plenamente possível o retorno ao trâmite regular dos chamamentos públicos que haviam sido suspensos. A propósito, a menção específica ao chamamento público pertinente ao HUGO não altera esse cenário: cuida-se de mera exemplificação – por se tratar, efetivamente, do objeto do processo de controle externo nº 202300047002207 –; **no entanto, odispositivo do *decisum* é cristalino quanto ao fato de a suspensão abarcar a totalidade da decisão cautelar e xarada pelo Conselheiro *Edson José Ferrari.***

- Na confluência do exposto, elabora-se o presente despacho que, a par de relatar o cenário posterior à edição do Despacho nº 526/2023, **orienta o cumprimento da decisão preliminar exarada pelo Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás** (SEI nº 51657049), que determinou a suspensão integral do Despacho nº 526/2023.

Deste modo, atendendo a referida decisão, retoma-se o presente feito, mantendo-se a sessão de abertura, na data de designada no edital, qual seja: 28/09/2023 às 9 hs.

GOIANIA, 13 de setembro de 2023.

LAYANY RAMALHO LOPES SILVA

PRESIDENTE CICGSS/SES/GO

Sumário

1 APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO CEM 1
2 MODELO GERENCIAL 3
2.1 Objeto 3
2.2 Justificativa Da Parceria 3
2.3 Caracterização do Modelo Gerencial 6
2.3.1 Introdução 6
2.3.2 Missão, Visão e Valores 7
2.3.3 Alicerces Do Modelo Gerencial 8
2.3.4 Alta Resolutividade 11
2.3.5 A forma de encaminhamento 11
2.3.6 Acompanhamento dos pacientes 12
2.4 Etapas Para Implantação do Modelo Gerencial 12
2.5 Estrutura da Proposta de Trabalho 16
2.6 Objetivos Da Proposta 18
2.6.1 Objetivo Geral 18
2.6.2 Objetivos Específicos 18
2.6.3 Descrição Da Unidade 22
2.6.4 Capacidade Instalada 22
2.6.5 Definição Dos Serviços 24
3 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS 39
3.1 Introdução 39
3.2 Estrutura 39
3.3 Acessos HERSO 40
3.4 Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) 42
3.5 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas 43
3.5.1 Circulações Externas e Internas 43
3.5.2 Acessos 44
3.5.3 A Gestão Eficiente Por Meio Dos Fluxos Do HERSO: 44

3.5.4 Os Principais Tipos De Fluxo 48
3.5.5 A Setorização 49
3.5.6 Fluxos de Áreas Restritivas: 49
3.5.7 Fluxos de Áreas Externas 54
3.5.8 Fluxo de Resíduos (Acesso Livre): 61
3.5.9 Fluxos de Áreas Internas: 61
3.5.10 Paciente Externo: 65
3.5.11 Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos 68
3.6 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas 97
3.6.1 Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados 104
3.6.2 Fluxo Unidirecional Para Roupas 119
3.7 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde 137
3.7.1 Finalidades 138
3.7.2 Treinamento 141
3.7.3 Avaliação E Monitoramento Do Pgrss 142
3.7.4 Equipamento De Segurança Outras Medidas Do Pgrss 143
3.7.5 O Recolhimento Dos Resíduos Do Pgrss 144
3.7.6 Tipos De Resíduos Previstos 144
3.7.7 Grupo A: 145
3.7.8 Acondicionamento Antes Da Coleta 146
3.7.9 Transporte Externo, Tratamento E Destinação Final ..... 14[illegible]
3.7.10 Grupo D Resíduo Comum 149
3.7.11 Grupo E Resíduo Perfuro Cortante 151
3.7.12 Plano De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde (Pgrss) 154
4 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 197
4.1 Implantação de Logística de Suprimentos 197
4.1.1 Implantação De Logística De Suprimentos 199
4.1.2 Pop - Solicitação De Produtos Para O Almoxarifado 206
4.1.3 Pop - Liberação De Material 209
4.1.4 Pop - Solicitação De Compras 214
4.1.5 Pop - Recebimento De Produtos 217
4.1.6 Pop - Organização E Armazenamento De Produtos Em Geral 219
4.1.7 Pop - Conferência Das Validades ..... 22[illegible]

4.1.8 Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços institucionalizada pelo INSTITUTO CEM 224

4.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade 278

4.3 Proposta para Regimento Serviço Multiprofissional 369

4.4 Proposta para Regimento Serviço de Enfermagem 379

4.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário 393

4.5.1 Modelo De Gestão Da Informação 393

4.5.2 Projeto De Tecnologia Da Informação 394

4.5.3 Soul Mv– Sistema De Gestão Hospitalar 409

4.5.4 Trello -Aplicativo De Gerenciamento De Projetos 413

4.5.5 Sistema De Gerenciamento De Processos Doccem. 415

4.5.6 Gerenciamento De Dados Business Intelligence. 426

4.5.7 Política De Segurança Da Informação 430

4.5.8 Política Do Sistema De Gestão Hospitalar Soulmv 437

4.5.9 Plano De Contingência Paraparalisação Do Sistema Mv/Servidores/Internet .. 441

4.5.10 Serviços Gerais De Tecnologia Da Informação 447

4.5.11 Tecnologia Da Informação Com Vista Ao Controle Gerencial Da Unidade E Melhoria Do Atendimento Ao Usuário 450

4.6 Regimento Interno Do Corpo Clínico 484

4.6.1 Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos 499

5 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 505

5.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais 505

5.1.1 Protocolos Assistenciais – Medidas de Controle de Qualidade 506

5.1.2 Norma Padronização De Documentos 509

5.1.3 POP -Padronização Protocolo Assistencial 570

5.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão De Custos 577

5.2.1 Manual de Rotinas para Administração Financeira 577

Fluxo Administração Financeira 579

5.2.2 Gestão de Custos 649

5.2.3 Política E Regulamento Interno Financeiro E Orçamentário 723

6 INCREMENTO DE ATIVIDADES 728

6.1 Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde 729
6.1.1 Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar 729
6.1.2 Proposta Geriatria Em Ambulatório 735
6.1.3 Avaliação Multidimensional Do Idoso 736
6.1.4 Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais 738
6.1.5 Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid 739
6.1.6 Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência 741
6.1.7 Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol ..... 74.
6.1.8 Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador 745
6.1.9 Cronograma de Atividades dos Projetos de Assistenciais de Saúde 753
6.2 Proposta de Projetos Assistenciais Sociais 755
6.2.1 Projetos Sociais 755
6.2.2 Cronograma de Atividades dos Projetos de Humanização 788

1 APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO CEM

O INSTITUTO CEM, é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, fundado em 05 de março de 2010, inscrito no CNPJ/MF 12.053.184/0001-37, está localizado Estado de Goiás, Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia – GO, com foco de atuação na área de saúde e que trabalha em parceria com os Municípios, priorizando a consolidação do Sistema Único de Saúde.

1) MISSÃO:

Promover a qualidade e introduzir a inteligência emocional dentro da Gestão Pública nas áreas de Saúde, Meio Ambiente, Educação e Psicossocial, além de fornecer um atendimento humanizado à população e incentivar os profissionais que nelas trabalham.

2) VISÃO:

Ser reconhecido pela sociedade como Entidade que busca a melhoria na Gestão Pública através de técnicas conhecidas do setor privado.

3) VALORES:

- Humanização
- Respeito pelo trabalho em equipe
- Compromisso com a ética e a moral
- Comprometimento com o bem estar e a saúde
- Respeito à individualidade e suas necessidades
- Transparência no exercício
- Responsabilidade social e pública
- Assertividade da gestão do setor privado no setor público.

4) Dados do INSTITUTO CEM

Proponente: INSTITUTO CEM
CNPJ: 12.053.184/0001-37,

Endereço: Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia - GO

Fone: (62) 3157.0732

Email: presidente@institutocem.org.br

Responsável pela Assinatura do Contrato:

Nome: Jeziel Barbosa Ferreira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Empresário

RG: 1625936 SSP/GO

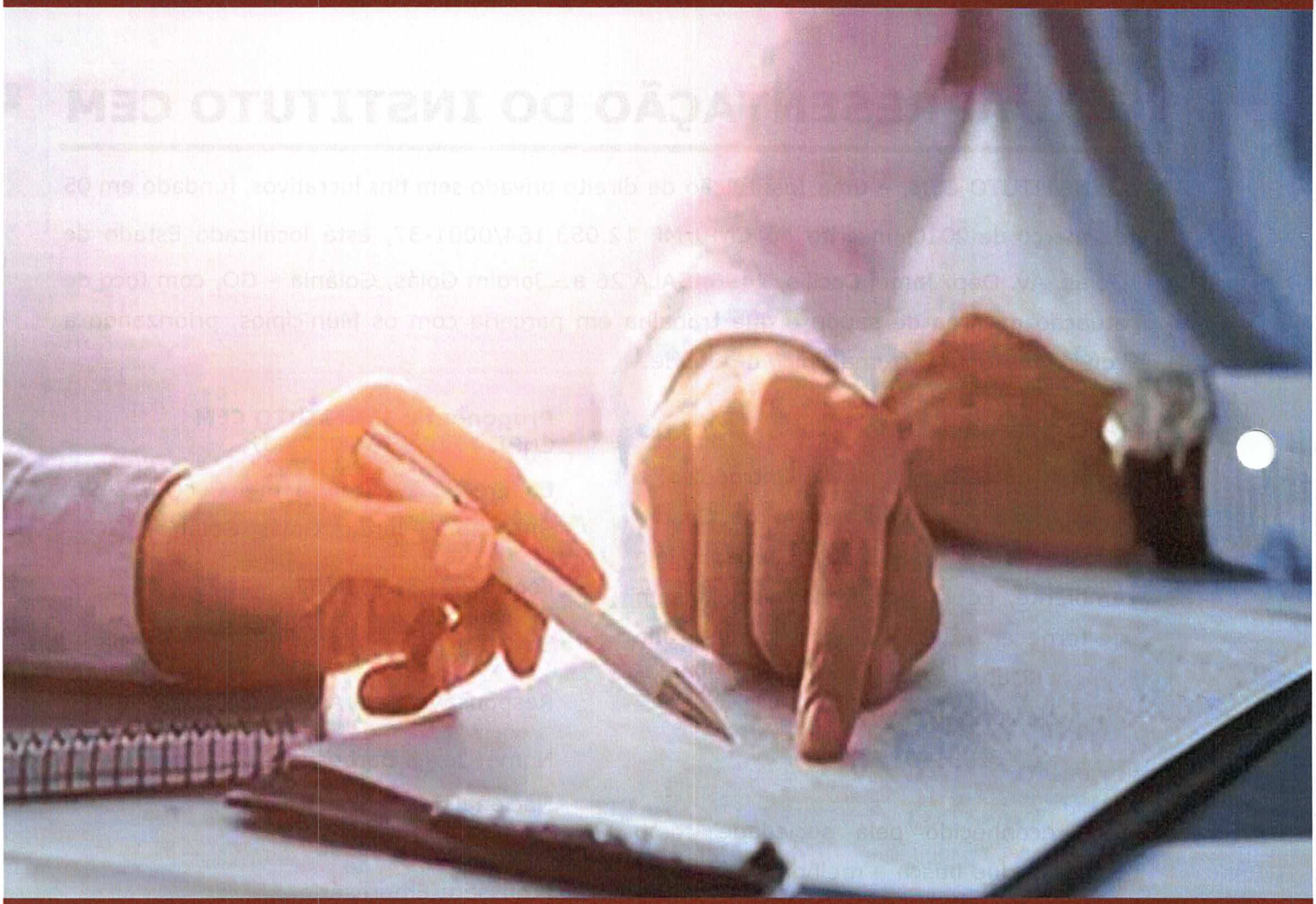
CPF: 486.308.411-91

Endereço: Rua S5, nº 440, apto 301 – Ed. Beneville, Setor Bela Vista, CEP 74823-460, Goiânia/GO.

Dados Bancários:

Banco: Caixa Econômica Federal

Agência: 01241 Conta Corrente: 2719-5 - Operação 003



MODELO GERENCIAL

2 MODELO GERENCIAL

2.1 Objeto

O presente Plano de Trabalho tem por objeto a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização da Sociedade Civil — OSC, visando à celebração de Termo de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme definido a seguir.

2.2 Justificativa Da Parceria

A presente parceria se justifica em razão da necessidade de selecionar a melhor proposta por meio de Chamamento Público, com base nos princípios administrativos da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, bem como em critérios técnicos, para celebrar Termo de Colaboração destinado às atividades de saúde do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

Cabe ressaltar que esse modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal, através da Lei nº 13.019/2014.

A implantação do modelo de parceria é uma das estratégias adotadas pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização da Sociedade Civil se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização da Sociedade Civil são:

- Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;
- Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
- Agilidade na tomada de decisões;
- Menores gastos com recursos humanos.

Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que muitas vezes não atingem as atividades prestadas por uma Organização da Sociedade Civil.

As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização da Sociedade Civil são garantidas por meio de um Termo de Colaboração, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública

de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma entidade privada, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas do Termo de Colaboração.

Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização das parcerias, com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias, objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

Para a elaboração da Proposta de Trabalho, as instituições candidatas deverão observar as seguintes premissas:

- Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;
- Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
- Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);
- Busca de certificação de qualidade em saúde;
- A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;

- A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação Lato Sensu, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

Somado a todo o exposto, temos ainda que na realidade fática atual, é inviável que o Estado assuma o gerenciamento direto das Unidades Hospitalares.

A inviabilidade de assunção direta se dá principalmente em razão do Poder Público não dispor de tempo hábil para formalização de licitações para aquisições de medicamentos, insumos, equipamentos, correlatos e outros, fundamentais ao abastecimento da Unidade Hospitalar, bem como ante a impossibilidade de proceder por contratação de serviços essenciais ao funcionamento da Instituição, e, ainda, em razão da inexistência de recursos humanos efetivo para atender a demanda.

Portanto, dentro da razoabilidade, a contratação de OSC será para prestar uma assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com qualidade, em busca constante da excelência do cuidado ofertado.

2.3 Caracterização do Modelo Gerencial

2.3.1 Introdução

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

O SUS nasceu num ambiente em que a saúde era centralizada, concentrada e não hierarquizada, e foi precedido pelas Ações Integradas de Saúde — AIS e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados — SUDS, sendo necessário a positivação das normas e diretrizes do SUS na Constituição, instituindo "tarefas para o Estado", com objetivo de descentralizar, regionalizar e hierarquizar a prestação do serviço.

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

Surge a partir das mudanças tecnológicas, da globalização dos mercados e da competitividade;

Inspira-se em conceitos de administração privada sem contudo confundir-se com ela buscar maior eficiência com definição na precisa dos objetivos e foco em resultados;

- Oferecer qualidade nos serviços, orientados ao cidadão-usuário;
- Descentralização das competências;
- Redução dos níveis hierárquicos;
- Planejamento estratégico participativo e democrático;
- Adequação do modelo às teorias administrativas mais modernas;

2.3.2 Missão, Visão e Valores

MISSÃO

Ser um hospital Geral, de esfera pública, de Média e Alta Complexidade em Urgência e Emergência, promover a assistência hospitalar humanizada, com dignidade e respeito, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões. Oferecerá suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

VISÃO de FUTURO

Ser referência regional em resolubilidade terapêutica hospitalar, tornando-se um padrão de excelência em atenção hospitalar.

VALORES

- Atendimento humanizado conforme os preceitos do PNH do SUS
- Contribuir para a evolução do ensino e pesquisa na área médica através da disponibilização de uma estrutura eficiente e moderna para docentes e discentes
- Cooperar tecnicamente, mediante solicitação e/ou orientação da SES, com a rede de assistência à saúde no Estado de Goiás
- Estimular e aferir permanentemente a resolubilidade no atendimento hospitalar
- Estimular permanentemente a evolução técnica e acadêmica de seus colaboradores, através de estímulos individuais ou coletivos, através de programas de intercâmbio com instituições de saúde de excelência, através de programas apoiados/incentivados pelas esferas governamentais.
- Gestão criteriosa dos impactos da atividade hospitalar no ambiente
- Priorizar a qualidade assistencial aos usuários do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**
- Transparência e ética na gestão do bem público

2.3.3 Alicerces Do Modelo Gerencial

2.3.3.1 Do Modelo De Gestão: Resolubilidade Assistencial

Definição:_"A resolubilidade assistencial na saúde traduz-se pelo uso mais racional e eficaz possível dos recursos. diagnósticos e :terapêuticos à - disposição- -do, profissional de saúde visando atender às necessidades decorrentes patologia do usuário."

Como seremos eficientes neste pilar:_Por. meio dos 5 alicerces nos- quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas. adequadas. para alcançarmos a resolubilidade assistencial no Hospital:

- Protocolos Clínicos definidos
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos

- Medição frequente dos Resultados (quantitativos, qualitativos e financeiros) alcançados propiciando o feedback para a eventual correção de rumos
- Previsibilidade e medidas saneadoras/mitigadoras quanto à ocorrência de eventos adversos
- Treinamento constante dos colaboradores visando o adequado atendimento humanizado e técnico dos usuários (como já explicitado) e a permanente atualização e divulgação das normas e procedimentos fundamentais para o perfeito funcionamento administrativo da Unidade.

2.3.3.2 Do Modelo de Gestão: A Satisfação Do Usuário

Definição: O usuário, via de regra, em relação ao ambiente médico-hospitalar, padece da assimetria de informação. Ou seja, não tem mecanismos adequados, de per si, para avaliar, qualitativamente, a real extensão e profundidade do atendimento médico-hospitalar que está recebendo.

É comum, tanto no ambiente público quanto privado, os usuários (e seus acompanhantes) reportarem queixas predominantemente voltadas aos aspectos acessórios do atendimento médico-hospitalar, tais como demora no atendimento, burocracia excessiva, falta de simpatia/empatia com médicos, paramédicos e colaboradores em geral do hospital, críticas às instalações físicas não conservadas adequadamente etc.

Como seremos eficientes nesse pilar: Por meio dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas -para alcançarmos um excelente nível de satisfação dos usuários do Hospital

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SIJS e Acolhimento do Usuário:
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos
- Medição frequente da Satisfação dos Usuários por m e de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações ouvidoria etc.), e o imediato feedback para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário

- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar- descontentamentos dos usuários durante o atendimento na U S E (Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Cliente — SAC disponível durante o horário comercial)
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

2.3.3.3 Do Modelo De Gestão: Gestão Hospitalar

Definição: A gestão hospitalar eficaz requer uma ampla variedade de apões, controles, medições, obtenção e divulgação de informações específicas para diversos interlocutores: colaboradores, usuários, fornecedores, entes públicos e privados, bancos etc. Portanto são necessárias diversas ferramentas de gestão para que a gestão hospitalar possa ser eficaz em todos os seus aspectos fundamentais:

- Satisfação do usuário
- Eficácia operacional
- Custos racionais e controlados
- Divulgação da informação adequada e oportuna para cada interlocutor
- Liderança no papel de promover a evolução e qualificação permanente de colaboradores
- Controle dos riscos tanto operacionais quanto ambientais.

Como seremos eficientes nesse pilar: Por meio dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um nível de excelência em gestão no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**:

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos
- Medição frequente a da Satisfação dos Usuários por meio de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de Sugestões/reclamações; ouvidoria etc.), e o imediato feedback para as -áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho. para o atingimento do nível: de excelência na satisfação do usuário

- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar -descontentamentos dos usuários durante o atendimento no hospital (Serviço de Atendimento ao Cliente — SAC disponível durante o horário Comercial)
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos -requisitos dê Resolubilidade Assistencial ao Usuário.
- Premissas Estratégicas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**

2.3.4 Alta Resolutividade

Sempre que possível, o atendimento no Hospital deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia.

Para tanto, o Hospital deve observar as seguintes diretrizes:

I. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

II. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento do Hospital e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado.

III. O Hospital deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo.

IV. O Hospital deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.3.5 A forma de encaminhamento

As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS de acordo com a pactuação regional). O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado – "*online*", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

2.3.6 Acompanhamento dos pacientes

Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina no Hospital, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas).

No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contrarreferência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

Para a referência e contrarreferência do paciente atendido no Hospital, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

2.4 Etapas Para Implantação do Modelo Gerencial

- Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade
- Oficialização das Políticas Institucionais
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Registros Seguros
- Gestão de Suprimentos
- Gestão da Informação
- Gestão de Pessoas

- Gestão de Equipamentos
- Qualificação de Fornecedores
- Consentimento Informado e Esclarecido
- Definição das lideranças
- Realização de Planejamento Estratégico Participativo
- Internalização do Planejamento Estratégico:
- Governança Corporativa
- Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos
- Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho.
- Definição de Fóruns) periódicos de acompanhamento de 'resultados (conforme diretrizes e metas -dou, -Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos

Neste Contexto, o INSTITUTO CEM se Propõe a:

- Cumprir os compromissos com as ações das - agendas de prioridades estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde
- Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor
- Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos
- Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos ou recomendados pela Secretaria Estadual de Saúde.
- Criar mecanismos técnicos, administrativos e de incentivos garantir as ações de referência e contra referência para dessa forma garantir a continuidade e eficácia do cuidado
- Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva etc.

- Participar da articulação e interlocução com os. equipamentos sociais na área, como educação, assistência social, conselhos de saúde, movimentos comunitários e setor privado, buscando integrar **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** na da população da área e ajudar a rede básica para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços de saúde do Estado de Goiás para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida comunidade
- Adquirir, gerir e proceder eficazmente com a logísticas suprimentos farmacêuticos e hospitalares
- Gerir, guardar, conservar e realizar a manutenção do prédio, terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários, e equipamentos médico-hospitalares
- Contratar e gerir profissionais de todas as áreas concernentes operação do Hospital.
- Executar diretamente ou subcontratar e gerir, quando for o -caso, os serviços acessórios necessários ao funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** confirmem termo de referência,
- Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal
- Garantir o sigilo das informações dos usuários
- Utilizar os recursos públicos com responsabilidade, buscando, sempre que possível, conciliar o menor preço e alta qualidade.

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** terá como pilares operacionais os seguintes princípios:

- Acessibilidade
- Coordenação do cuidado
- Continuidade do cuidado
- Integralidade
- Responsabilização

- Humanização
- Equidade
- Participação social
- Direito à Informação sobre diagnostico ao Usuário
- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS.

Além disto, estimulará a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania,

O Plano Gerencial proposto é orientado para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde à população, no âmbito da assistência à saúde, tendo por diretrizes os princípios básicos do Sistema Único de Saúde — SUS, e mantendo um canal de comunicação permanente entre os demais serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde do Estado de Goiás.

Os componentes da atenção à saúde em SANTA HELENA DE GOIÁS iniciam-se com uma rede de atenção pré-hospitalar de entes-fixos que constituem. o primeiro nível de: atenção em urgências, prestados por, -um Conjunto de Unidades Básicas de Saúde Unidades de Saúde da Família, equipes de Agentes Comunitários. de :Saúde, Ambulatórios Especializados, Serviços -de: Diagnóstico e Terapia, e Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências (Pronto Atendimento),

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde: -"essas unidades deverão: possuir uma adequada retaguarda para referência dos usuários; que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade, mediados pela central de regulação médica".

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO deverá preencher uma importante lacuna no atendimento de saúde à rede básica de atenção à saúde em Luziânia e região, considerando as três linhas de serviço: consulta de atendimento médico especializado, serviço de suporte diagnóstico e pontos de atenção das linhas de cuidado definidas de acordo com a necessidade regional.

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO também terá papel relevante na Política de Educação Permanente em

Saúde do SUS, nos estágios de Graduação e Pós-Graduação, Especialização e Residência Médica.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo a unidade de saúde necessita de pessoas, faturamento e informações sobre saúdes concernentes ao atendimento do público específico que o demandam.

As estruturas físicas e lógicas, bem como os processos, são interligados de forma que o funcionamento e um componente Interligados em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço na Unidade.

Serão adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, qu não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento hospitalar móvel (macas e cadeiras de rodas).

É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo INSTITUTO CEM contribuirão de maneira marcante para que se obtenha um bom acompanhamento do projeto e, consequentemente, bons resultados.

Diante do exposto e, com o objetivo de garantir atendimento em saúde qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão estadual e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática gerencial empresarial, o INSTITUTO CEM apresenta, ,nos :itens a seguir, o detalhamento da proposta de modelo gerencial, orientada para o atendimento media e alta complexidade do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

2.5 Estrutura da Proposta de Trabalho

O INSTITUTO CEM é uma entidade que preza pela execução dos serviços assistenciais de saúde de qualidade, aplicando as diretrizes do gerenciamento por- resultados, com foco na satisfação do cliente, no caso, o usuário do Sistema Único de Saúde — SUS.

Atuar com o compromisso de desenvolver projetos inclusivos, de relevância e que privilegiem o ser humano, sua coparticipação, sua ética e dignidade, por meio de ações sociais, educacionais, tecnológicas e práticas de gestão, contribuindo com construção de uma sociedade justa, fraterna, participativa e solidária é a meta do INSTITUTO CEM.

Neste Projeto será apresentada a metodologia de gerenciamento por resultados adotado pelo INSTITUTO CEM nas unidades geridas pela entidade e que será adotada na. gestão compartilhada do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

Este Projeto está dividido em:

- Modelo Gerencial
- Ações voltadas à Qualidade
- Qualidade Técnica
- Proposta Financeira para execução do Projeto

Em Modelo Gerencial serão abordados a contextualização e definição do modelo proposto

Em Área de Atividade serão abordados itens relativos à organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade Ambulatorial Especializada e demonstra a potencialidade quanto à organização, quando atende a processo sistematizado capaz de produzir resultado dentro de um contexto de produção de serviços. Também avalia a capacidade de incremento de atividade assistencial.

Em Área de Qualidade, é proposta para desenvolvimento dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários da Unidade e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações na Unidade, acolhimento e atendimento dispensado aos usuários do SUS.

Em Qualidade Técnica é a proposta que demonstra a capacidade gerencial por experiências anteriores, apresenta a estrutura da Direção, a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar, a implantação e funcionamento de outros serviços, apresenta atividades em ciência e tecnologia, apresenta política de recursos humanos e a metodologia de projetos e em Quadro de Metas e Cronograma serão apresentas as metas quantitativas e qualitativas propostas para a unidade e o cronograma de implantação e execução de serviços.

Em Orçamento para execução do Projeto será apresentada proposta financeira do INSTITUTO CEM contendo os itens da receita e da despesa necessários para a execução do Projeto.

2.6 Objetivos Da Proposta

2.6.1 Objetivo Geral

Gerenciar, por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** assegurando a busca Permanente pela excelência, na assistência prestada aos usuários do SUS, com a aplicação-de forma eficiente dos recursos financeiros repassados ao INSTITUTO CEM.

2.6.2 Objetivos Específicos

- Atender os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;
- Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- Gerir o Hospital baseado em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
- Garantir de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);
- Buscar certificação de qualidade em saúde;
- Implantar a Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
- Implantar a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação Lato Sensu, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.
- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento no Hospital, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou

grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com a gravidade do caso.

- Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pela Central de Regulação Estadual.
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes de natureza clínica realizando a investigação diagnóstica inicial, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou para nível ambulatorial ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso.
- Integração dos Especialistas com a Atenção Básica.
- Realizar consulta médica especializada em regime ambulatorial.
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico 12 (doze horas) horas do dia de segunda a sexta-feira.
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio da Central de Regulação Estadual, os pacientes que apresentarem quadro instável.
- Prover atendimento elou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado às Rede de Assistência, a partir da complexidade clínica do usuário.
- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade da unidade.
- Promover a formação continuada dos colaboradores do Hospital para a melhoria dos processos de acolhimento e assistência, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.
- Avaliar os processos de trabalho implantados e executados no Hospital de forma periódica e constante, objetivando aperfeiçoar as ações e objetivos propostos neste Plano de Trabalho.
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação em saúde à população, em parceria com as UBS modo a minimizar possíveis acidentes e/ou outros agravos.

- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários utilizando terapêuticas apropriadas e o seu gerenciamento para: continuidade de atenção em rede, quando necessário.

O INSTITUTO CEM é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, representada por seu Diretor Presidente que é assistido pela Diretoria Executiva do INSTITUTO CEM e Diretores com funções claramente definidas.

A participação da comunidade no INSTITUTO CEM se dá por meio do Conselho de Administração, que possui representantes do INSTITUTO CEM, da Sociedade Civil Organizada.

A Secretaria Estadual de Saúde é um órgão da administração direta do Estado de Goiás e é a autoridade sanitária no território, observado o Termo de Compromisso de Gestão Estadual homologado pelo Ministério da Saúde e nas diversas portarias do Ministério da Saúde e Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite — CIB/SP e Comissão Intergestores Regional — CI.

Sendo o INSTITUTO CEM uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, , o instrumento de relação com a Administração e o Secretário Estadual de Saúde é o Termo de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde que fixam as obrigações de cada um dos parceiros, pois a relação jurídica que o INSTITUTO CEM manterá com a Administração possui caráter de colaboração, nos termos da legislação estadual, onde as entidades, portanto, traduzem um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade para a consecução de interesses públicos comuns, com amp participação da comunidade. De produtor direto de bens e serviços ainda, um controle estratégico de resultados dessas atividades. O Termo de Colaboração constitui o instrumento de fixação e controle de metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados à sociedade.

Além das obrigações típicas de um Termo de Colaboração, existe ainda a questão da transparência das ações do INSTITUTO CEM, que deve prestar contas da aplicação do recursos públicos e dos resultados alcançados à sociedade civil organizada, ao cidadão e a seus representantes.

Desta forma, o relacionamento do INSTITUTO CEM com o Gestor Estadual e a Secretaria Estadual de Saúde se dará em 3 níveis, a saber:

1- No nível Administrativo político as relações são estritamente regidas pelo contrato de gestão, instrumento formal que fixa as metas, a forma de repasse de recursos financeiros, meio de monitoramento e avaliação, etc. Nesse nível as comunicações se darão entre-o Secretário Estadual de Saúde e o Presidente ou Superintende Executivo do INSTITUTO CEM

2- No nível Sanitário técnico as relações são regidas pelas normas sanitárias do SUS, neste ponto estão englobados as normas da regulação assistencial de acesso da Vigilância Sanitária, dos sistemas de faturamento do SUS, etc. Nesse nível as comunicações se darão tanto pelo Secretário Estadual dê Saúde e:técnicos da SES com o Diretor Geral da- Unidade de Saúde com o Diretor Técnico e o responsável pelo Núcleo Interno de Regulação,

3- No nível Participação e Controle Social as pelas normas de Accountability em que o INSTITUTO CEM fará a prestação de contas de suas ações tanto ao Conselho de Administração quanto ao Conselho Estadual de Saúde, bem, Câmara Municipal. Neste nível as comunicações se darão entre o Secretário Estadual de Saúde e o Presidente do INSTITUTO CEM, cada qual como aglutinador das demandas, ou seja, o Conselho Estadual de Saúde e a Câmara Municipal encaminharão suas demandas ao Secretário Estadual de Saúde que as repassará ao Presidente do INSTITUTO CEM, e que fará a devolutiva ao Secretário.

Em consonância com o Gestor Estadual, **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** oferecerá suporte para a disponibilização, no território, dos serviços da Atenção Ambulatorial, integrados às Linhas de Cuidado de forma contratual, com regulação efetivada por meio de Complexo Regulador.

O modelo de relacionamento da unidade com os gestores de saúde no nível estadual será, também, baseado em diversos relatórios de controles qualitativos e quantitativos das atividades assistenciais da unidade, relatórios estatísticos etc. Além disso, a equipe gestora do Hospital apresentará, sempre que pertinente, sugestões de melhoria na unidade no aspecto de infraestrutura predial, informática, equipamentos médicos hospitalares, móveis etc.

A equipe de gestores da unidade estará sempre aberta a ouvir e pôr em prática as sugestões dos gestores municipal e estadual visando melhorar o atendimento aos usuários do SUS, promover economias nos custos ou propiciar evolução técnica assistencial.

As demandas do Conselho de Administração serão dirigidas ao Presidente do INSTITUTO CEM que as repassará ao Secretário Estadual de Saúde, a quem compete fazer as devolutivas.

2.6.3 Descrição Da Unidade

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

CNES: 6665322

Endereço: Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000.

Tipo de Unidade: Hospital de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda regulada e/ou referenciada. Hospital geral de médio porte.

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funciona me nt o: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta- feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

2.6.4 Capacidade Instalada

2.6.4.1 Estrutura

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Descrição	Leitos
Clínica Médica	**08**
Clínica Médica Pediátrica	**04**
Clínica Cirúrgica Pediátrica	**04**
Clínica Cirúrgica	**53**
UTI Adulto	**18**
Leitos dia	**04**
Centro Cirúrgico	**04**
RPA	**04**
Consultórios	**03**
Sala de procedimentos	**01**

A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo PARCEIRO PRIVADO, sempre com anuência prévia do PARCEIRO PÚBLICO, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

O hospital deverá manter sua Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência deverá ser realizado pelo Hemocentro Regional de Rio Verde (HEMOGO Rio Verde) tendo a retaguarda do Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

O serviço de hemoterapia integrará a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

2.6.4.2 Perfil da Unidade

O HERSO é um hospital Geral de Média e Alta Complexidade, de demanda regulada e/ou referenciada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), conforme classificação de risco, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

A unidade será referência para o serviço de Terapia Renal Substitutiva da Policlínica Estadual de Quirinópolis e para atendimento aos pacientes da Rede de Atenção à Saúde devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual, nos componentes de confecção de fístula arteriovenosa, urgência e emergência.

2.6.5 Definição Dos Serviços

LINHAS DE SERVIÇOS

Para o funcionamento do HERSO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

INTERNAÇÃO:

- Saídas de Clínica Médica;
- Saídas Cirúrgicas;
- Saídas Pediátricas;
- Saídas Cirúrgicas Pediátricas.
- Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a linha de serviços para efeito de metas).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

- Consultas Médicas Especializadas:
    a. consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;
- Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada:
    a. Consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório;
- Pequenos Procedimentos Ambulatoriais.

CIRURGIAS ELETIVAS:

- intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar;

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SADT EXTERNO:

corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade;

HOSPITAL-DIA.

Os Atendimentos de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao

diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

a. Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida.

No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

- Assistência por equipe médica especializada;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento d diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de enxoval;
- Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- A realização das cirurgias, devendo o **PARCEIRO PRIVADO** evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância.

A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.

ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma

referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual.

Para efeito de produção pactuada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime d "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

ESPECIALIDADES INICIAIS PARA PORTA DE ENTRADA (URGÊNCIA) A SEREM OFERECIDAS NO HERSO

- Bucomaxilo Cirurgia Geral Clínica Médica
- Ortopedia e Traumatologia Neurocirurgia
- Neurologia clínico Vascular

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

As consultas ambulatoriais compreendem:

- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Regulação** ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de egresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

- É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas.

As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;

- Constitui exceção ao disciplinado no *caput* deste subitem, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

  a. análise dos dados contidos no prontuário;

  b. entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;

  c. diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);

  d. resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;

  e. definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e

  f. registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira à sábado, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de S a ú d e , nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

ESPECIALIDADES MÉDICAS INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HERSO

- Cirurgia Vascular Cardiologia Cirurgia Geral Neurologia
- Ortopedia e Traumatologia Urologia

ESPECIALIDADES MULTIPROfiSSIONAIS DA SAÚDE (INICIAIS) A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HERSO

- Enfermagem
- Fisioterapia
- Farmácia
- Nutrição
- Psicologia

- Cirurgia Bucomaxilo facial

O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela SES-GO;

A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pelo Complexo Regulador Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 60 dias;

Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Termo de Colaboração** , ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

CIRURGIAS ELETIVAS

Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo 04 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser **programado** de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;

- Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);

- Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;
- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).

Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;

- Instrumento de registro: APAC;
- Autorização para execução: via sistema de regulação;
- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória.

- Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;
- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;
- Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e
- Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 6 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.

As cirurgias eletivas deverão ser realizadas prioritariamente para os pacientes egressos que necessitem do segundo tempo cirúrgico;

Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial autorizada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

Será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência e necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;

A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - SADT EXTERNO

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e aos que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pelo Complexo Regulador Estadual;

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional do SADT;

Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados e executados são:

PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

- Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE Eletrocardiograma
- Radiografia
- Tomografia Computadorizada

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;

Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada.

SERVIÇOS DE APOIO

- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT : corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;
- Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;
- Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábit alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;
- Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;
- Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

- Destaca-se a possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Caso, ao longo da vigência do Termo de Colaboração, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES-GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente analisadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico- financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Termo de Colaboração.

PROPOSTAS DE MELHORIAS

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES-GO, Portaria nº 2116/2021 e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;

O requerimento de investimento trata-se de uma possibilidade, sendo faculdade da Administração Pública autorizar ou não, conforme critérios de oportunidade, conveniência, a depender de dotação orçamentária, devendo atender a supremacia do interesse público;

Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES-GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

Após aprovação do projeto pela SES-GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO** , a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários;

A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do **PARCEIRO PÚBLICO.**

Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse;

Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termo de Colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.

DA COMUNICAÇÃO

Considerando a necessidade de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde com o público externo, e com a imprensa em geral como intermediária dos meios de informação e divulgação; e ainda, internamente, com os públicos afetos à sua atividade de saúde pública, a SES-GO adota um padrão e linguagem uniforme para suas práticas de Comunicação, seja visual, em mídias sociais e outras;

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá, pois, manter contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, *releases*, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral;

Caberá à Comunicação Setorial orientar e validar as informações externas conforme manuais e instruções;

É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** , na execução do Termo de Colaboração, sob orientação da Comunicação Setorial, proceder a ações que zelem pela imagem da instituição SES, cuidando de expressar e se referir às unidades como "rede própria da Secretaria de Estado da Saúde" ou "unidade do Governo de Goiás" em quaisquer emissão de mensagem em meio escrito, gravado ou em áudio; bem como inserir as logomarcas SUS, SES, Governo de Goiás, nos documentos e vídeos, obrigatoriamente, seja para divulgação interna ou externa;

O planejamento de comunicação da unidade de saúde e sua assessoria de imprensa local, deve estar sob a supervisão orientativa da Comunicação Setorial da SES para efeito de uniformidade dos materiais produzidos; sendo que a comunicação corporativa não deve ter prioridade sobre a institucional e deve caminhar em acordo com esta última.

As logomarcas dos **PARCEIROS PRIVADOS** podem constar em documentos internos mas, para colocação em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, deverão ter a autorização prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, salvo em mídia específica sobre o **PARCEIRO PRIVADO**;

É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros semelhantes, adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais.

É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** promover, divulgar e documentar ações de interesse da unidade, junto à imprensa em geral, e outros públicos de interesse, porém compartilhando toda e qualquer mídia produzida/gravada pela unidade, via DVD, juntamente com a prestação de contas, a ser fornecido para efeito de documentação, memória e história;

É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares lançando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e quaisquer outros enunciados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;

As contas das redes sociais quando se referirem às unidades SES são de propriedade do Governo de Goiás e submetidas à orientação da Secom/Comset, mas administradas para efeito de alimentação e conteúdo pelas assessorias locais do **PARCEIRO PRIVADO,** por meio de acesso cedido, as quais devem manter profissionais aptos a esse tráfego.

CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;
- Relatório de Custos, em regime mensal;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**;

Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO P RIVAD O** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO** , para garantir o direito constitucional de acesso à informação;

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o autorizador de despesa da entidade.

3 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

3.1 Introdução

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência. Com atendimento de especialidades como: Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia); Clínica Médica (Geral, Cardiologia, Neurologia, Geriatria e Vascular), podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

Inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada (referenciada), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), as internações são predominantemente clínicas, porém também existem internações cirúrgicas alinhadas ao perfil da Unidade, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

3.2 Estrutura

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Descrição	Leitos
Clínica Médica	08
Clínica Médica Pediátrica	04
Clínica Cirúrgica Pediátrica	04
Clínica Cirúrgica	53
UTI Adulto	18
Leitos dia	04
Centro Cirúrgico	04
RPA	04
Consultórios	03
Sala de procedimentos	01

3.3 Acessos HERSO

Na unidade são duas entradas de veículos, uma entrada principal e a entrada de carga e descarga.

Entrada Principal: Essa entrada, pela Avenida Uirapuru, s/n – Parque Res. Isaura, controlada por uma cancela de entrada e outra cancela de saída e um porteiro com escala 12x36, onde e anotado a mão todos os veículos que entram e que sai, e autorizado a entrar:

- Ambulâncias
- Visitantes
- Pacientes
- Colaboradores

Entrada Carga e Descarga: Entrada e saída, pela rua perdiz, S/n, controlada por uma cancela e um porteiro com escala 12x36, autorizado a entrar:

- Terceiros para cargas e descargas
- Caminhões para coleta de resíduos



- Recepções:

  a. **Recepção Principal** – Atendimento de toda demanda assistencial, emergência, classificação de risco e acompanhantes.

  b. **Recepção Administrativa:** Atendimento de visitantes e entrada dos colaboradores.

3.4 Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS)



1. Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - atenção à saúde incluindo atividades de promoçã prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada;
2. Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde - atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência);
3. Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação- atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos);
4. Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia- atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde (contato direto);

5. Prestação de serviços de apoio técnico- atendimento direto a assistência à saúde em funções de apoio (contato indireto);
6. Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa- atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa;
7. Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa-atendimento ao estabelecimento em funções administrativas;
8. Prestação de serviços de apoio logístico - atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

De acordo com a Resolução (RDC) Nº 50, o ambiente das EAS, é entendido, como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas e seu dimensionamento é expresso pela quantificação do tamanho do ambiente (superfície e dimensão), em função do equipamento e/ou população presentes, está relacionado à demanda pretendida, assim as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde (Hospital) correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT.

Neste panorama, dimensionamos as áreas de circulação em:

- Circulações Externas e Internas
    a. Acessos
    b. Estacionamentos
    c. Circulações Horizontais

3.5 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

3.5.1 Circulações Externas e Internas

As circulações externas e internas do EAS são seus acessos, estacionamentos e circulações horizontais e verticais caracterizadas a seguir e em conformidade com a norma NBR-9050

da ABNT, Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

3.5.2 Acessos

Os acessos do HERSO estão relacionados diretamente com a circulação de sua população usuária e de materiais. A relação a ser considerada é de tipos funcionais de acessos e não de número de acessos, esta sim, via de regra, função da quantidade dos serviços prestados.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no HERSO, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

O HERSO agrega diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, e dos acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional.

Os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) do HERSO são:

- Paciente externo ambulante ou transportado, acompanhante e doador;
- Paciente a ser internado ambulante ou transportado e acompanhante;
- Cadáver, acompanhante e visitas relacionadas a esse;
- Funcionário e aluno (a distribuição por categorias é definida pela administração do EAS), vendedor, fornecedor e prestador de serviço, outros; e
- Suprimentos e resíduos.

Os acessos de pessoas (pacientes, doadores, funcionários, alunos e público), devem possibilitar que os portadores de deficiência ambulatorial possam adentrar ao prédio sem a ajuda de terceiros.

3.5.3 A Gestão Eficiente Por Meio Dos Fluxos Do HERSO:

Um dos maiores desafios dos ambientes hospitalares é a gestão eficiente do fluxo do paciente. Isso porque adaptar a relação entre capacidade instalada da unidade e demanda

de pacientes é salutar para garantir que todos pacientes recebam o cuidado devido, na hora exata, no lugar correto, garantindo níveis de segurança e satisfação maiores.

No **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** os usuários e seus acompanhantes poderão contar com fluxos que buscam permitir sua circulação de forma eficiente e ágil e garantindo-lhes um acolhimento de qualidade e digno.

Deve-se destacar que o fluxo destinado ao paciente e eventuais acompanhantes é restrito às áreas funcionais da unidade, de modo que não ocorra sua movimentação em locais destinados à empregados da unidade.

A RDC nº 50 – Resolução da Diretoria Colegiada, discrimina que as circulações externas e internas do Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus fluxos (acessos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, tudo isso em conformidade com a NBR-9050 da ABNT.

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

i. Áreas restritas;
ii. Áreas internas;
iii. Áreas externas.

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

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

B)Áreas internas: são os ambientes gerais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** que circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores. Nesse cenário é importante fracionar e classificar os envolvidos nos fluxos do seguinte modo:

- **Pacientes internos:** são contemplados pelos fluxos de pacientes em regime de observação/internação na própria unidade. Estando acompanhados por funcionários ou acompanhantes, buscando diagnóstico e terapia, acessam as diferentes unidades funcionais.

- **Pacientes externos:** O paciente externo é aquela cuja entrada se dá pela recepção do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.** Nesse fluxo o profissional da recepção fará um primeiro atendimento, procedendo com a abertura ou confirmação do cadastro (caso já o possua na unidade) e posteriormente encaminha o paciente para o setor específico à sua demanda, via de regra, primeiramente considera-se a passagem dos pacientes pela triagem, salvo exceções.
- **Acompanhantes:** fluxos contemplados por familiares ou amigos dos pacientes internos ou externos que acompanham o paciente durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças/adolescentes e idosos. A circulação destas pessoas na unidade, deve ser restrita às áreas funcionais.
- **Funcionários:** São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, dietistas etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Sua circulação deve se dar nas áreas em que atuam, salvo os casos de profissionais cuja atuação contemple todo o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** Na maioria dos casos circulação de funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.
- **Visitantes:** É constituído por toda sorte de visitantes, que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços – terceirizados etc. Os fluxos que contemplem esse público no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** primarão sempre pela observância de horários e cuidado com a segurança da unidade.

C)Áreas Externas: São as áreas que se destinam aos tipos de serviços a serem prestados, bem como a população usuária que demandam uso do estacionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**. São eles:

a) pacientes externos sendo transportado (paciente emergencial), aquele que chega ou parte de automóvel ou de ambulância;

b) paciente interno: o paciente a ser internado na unidade.

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

d) entrega de insumos e materiais no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

e) deslocamento de cadáveres.

f) remoção de resíduos.

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

- **Insumos e materiais:** São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc. Em algumas áreas do hospital verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve sempre ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e a Central de Material Esterilizado.

- **Cadáveres:** Os cuidados especiais tomados com a chamada "circulação do cadáver" devem-se, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar principalmente em pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação aos usuários do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**. Assim, deve-se sempre proceder com as adequações físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até a anatomia patológica, morgue ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite as internações, salas de espera, refeitórios e as circulações com grande presença de pacientes e acompanhantes.

- **Remoção de resíduos e materiais contaminados:** São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na própria fonte e a

utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais.

Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se a possibilidade de instalação de lavatórios nos diversosambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das ante câmaras, quando necessários.

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

3.5.4 Os Principais Tipos De Fluxo

Ao analisarmos os fluxos propriamente ditos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos: os fluxos inter- funcionais (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais) e os intra- funcionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

3.5.4.1 Fluxos Inter-funcionais:

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

3.5.4.2 Fluxos Intra-funcionais

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

Nas Lavanderias, por exemplo, o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulão ou

monta cargas, espaço para máquina delavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos interfone ou similar e visores (RDC50).

Após a lavagem a roupa, já descontaminada, e que passou por uma máquina de lavar de porta dupla ou de barreira é recebida em uma sala contígua totalmente separada da sala de recepção, que com ela se comunica apenas por visores e interfones.

3.5.5 A Setorização

Conceitualmente explanados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais se estabelece a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

Assim por exemplo o Apoio ao Diagnóstico deve ocupar uma posição estratégica em relação as unidades de atendimento imediato, ambulatorial e de internação, garantindo lhes um fácil acesso aos meios de diagnóstico assim como a maior proximidade possível destes meios ao atendimento imediato (urgência e emergência).

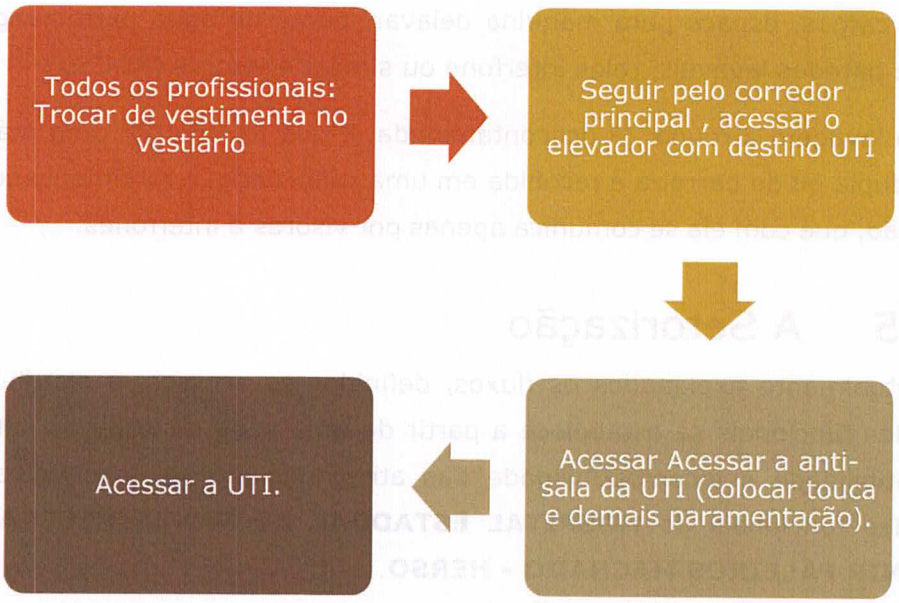
Por sua vez a UTI deve estar o mais próximo possível tanto do setor do atendimento imediato como dos centros cirúrgicos. A decisão da melhor localização de uma unidade funcional pode variar bastante em função de particularidades da unidade, assim a CME geralmente é posicionada junto aos centros cirúrgico, devido a quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes centros.

Ressaltamos que qualquer necessidade de alteração de fluxos, será proposta e implantada na unidade somente após o consentimento do parceiro público, qual seja, a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

3.5.6 Fluxos de Áreas Restritivas:

3.5.6.1 Fluxo de acesso a UTI no HERSO:

Por profissionais: Os profissionais envolvidos no atendimento à Unidade de Terapia Intensiva no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, deverão realizar a troca de sua vestimenta no vestiário da unidade. Seguir pelo corredor principal, acessar o elevador com destino a UTI.



OBS: Em se tratando de UTI (UTI do HERSO) pelo perfil do hospital, covid, isolamento para aerossol ou isolamento para precaução de contato o profissional deverá seguir o fluxo acima e se dirigir ao primeiro andar.

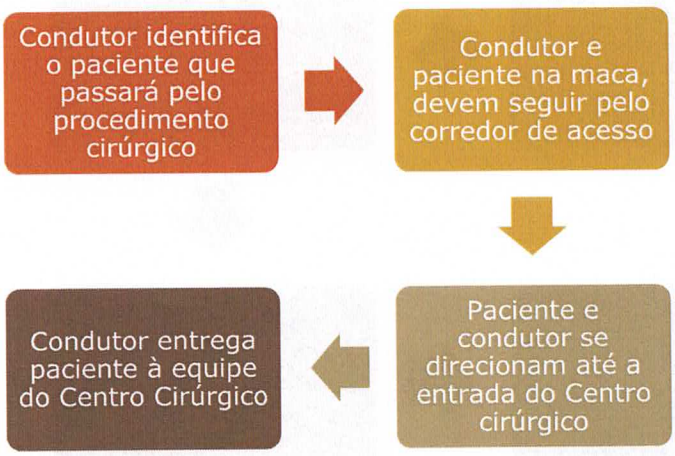
Por visitantes: Os visitantes deverão se cadastrar na recepção, seguir pelo corredor principal e acessarem acessar a anti-sala da UTI, se paramentar conforme orientação e aguardar a autorização de acesso ao setor.

3.5.6.2 Centro Cirúrgico:

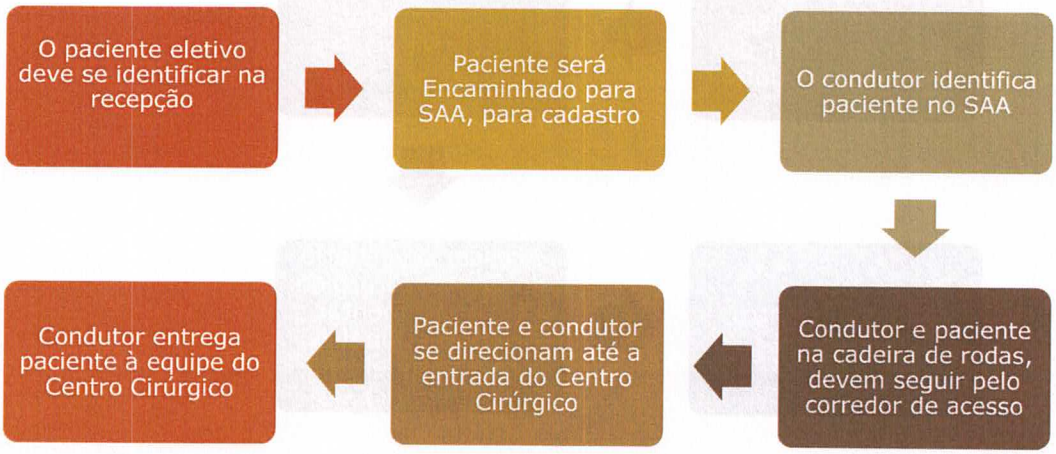
Por profissionais: Os profissionais deverão proceder com a troca de suas roupas n vestiário, seguir o corredor principal , acessar o vestiário do Centro Cirúrgico para paramentação, se paramentarem e só então adentrarem o local.



Por pacientes internados: maqueiro/condutor identifica o paciente que passará pelo procedimento cirúrgico. O condutor (em deslocamento) e o paciente (na maca) acessam o corredor, ingressam para acesso ao centro cirúrgico. Paciente é entregue pelo condutor à equipe do centro cirúrgico.



Por paciente eletivo: O Paciente deverá identificar na recepção, e encaminhado ao SAA, ocondutor e paciente (em cadeiras de rodas) acessam o corredor principal, adentram e dirigem-se à entrada do Centro Cirúrgico. O paciente é entregue à equipe do Centro Cirúrgico.

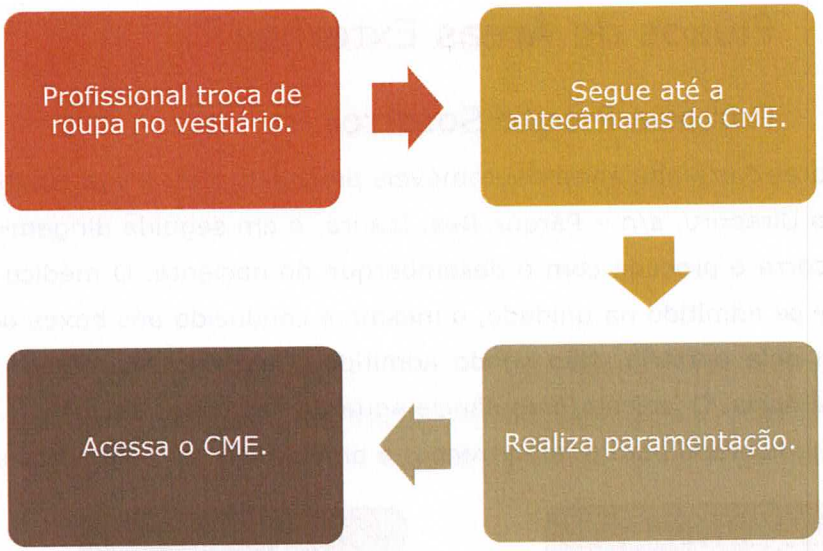


Por paciente de emergência/urgência: condutor procede com identificação do paciente no setor de Pronto Atendimento, condutor e paciente em maca acessam o corredor que dá acesso ao elevador, até Centro Cirúrgico. Condutor entrega o paciente aos cuidados da equipe do Centro Cirúrgico.



3.5.6.3 Central de Materiais Esterilizados:

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



3.5.6.4 Isolamentos:

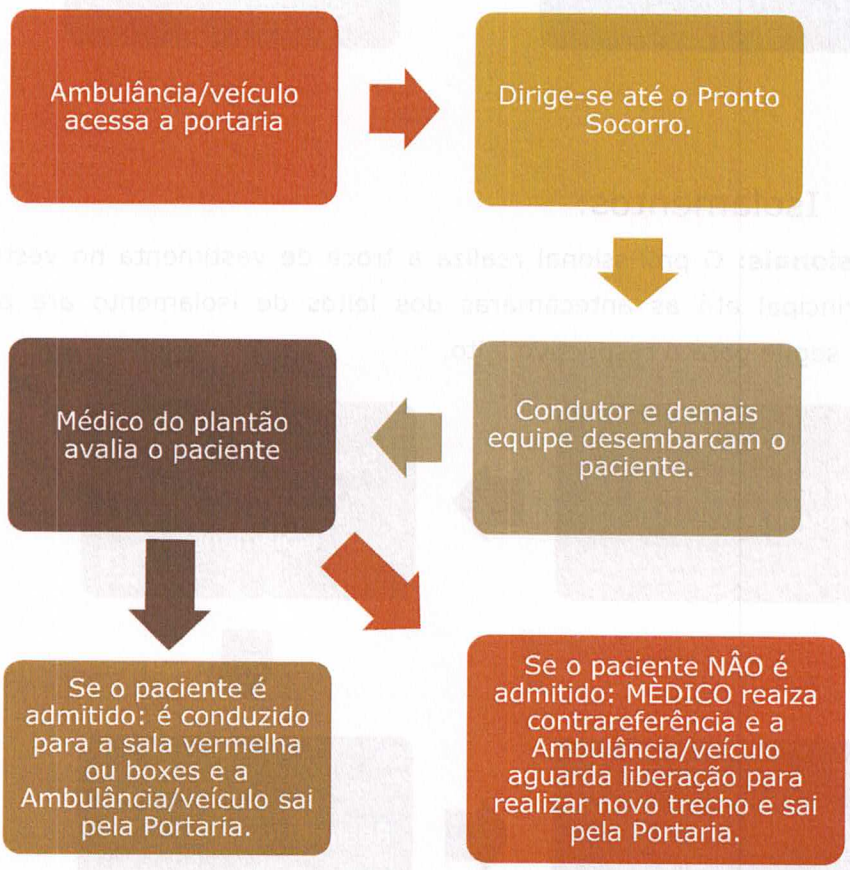
Por profissionais: O profissional realiza a troca de vestimenta no vestiário, segue pelo corredor principal até as antecâmaras dos leitos de isolamento ara paramentação. O profissional segue para o respectivo leito.



3.5.7 Fluxos de Áreas Externas

3.5.7.1 Portaria Pronto Socorro:

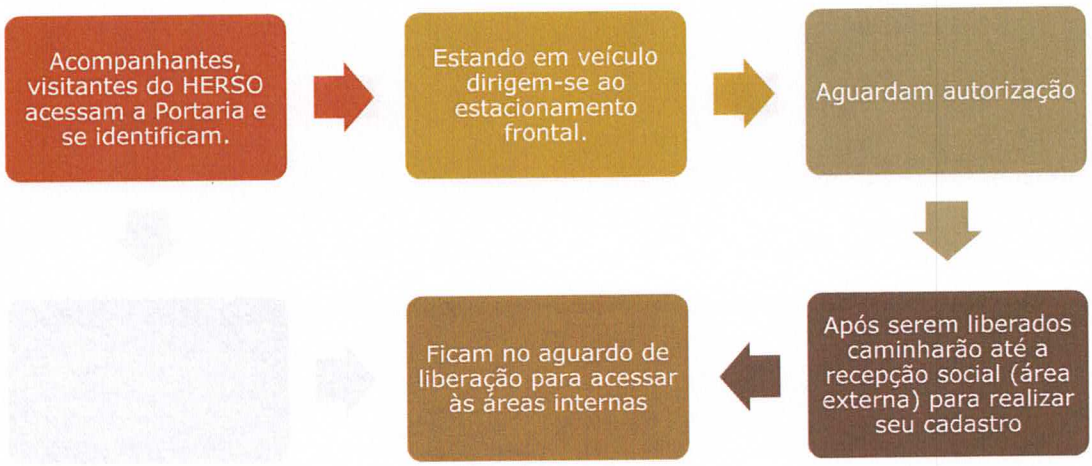
Os condutores das ambulâncias/automóveis procedem com a sua identificação, pelo portão da Avenida Uirapuru, s/n – Parque Res. Isaura, e em seguida dirigem-se até a entrada do Pronto Socorro e procede com o desembarque do paciente. O médico do plantão avalia o paciente, e se admitido na unidade, o mesmo é conduzido aos boxes ou sala vermelha e o veículo sai pela portaria. Não sendo admitido o paciente, o médico do plantão faz sua contrarreferência. O veículo/ambulância aguarda nas vagas exclusivas do estacionamento, até que seja liberado para o novo trecho; a ambulância sai pela portaria.



ACOMPANHANTES E VISITANTES:

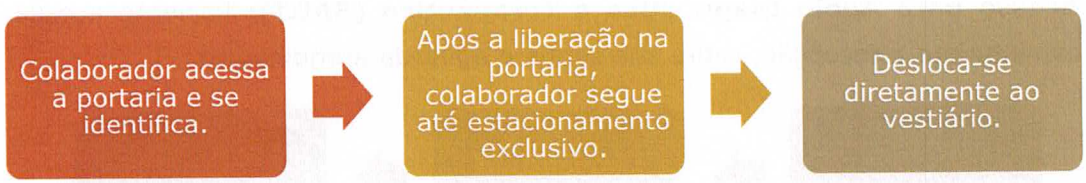
Todos os acompanhantes, visitantes do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** acessam a Portaria para sua

identificação e após serem liberados caminharão até a recepção (área externa) para realizar seu cadastro e ficam no aguardo de liberação para acessar às áreas internas.



3.5.7.2 Portaria Administrativa:

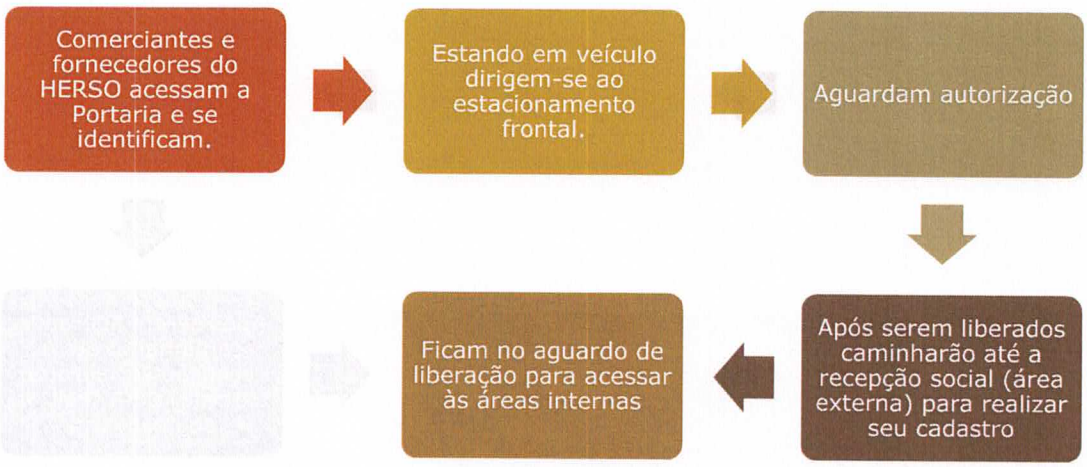
Local de acesso a todos os colaboradores da unidade. Todos os colaboradores acessam a unidade pela portaria e se identificam. Após serem liberados seguem com o veículo até o estacionamento exclusivo para funcionários. Em caso de o colaborar utilizar outro meio de deslocamento, que não o carro próprio,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



3.5.7.3 Portaria Administrativa e Acesso Comercial (fornecedores e comerciantes):

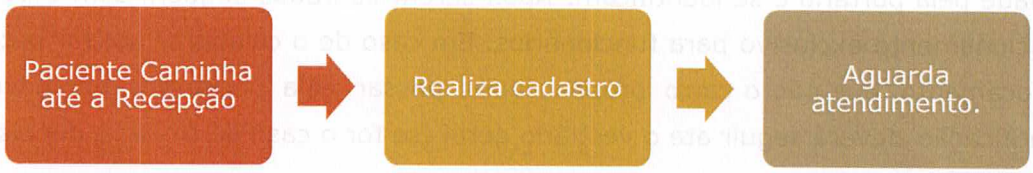
Todos os acompanhantes, visitantes, comerciantes e fornecedores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** acessam a Portaria para sua identificação e após serem liberados caminharão até a

recepção social (área externa) para realizar seu cadastro e ficam no aguardo de liberação para acessar às áreas internas.



ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

Acesso à ambulatório (consultas e retornos): Paciente caminha até a recepção para cadastro. Retira sua senha e aguarda atendimento.



Acesso para Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): Paciente acessa a unidade, caminha até a recepção, retira sua senha e aguarda atendimento.



Acesso para procedimentos de doação de órgãos : Veículo oficial acessa a Portaria Administrativa. Se identifica. Estaciona. Se dirige à recepç). Aguarda liberação para acessar as áreas internas.



ACESSO FORNECEDORES

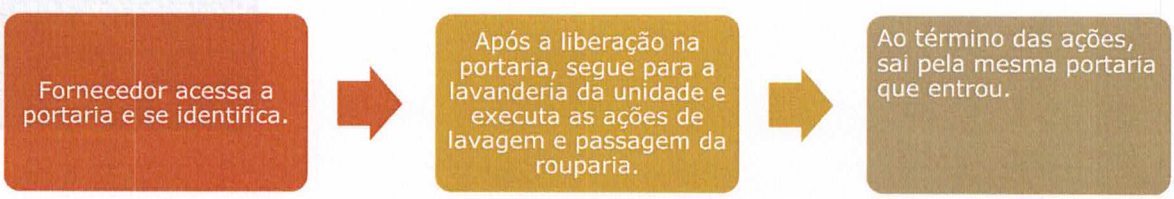
Acesso de fornecedores (com carga e mercadorias) (Almoxarifado/CAF): Fornecedor acessa a portaria de serviços e se identifica. Após liberação, segue pela via até a área de carga/descarga na área externa HERSO. Aguarda autorização para desembarque, após a entrega, sai pela mesma portaria que entrou.



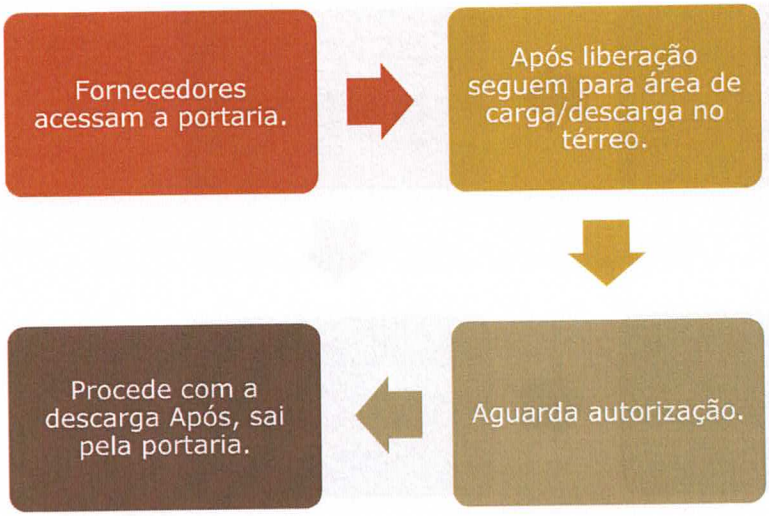
Acesso de fornecedores (com carga e mercadorias) (Almoxarifado/CAF): Fornecedor acessa a portaria de serviços e se identifica. Após liberação, segue pela via até a área de carga/descarga na área externa do HERSO. Aguarda autorização para desembarque, após a entrega, sai pela mesma portaria que entrou.



Acesso à lavanderia:_ Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após liberação se direciona a lavanderia da unidade, onde executa todas as ações de lavagem e passagem da rouparia na própria unidade. Ao término, sai da unidade pela mesma portaria, qual seja, de serviços.



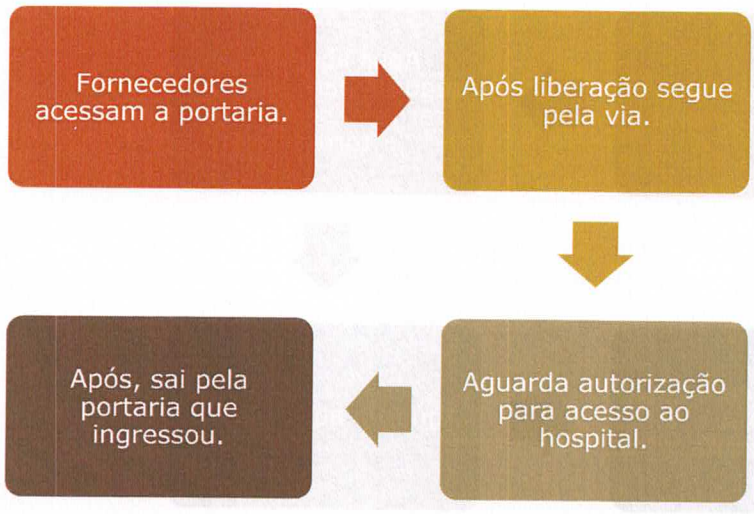
Acesso às docas de nutrição: Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após ser liberado, segue pela via até a área de carga/descarga (área externa) e aguarda autorização para entrega no térreo. Após, sai pela mesma portaria que entrou.



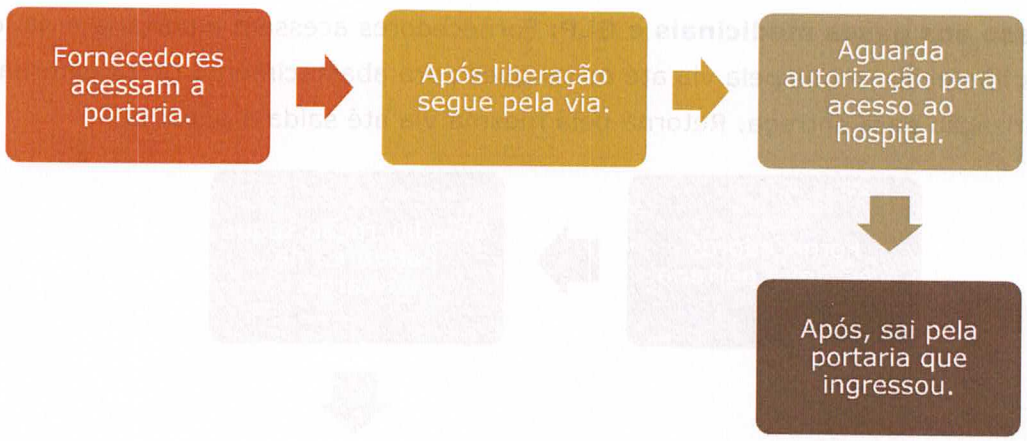
Acesso aos gases medicinais e GLP: Fornecedores acessam a portaria e se identificam. Após liberação, segue pela via até os tanques para abastecimento (área externa). Aguarda autorização para entrega. Retorna pela mesma via até saída a portaria.



Acesso para prestação de serviços de manutenção terceirizada: Fornecedores acessam a portaria e se identificam, após liberação seguem pela mesma via e aguardam autorização de acesso ao hospital; retornam pela mesma via até a saída pela mesma portaria.

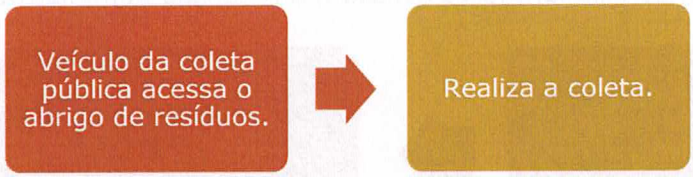


Acesso à caldeira, grupo gerador e subestação de energia: equipes terceirizadas acessam a portaria e se identificam. Após ocorrer a sua liberação, seguem pela via e aguardam autorização para executarem o serviço na área externa. Após, retornam pela mesma via até a portaria.

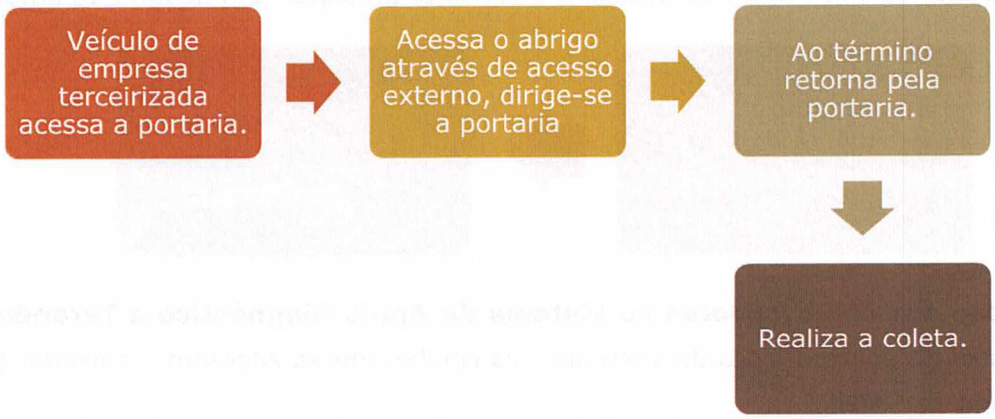


3.5.8 Fluxo de Resíduos (Acesso Livre):

Coleta Pública de resíduos: Veículo da coleta pública acessa o abrigo e realiza a coleta.



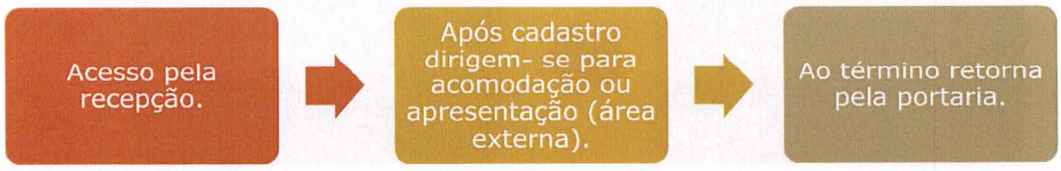
Coleta Seletiva de resíduos: Acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes. Veículo da coleta acessa o abrigo pela Portaria se identifica, aguarda a autorização para realização da coleta e após retorna pela mesma portaria que ingressou.



3.5.9 Fluxos de Áreas Internas:

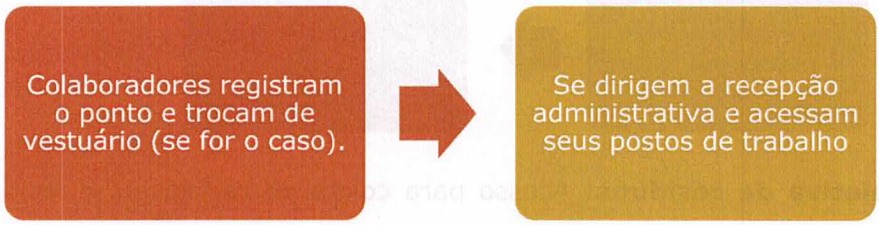
3.5.9.1 sala de Reunião:

Fluxo do público em geral e de palestrantes/participantes: acesso pela recepção, após cadastro, dirigem-se ao auditório na área externa do HERSO, para se acomodarem ou proceder com a apresentação (palestrantes). Após o término do evento, retorna pela recepção.

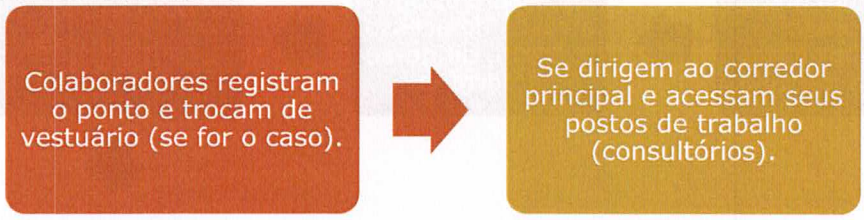


3.5.9.2 Acesso de Colaboradores

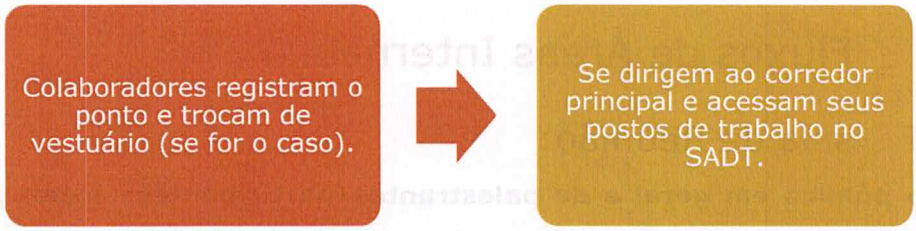
Colaboradores administrativos: Após o registro do ponto e eventual troca de vestuário (quando for o caso) os colaboradores acessam a recepção administrativa (área externa).



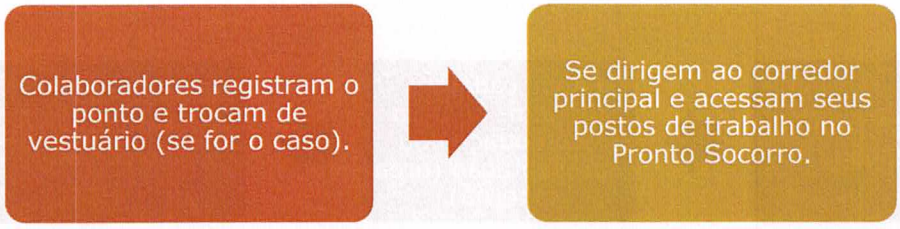
Acesso dos colaboradores aos consultórios: Após o registro do ponto e troca d vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao ambulatório.



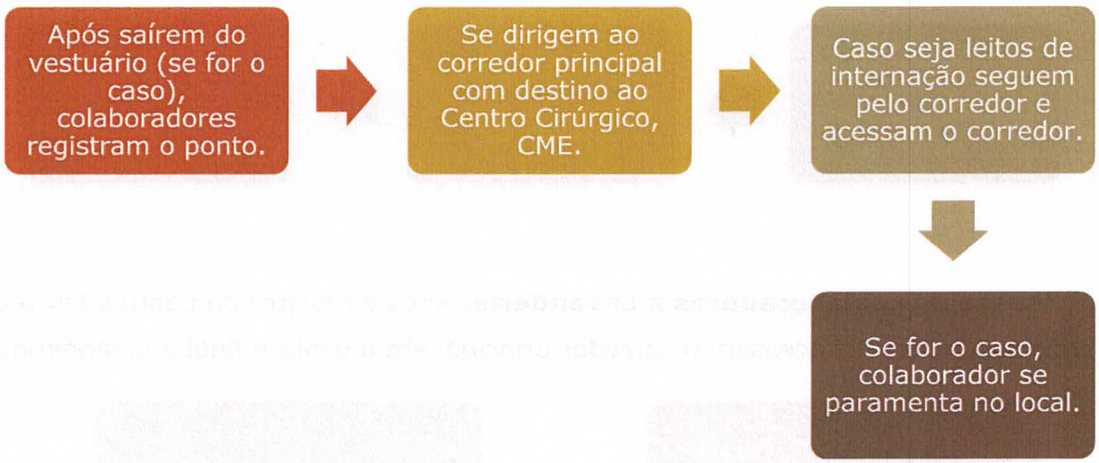
Acesso dos colaboradores ao Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao SADT .



Acesso dos colaboradores ao Pronto Atendimento: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Pronto Socorro.



Acesso dos colaboradores ao Centro Cirúrgico, CME e leitos de internação: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal e seguem ao destino final.

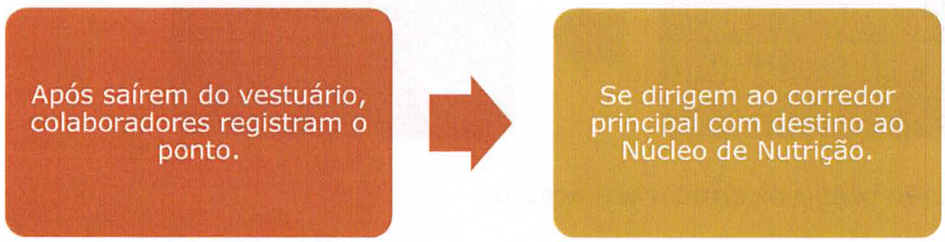


CME: deverão seguir o corredor até acesso.

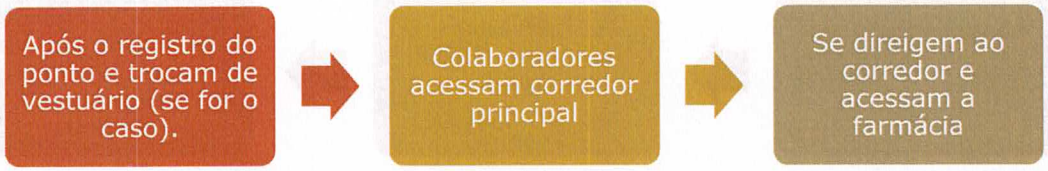
Centro Cirúrgico: acessam o corredor, adentram o CME.

Leitos de Internação (enfermarias): acessam o corredor, adentram; INTERNAÇÃO

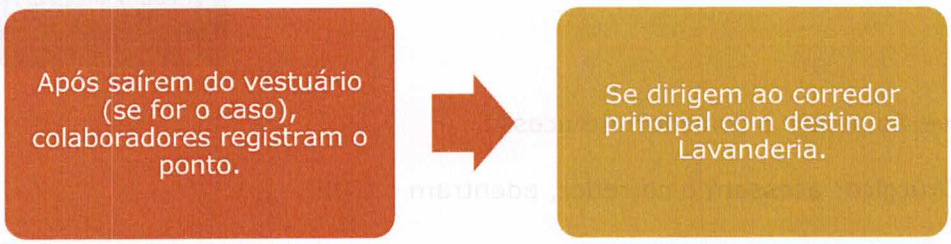
Acesso dos colaboradores ao Núcleo de Nutrição: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal para acessso ao Núcleo de Nutrição.



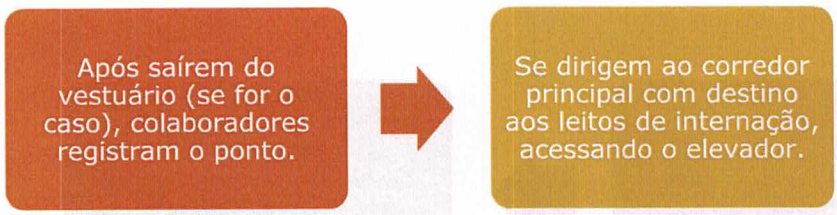
Acesso dos colaboradores à Farmácia: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal, acessam a farmácia.



Acesso dos colaboradores à Lavanderia: Após o registro do ponto e troca de vestuário os colaboradores acessam o corredor principal até o destino final a lavanderia.



Acesso dos colaboradores aos Leitos de Internação: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até os leitos.



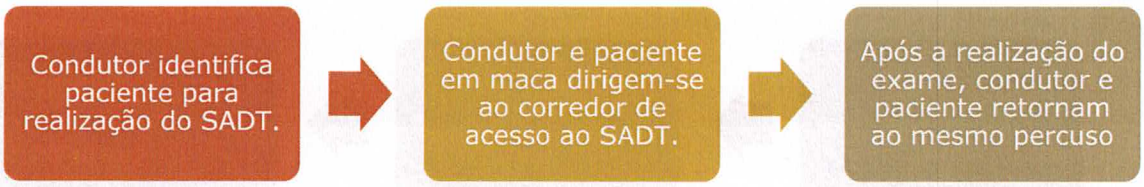
CME: deverão seguir o corredor até acesso.

Centro Cirúrgico: acessam o corredor, adentram CENTRO CIRURGICO.

Leitos de Internação (enfermarias): acessam o corredor, adentram INTERNAÇÃO.

3.5.9.3 Pacientes Internos e Acompanhantes (quando houver):

Fluxo de acesso ao SADT: Condutor identifica paciente para realização de SADT, condutor e paciente em maca acessam o corredor. Após a realização do exame condutor e paciente retornam pelo mesmo percurso.



3.5.10 Paciente Externo:

Serviço ambulatorial: paciente acessa a recepção, retira a senha e aguarda a chamada. Após a chamada da senha, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório, após atendimento em consultório, dirige à recepção para realização de exames, aguarda chamado para realização, após atendimento retorna à recepção e aguarda para retorno em consultório. Após atendimento e liberação, dirige-se à saída.



Acesso ao SADT por pacientes externos: paciente acessa a recepção, retira a senha e aguarda chamada; após senha chamada, realiza cadastro e aguarda atendimento. Após atendimento e liberação, dirige-se a saída.

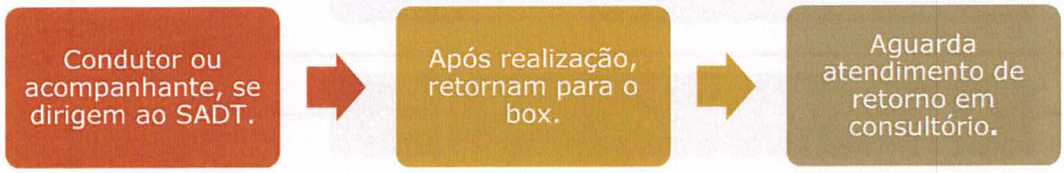


Pronto Atendimento:

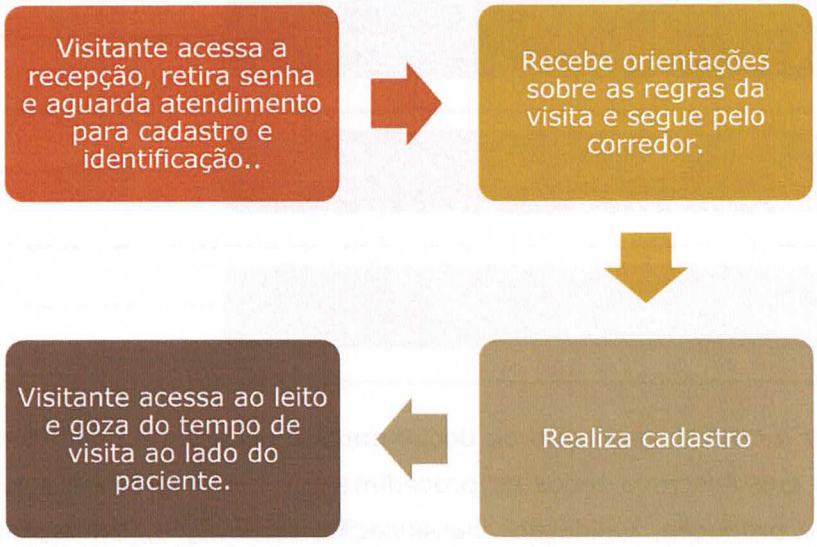
Fluxo de acesso aos consultórios: Paciente acessa a recepção do Pronto Socorro, retira senha e aguarda classificação de risco. Após classificação de risco, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório. Após chamada em consultório e atendimento, dirige-se ao box para procedimento, após procedimento aguarda para retornar ao consultório, após atendimento e alta, dirige-se a saída. Caso seja necessário internação, será conduzido aos leitos de internação.



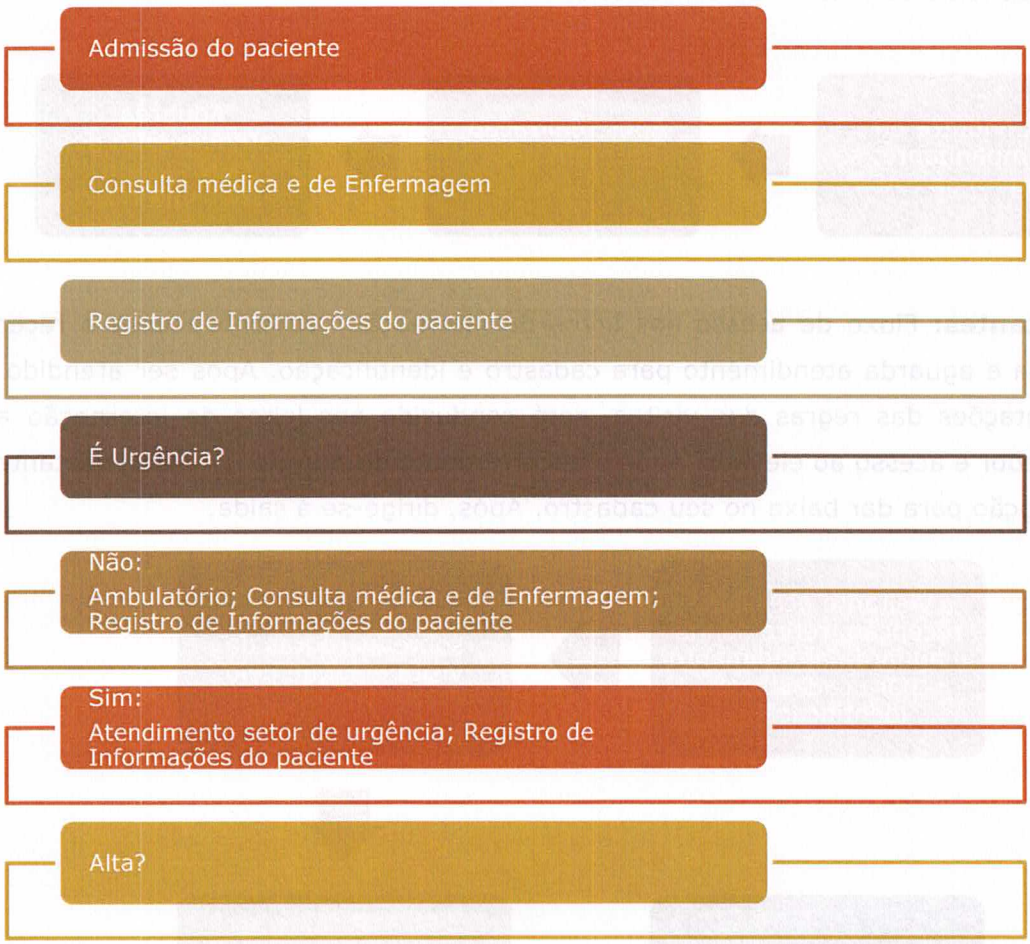
Fluxo de acesso ao SADT: Condutor ou acompanhante dirigem-se ao SADT, após realização, condutor ou acompanhante e paciente retornam para o Box e aguarda atendimento de retorno ao consultório.



Visitantes: Fluxo de acesso aos leitos de internação: visitante acessa a recepção retira senha e aguarda atendimento para cadastro e identificação. Após ser atendido e receber orientações das regras das visitas, será conduzido aos leitos de internação através do corredor e acesso ao elevaor. Após o encerramento do horário de visita, visitante retorna à recepção para dar baixa no seu cadastro. Após, dirige-se à saída.



3.5.11 Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos



Para se obter o correto manuseio de documentos é necessário estabelecer uma Gestão de Documentos que descreva todos os procedimentos técnicos e operacionais referentes às atividades de produção, validação, classificação, tramitação, avaliação, armazenamento, arquivamento e descarte dos documentos, com o objetivo de manter um controle adequado dos mesmos.

Para estabelecer os critérios de controle dos documentos do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, a referência adotada estará em consonância com a ISO 9001/2015, no que tange ao controle de informação documentada.

3.5.11.1 Registro Dos Usuários:

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.

Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário será registrado em seu primeiro atendimento, ambulatorial, e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.

Em todo atendimento ambulatorial, além dos dados do paciente, é obrigatório o registro de seu responsável.

O paciente sem identificação deverá ser cadastrado como " DESCONHECIDO" e o caso deverá ser passado para o Serviço Social para que o mesmo busque a identificação do paciente. Assim que o Serviço Social conseguir a identificação do paciente, fazer as alterações no Cadastro.

3.5.11.2 Fluxo de documentos no atendimento - Pronto Socorro

1-A classificação de risco exigirá que a enfermeira responsável classifique o atendimento, registrando a classificação no sistema, conforme abaixo:

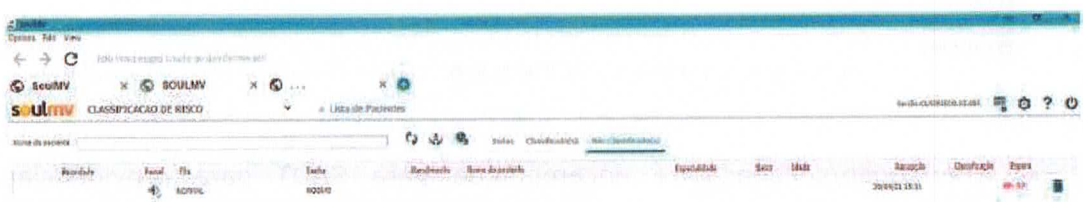


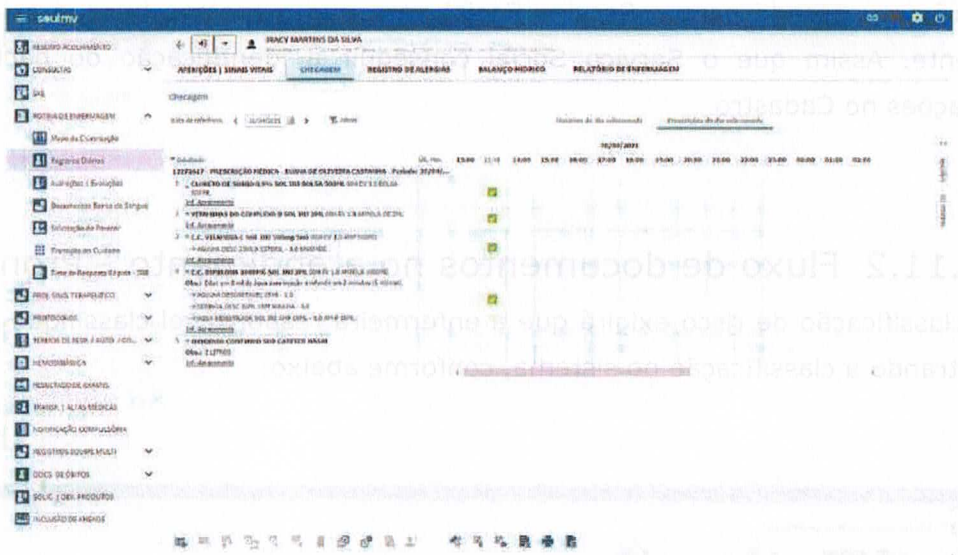
Imagem: Tela de chamada para Classificação de Risco

2-No consultório o médico recebe o registro do paciente, com informações preenchidas pela "Classificação de Risco", realiza a anamnese do paciente e registra a informação/solicitação (eletrônico ou impresso) do seguinte modo:



3-Após o atendimento médico, as informações são encaminhadas do seguinte modo:

- Informação/solicitação é encaminhada para o serviço de atendimento de enfermagem para providências. Paciente será medicado conforme prescrição médica ou outra conduta definida pelo médico (observação até melhora do evento agudo após medicação etc.).



- Informação/solicitação é encaminhada para SADT para providências. Paciente realizará coleta de exame laboratorial, ECG, ou de Imagens (RX, TC, RM, USG, Dopller). Após realização de exames o responsável operacional do SADT registrará informação (resultado de exame etc.) em meio eletrônico,encaminhando a informação para o médico no "consultório" e paciente retorna para "consultório"
- No Consultório, o médico acessa as informações no Sistema MV Soul para as seguintes condutas: Alta, Internação ou Transferência.

- Alta com registro da conduta em meio eletrônico

3.5.11.3 Fluxo Do Cadastro Do Atendimento

1º passo: Abrir o módulo no sistema MV Soul;

2º passo: Pesquisa se o paciente já deu entrada no Hospital através do nome ou sobrenome;

3º passo: Feito à pesquisa constatando que o paciente nunca deu entrada no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, proceder com a coleta de informações para cadastro;

4º passo: Preencher os campos obrigatórios;

5º passo: Depois de colher todas as informações referentes ao paciente, colocar pelo menos um telefone para contato;

6º passo: Colocar o médico, origem, convênio, plano, tipo de atendimento, local de procedência, destino (sempre a sala de emergência no caso do Acolhimento), tipo de paciente, serviço (especialidade), procedimento ambulatorial, CBO e a escrever as observações do atendimento;

7º passo: Imprimir a etiqueta do paciente.

3.5.11.4 Composição E Preenchimento Do Prontuário

FICHA DE INTERNAÇÃO

É preenchida de acordo com as informações colhidas com o paciente e/ou acompanhante. Deverá ser apresentado documento de identificação do paciente e Cartão de Matrícula e Frequência do mesmo.

ANAMNESE MÉDICA

A mesma pode ser feita na Folha de Evolução Médica ou em impresso específico com dados do exame físico completo, sinais vitais, sinais e sintomas da enfermidade atual, história pregressa do paciente, antecedentes familiares, hipótese diagnóstica e outras informações que o médico julgar necessárias.

FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA

A mesma deverá ser, no mínimo, diária e legível. Deve apresentar o estado atual do paciente (evolução ou involução), relatório de procedimentos cirúrgicos e outros.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Deve ser no mínimo, diária. Os itens devem ser escritos diariamente, indicando:

- Nome do medicamento.

- Apresentação.

- Dosagem.

- Via de administração.

- Posologia.

A prescrição médica deve conter o nome do paciente, nº de registro, data e assinatura do médico que a realizou.

A enfermeira, responsável pela unidade de internação, deverá fazer no impresso de prescrição médica o aprazamento (horários da medicação), diariamente.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Durante o tempo em que o paciente permanecer internado, o médico deverá definir o seu diagnóstico (diagnóstico definitivo) e registra - ló no prontuário.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

É o processo de coleta de dados que subsidia a análise do estado de saúde de um paciente. A coleta de dados de enfermagem é a avaliação de sinais e sintomas físicos do paciente, da história médica, social e cultural e de fatores físicos e psicológicos do ambiente. O enfermeiro deverá preencher este impresso na admissão

do paciente na unidade.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

É um julgamento das reações de um individuo, família ou comunidade à problemas reais ou potenciais de saúde ou processo da vida. A formulação do diagnóstico de enfermagem é baseada na identificação das necessidades do paciente, uma vez que os dados contidos no histórico começam a revelar os problemas de enfermagem.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

A prescrição de enfermagem é a etapa do processo de enfermagem em que o profissional decide de que forma serão implementadas as condutas, fundamentadas a partir do(s) diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade, bem como consiste na implementação do plano assistencial.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

É o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente.

A fonte primária de dados para compor uma evolução de enfermagem é o paciente, todavia, a enfermeira também deve entrevistar os familiares, pois o registro e relato no processo de admissão são de fundamental importância para elaborar o plano de cuidados e para comparar as evoluções durante o tempo de internamento do paciente. Deve ser feito pelo enfermeiro com data, horário, assinatura e COREN.

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

A finalidade da anotação de enfermagem é, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas. Deve conter o COREN do enfermeiro ou auxiliar ou técnico de enfermagem que efetuou o registro.

RELATÓRIO DE ALTA

- O mesmo é preenchido no momento da alta do paciente. Deverá conter: a identificação do paciente, nº de registro, data de admissão e alta, história da admissão, diagnóstico definitivo, resultados dos exames laboratoriais e outros, condições de alta, data e assinatura do médico responsável.

Observações

- Casos cirúrgicos: além dos impressos normais, o prontuário deverá conter: ficha operatória, débito do centro cirúrgico e ficha de anestesia.

- Exames complementares: todos os resultados dos exames solicitados deverão estar anexados ao prontuário.

Registro Clínico Social: este deverá ser feito antes da admissão do paciente, onde são coletadas informações do paciente e do responsável pelo mesmo e em especial número da identidade e residência com ponto de referência

3.5.11.5 Saídas de Documentos do Sistema Computacional para outros setores.

1º passo: Abrir o módulo no sistema MV soul;

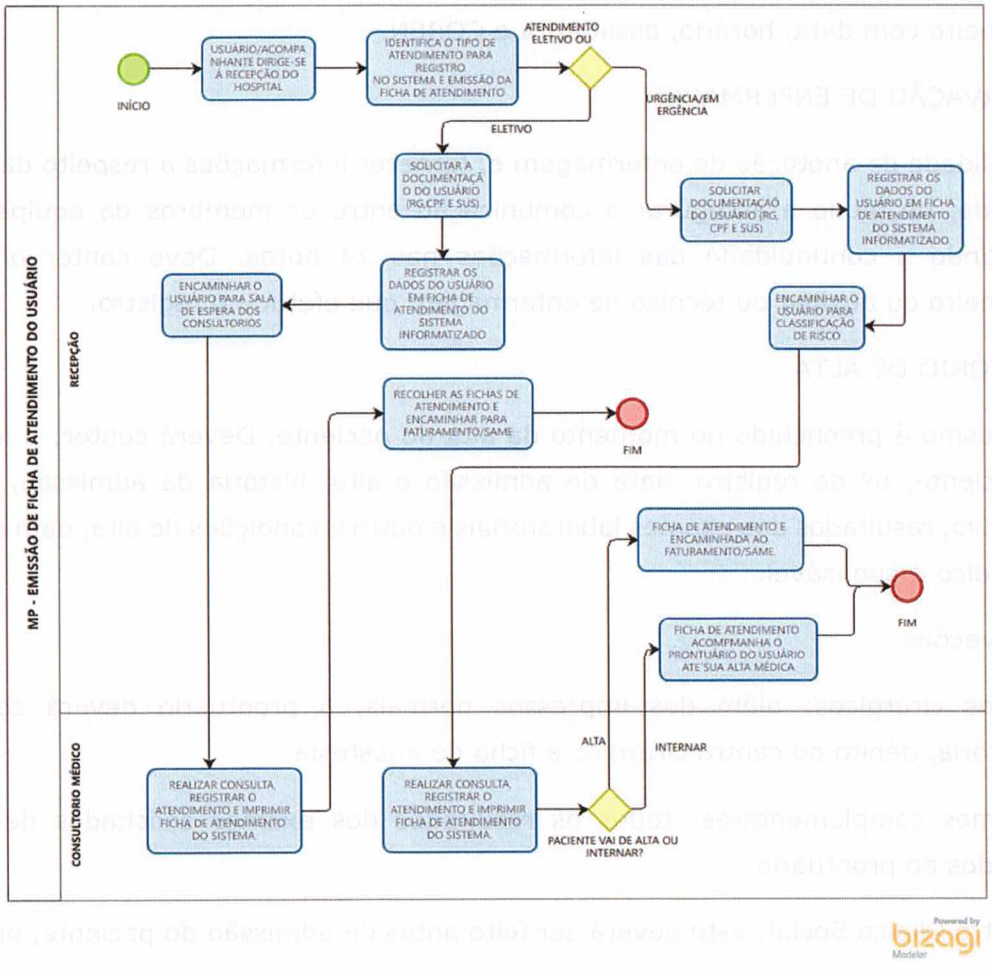
2º passo: escolher para onde o prontuário vai ser destinado.

3º passo: digitar nome do solicitante

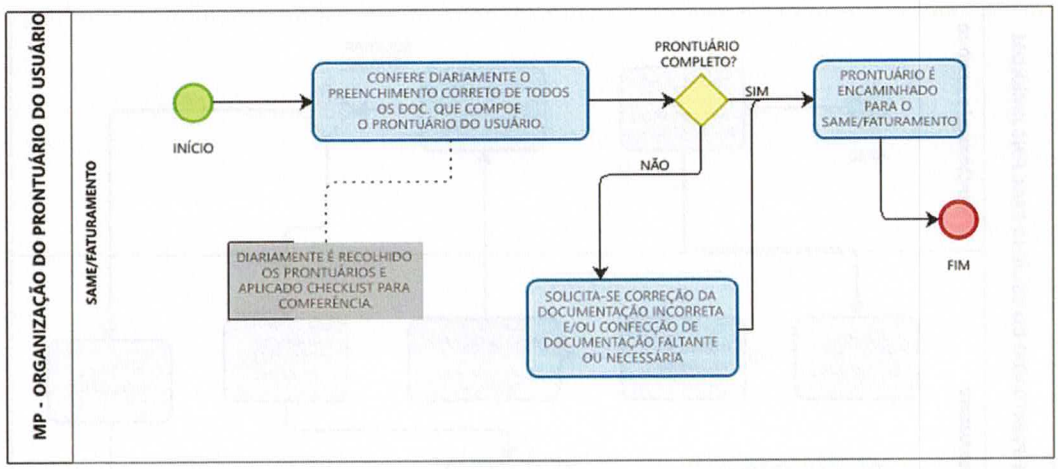
4º passo: digitar o motivo que o prontuário para qual está sendo destinado

5º passo: imprimir relatório.

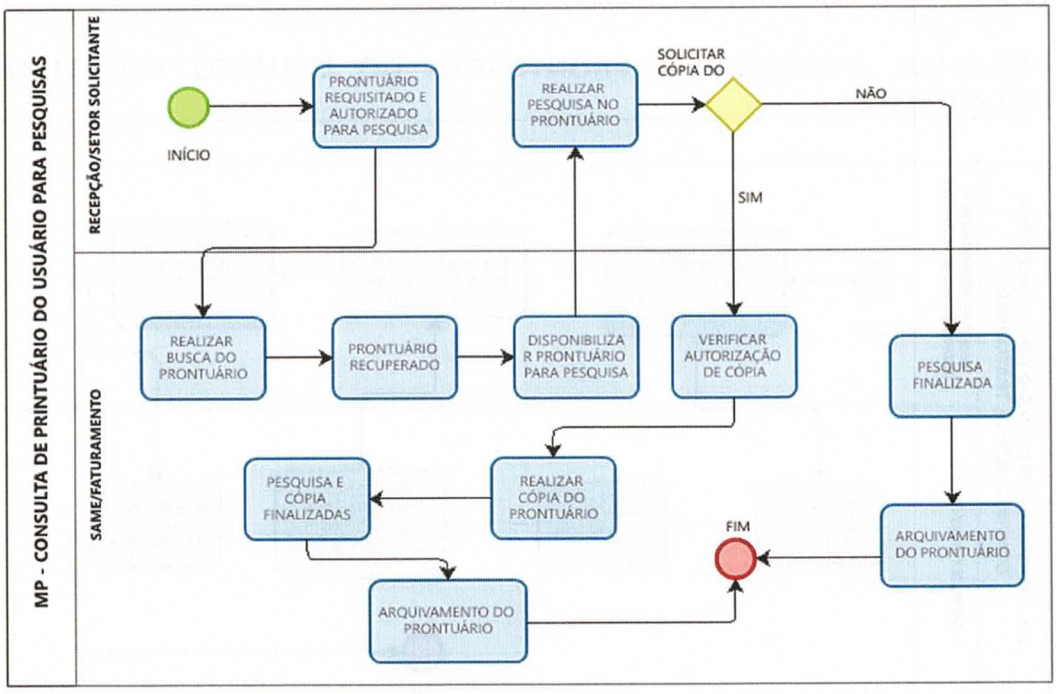
PROCESSO: EMISSÃO DE FICHA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO



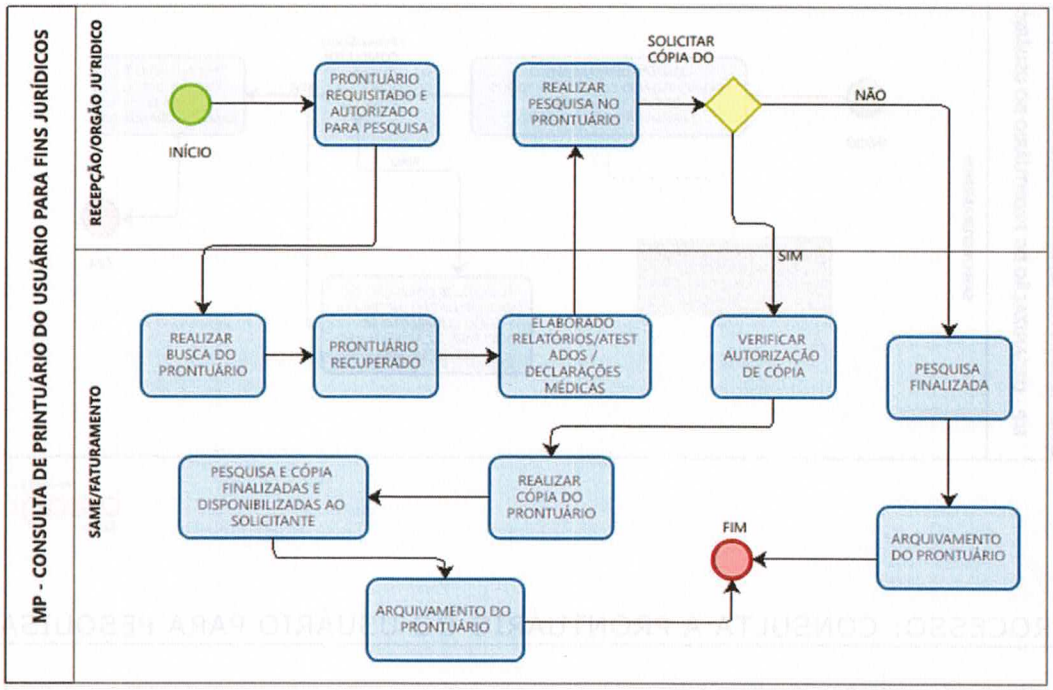
PROCESSO: ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO



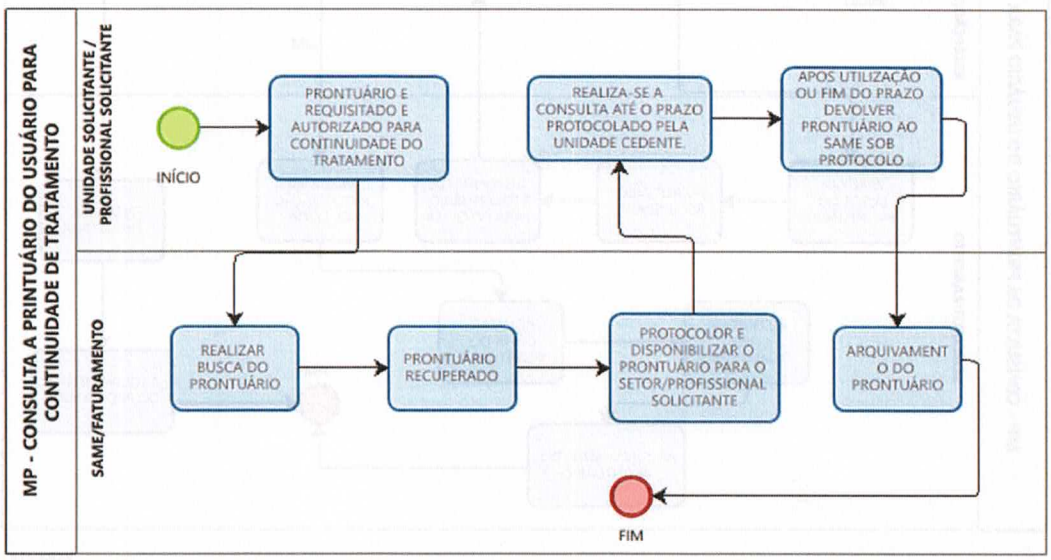
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA PESQUISAS



PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA FINS JURÍDICOS

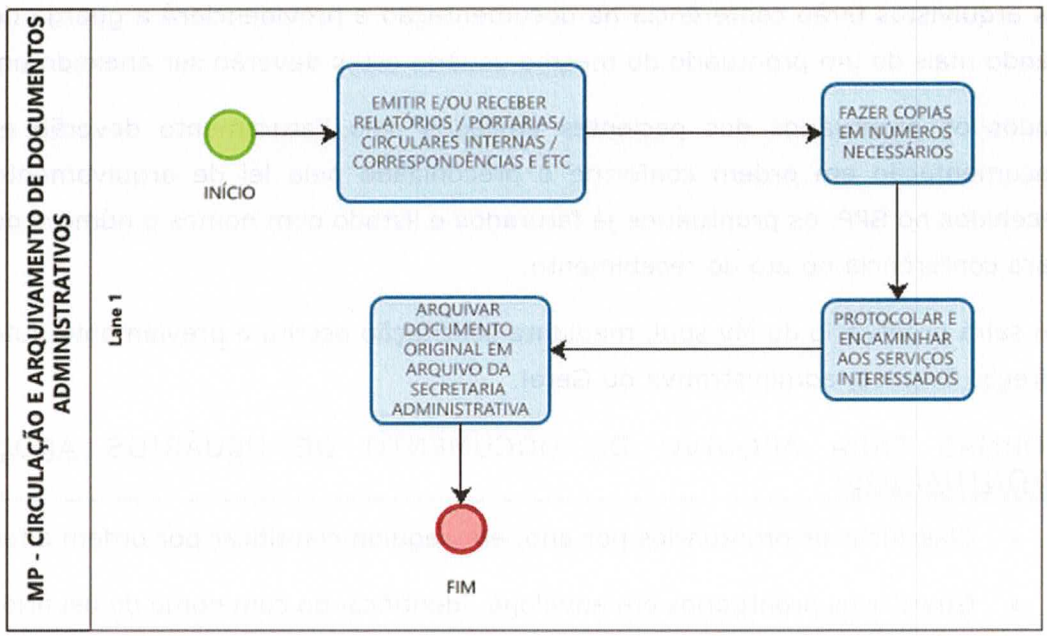


PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PCONTINUIDADE DE TRATAMENTO

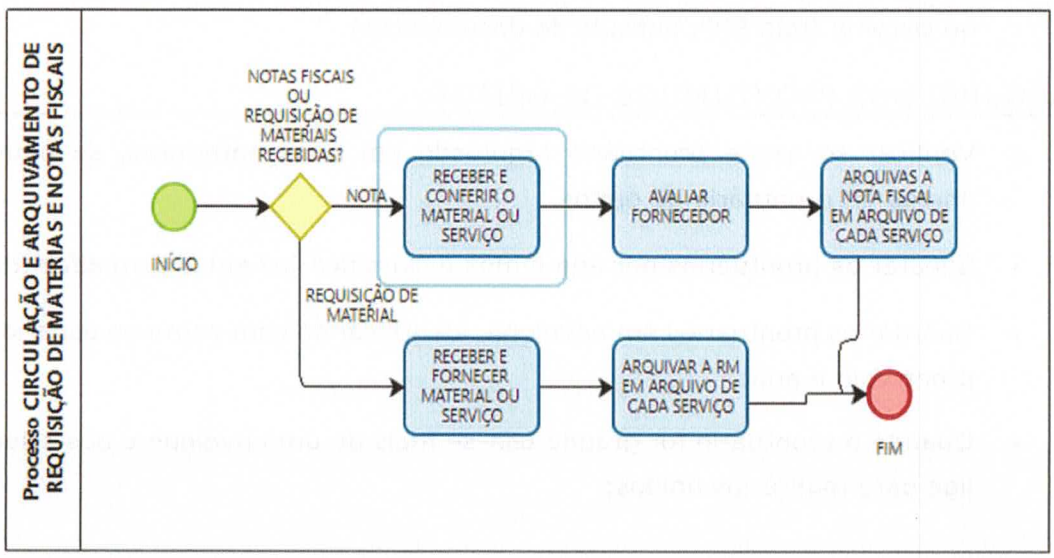


Powered by bizagi Modeler

PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS



PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE REQUISIÇÕES DE MATERIAIS E NOTAS FISCAIS



3.5.11.6 Encaminhamento ao SAME - Arquivo de Prontuários dos Pacientes

Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda dos mesmos. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexado um ao outro.

Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

Só sairá prontuário do Mv soul, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pel Direção Técnica, administrativa ou Geral.

NORMAS PARA ARQUIVO DE DOCUMENTO DE USUÁRIOS ARQUIVO DOS PRONTUÁRIOS:

- Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.
- Arquivar todos em ordem alfabética;
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;
- Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

ARQUIVO DOS PRONTUÁRIOS DE ÓBITOS:

- Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;
- Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;
- Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;

- Utilizar uma caixa arquivo que poderá ser de poli onda, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;
- A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;
- Na caixa arquivo poderão ser colocados até 10(dez) prontuários ou conforme couber.

LOCALIZANDO OS PRONTUÁRIOS:

- Ao receber a solicitação, deverá consultar no sistema a data em que o usuário foi atendido, abrir o arquivo e digita-se o número de prontuário ou nome do paciente para localizar, ao encontrar verificar em qual prateleira, coluna ou posição o prontuário está arquivado. Em se tratando de óbito verificar o número da caixa, mês/ano em que o prontuário está armazenado.
- Toda solicitação deverá ser atendida mediante pesquisa no computador, cujo arquivo deverá estar na área de trabalho do computador. A pesquisa no programa de arquivo do computador deverá ser sempre pelo nome do paciente, mas em caso de nomes
- Homônimos deverá ser pesquisado o nome da mãe e depois o número de prontuário.

FLUXO PARA REGISTRO DO SAME

As informações para o SAME são providas por diversos setores do hospital:

- Informática: através do SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;
- Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- Enfermarias: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h;
- Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
- Prontuário Físico: através das anotações nos Prontuários,visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.;

- Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos

AMBULATÓRIOS

O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.

Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderã retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

Quando um prontuário é retirado das prateleiras é colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhado.

INTERNAÇÃO

Durante o atendimento no Serviço de Emergência e quando indicado internamento, a Central de Internação do **Hospital** deverá proceder a abertura do Prontuário.

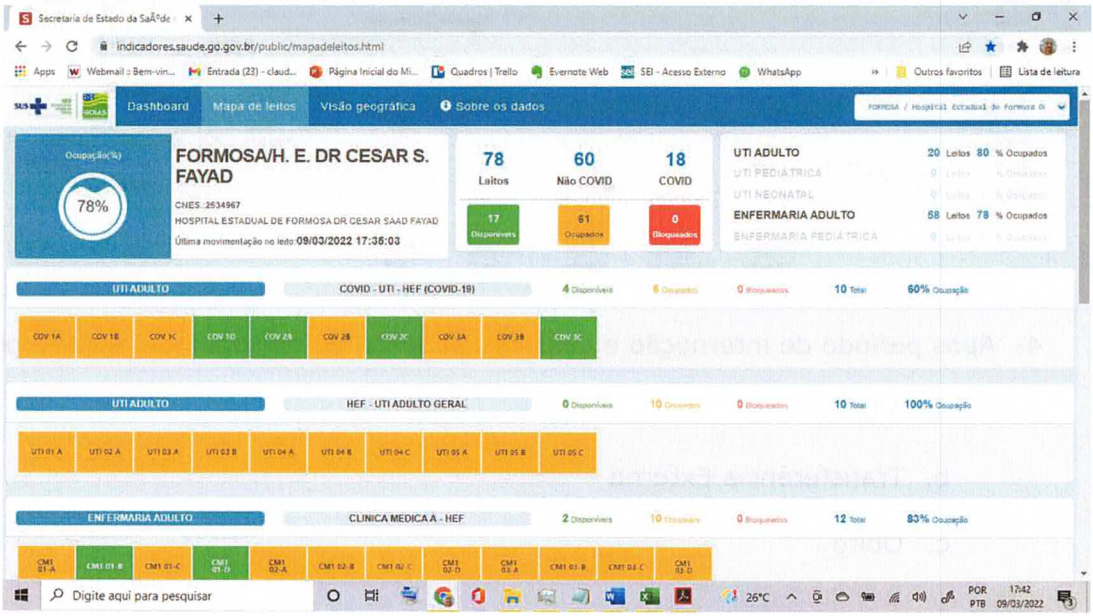
O prontuário pode tramitar por vários setores até o fim do tratamento do paciente, quando então é enviado para o setor de fatura, que irá levantar os gastos do tratamento e o devolverá ao arquivo.

Os profissionais da equipe de saúde que necessitarem consultar algum prontuário deverão preencher uma ficha de solicitação de prontuário. A consulta deve ser feita no próprio Hospital e fica proibida a circulação do prontuário fora do Hospital. No caso do atendimento do usuário nos serviços ambulatoriais sem o prontuário, existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

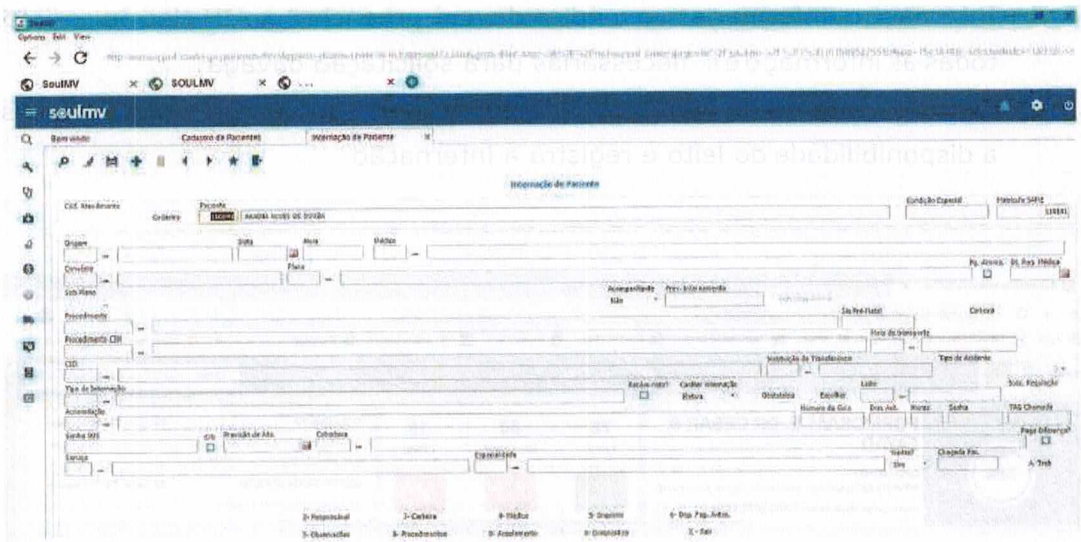
3.5.11.7 Atendimento - Internação De Pacientes E Fluxos Da Enfermaria

1- Internação Enfermarias: o médico deverá preencher a AIH eletrônico/impresso, com todas as informações necessárias para solicitação davaga;

2- O Núcleo Interno de Regulação acessa as informações eletrônico/impresso, verificar a disponibilidade do leito e registra a internação.



3- Após o registro, o prontuário eletrônico/impresso é encaminhado ao setor de internação, onde são registrados todos os cuidados da equipe multidisciplinar



4- Após período de internação e cuidados pode-se ter os seguintes desfechos:

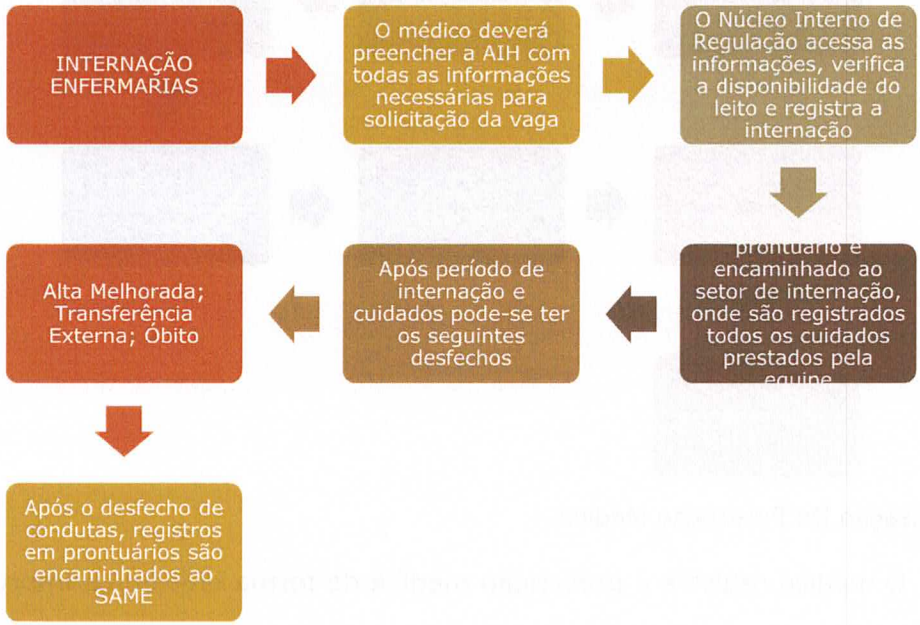
a. Alta

b. Transferência Externa

c. Óbito

APÓS DESFECHO DAS CONDUTAS ACIMA O REGISTRO DE INFORMAÇÃO EM PRONTUÁRIO É ENCAMINHADO AO SAME

Fluxo Para Registro De Documentos Internação



3.5.11.8 Atendimento - Ambulatório e Procedimentos Cirúrgicos

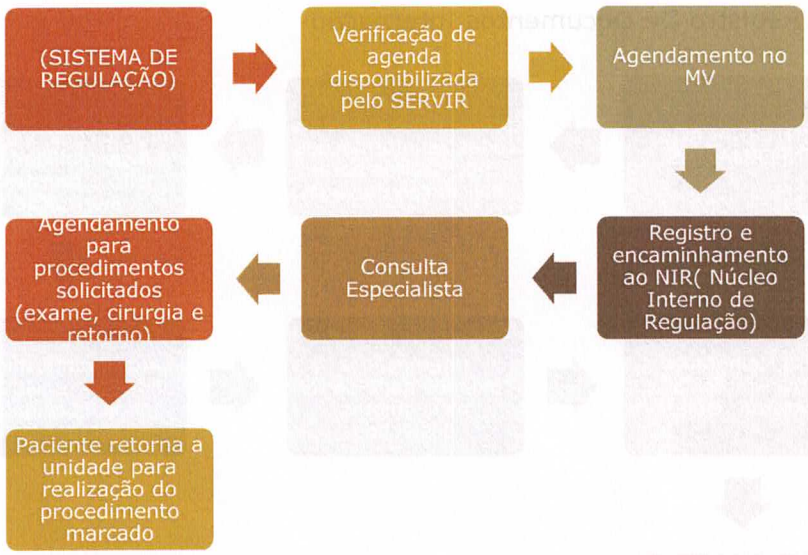
1- O (Sistema de Regulação), disponibiliza o registro dos pacientes autorizados para consulta ambulatorial;

2- Após verificação da agenda disponibilizada pelo SERVIR é agendado no Sistema de Agendamento do MV;

3- Após o atendimento médico o registro é encaminhado ao Núcleo Interno de Regulação, para agendamento procedimentos solicitados (exame, cirurgia e retorno)

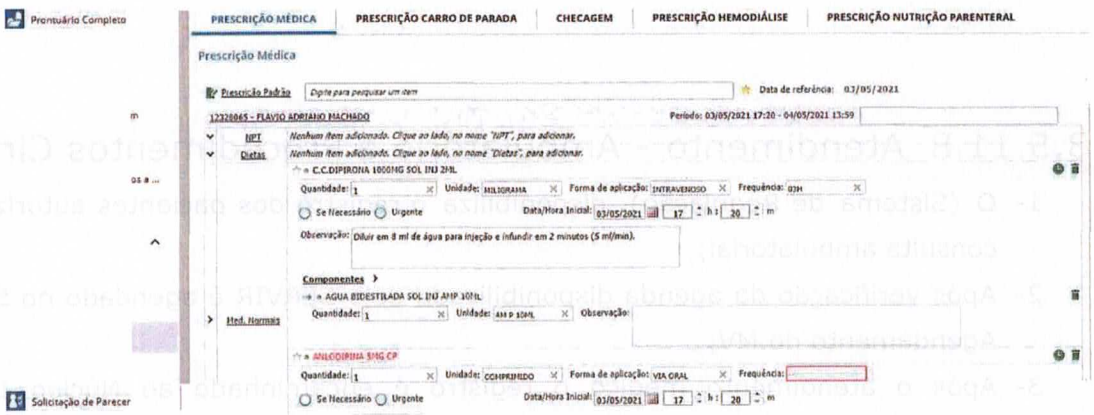
4- APOS O AGENDAMENTO, O PACIENTE COMPARECE A UNIDADE NA DATA MARCADA PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO.

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - AGENDAMENTO AMBULATORIAL/PROCEDIMENTOS CIRURGICOS.



Dispensação De Prescrição Médica

1- O médico registra a prescrição médica de forma eletrônica/impressa;



2- O farmacêutico acessa o registro para realização da avaliação farmacêutica;



3- Após a avaliação farmacêutica, a prescrição é encaminhada para separação dos itens solicitados.

4- Após a separação, é realizado a baixa dos Materiais Médicos Hospitalares/ Medicamentos prescritos e entregue no posto de enfermagem cor- respondente ao paciente;

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - DISPENSA$IO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA



3.5.11.9 Arquivo De Documentos Administrativos

Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

DOCUMENTOS RECEBIDOS DE ORIGEM EXTERNA:

No que diz respeito aos documentos recebidos de origem externa, utilizaremos o sistema de Registro de Protocolo Geral. O setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam à Instituição e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificando o documento. Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo d documentos constando os seguintes dados:

- Data Recebimento;
- Destinatário;
- Remetente;
- Data de Entrega e Assinatura do Recebedor.

DOCUMENTOS RECEBIDOS DE ORIGEM INTERNA:

Os documentos de origem interna que irão tramitar internamente na Unidade

devem seguir o procedimento de registro de protocolo, sendo este, Protocolo de Documentos Setorial. Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Livro de Registro de Protocolo de Documentos.

FLUXO DE OFÍCIOS

Os ofícios contam com uma numeração continua e crescente para controle do que foi enviado, recebido e/ ou respondido (controle de entrada e saída de ofícios), sendo certo que as respostas devem conter numeração própria da Unidade de Saúde, mas sempre citar a numeração dos ofícios recebidos.

OFICIOS RECEBIDOS

Os ofícios são enviados pelos órgãos entes públicos e privados anteriormente mencionados, algumas vezes, por e-mail, junto as aos endereços eletrônicos pessoais e corporativos cadastrados, de acordo o tema abordado e via correios.

- Após, o recebimento, são digitalizados e salvos em pastas internas próprias ;

a. são inseridos em local especifico e individualizado na plataforma de gerenciamento de projetos e processos DOCCEM, utilizada pelo INSTITUTO CEM (a "Plataforma"),

b. são marcadas todas as pessoas envolvidas no tema, bem como o seu responsável direto.

c. Destaca-se que é inserido em lista do mês de competência do mês em que foi recebido.

- O responsável retém um número de oficio próprio da Plataforma (disposto em lista que separa os números dos ofícios por mês')

a. elabora uma minuta de oficio resposta com indicação do oficio recebido,

b. inserindo-a demanda juntamente com todas as informações e documentos pertinentes para fins análise e revisão da mesma pela equipe jurídica

c. equipe jurídica validar e pode pedir informações e/ou documentos complementares, bem como entrar em contato com o responsável pela demanda.

- Revisada a minuta, o jurídico insere a versão final da resposta no DOCCEM da demanda disposto na Plataforma

a. solicita assinatura do diretor da Unidade de Saúde,

b. Solicita encaminhamento ao órgão solicitante, que, dependendo de cada caso, será realizado pelo(a) assistente da diretoria por e-mail ou entregue para protocolo físico diretamente no órgão. Em ambos os casos, é solicitado o ateste de recebimento (comprovante de protocolo) em resposta ao e-mail ou na segunda via do ofício resposta.

- Recebido o comprovante de protocolo,

a. Protocolo é inserido no DOCCEM da demanda juntamente com a versão assinada do oficio pelo(a) assistente da diretoria,

b. sendo marcado como demanda concluída do respectivo mês de competência.

OFICIOS ENVIADOS (ORIGINÁRIOS DO INSTITUTO CEM)

Os ofícios originários do INSTITUTO CEM são aqueles utilizados para solicitar investimentos, informações e/ou documento aos órgãos públicos ou privados, bem como para dar ciência aos mesmos acerca de determinado assunto, tudo com vistas ao gerenciamento pleno e eficaz da Unidade de Saúde.

- Após toda a fase preparatória interna e retenção de um número de ofício próprio da Plataforma, são elaborados pelo responsável da área pertinente ao tema e inseridos na Plataforma com todas as informações e/ou documentos correspondentes para análise, aprovação e revisão jurídica e técnica (se aplicável).
- Analisados, aprovados e revisados, seguem o mesmo fluxo dos ofícios recebidos.

3.5.11.10 Documentos de Pacientes:

Com relação aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê em seus Capítulos e Artigos a garantia e segurança das informações e documentos pertinentes ao paciente e todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos enquanto clientes e usuários das Instituições de Saúde. Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na instituição.

3.5.11.11 Documentos Assistenciais:

As informações para o funcionamento dos processos do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME serão providas por diversos setores da unidade, entre eles:

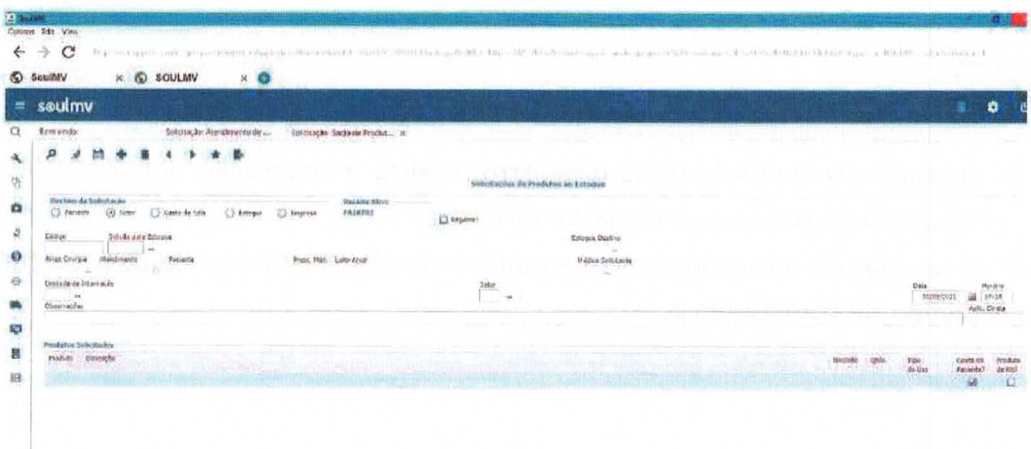
- Núcleo de Informática: mantendo e adaptando o sistema paciente de informações sobre os usuários de nossos serviços;
- Serviço Social: realização da Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
- Profissionais de saúde: através das anotações nos Prontuários, sempre buscando a clareza e completude de informações principalmente em Prescrições,
- Serviços especializados (Posto de coleta, Farmácia, Nutrição, etc.): através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

3.5.11.12 O fluxo de documentos no ambulatório seguirá a seguinte rotina:

- O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.
- Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.
- Quando um prontuário for retirado das prateleiras será colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhada.

3.5.11.13 Dispensação De Materiais E Medicamentos Setorial

1- O setor requisita os MAT/MED necessários eletrônico/impresso para CAF / ALMOXARIFADO/ FARMACIA;



2- - O destinatário acessa o registro eletrônico/impresso, realiza uma conferência clínica e separa o MAT/MED solicitado:

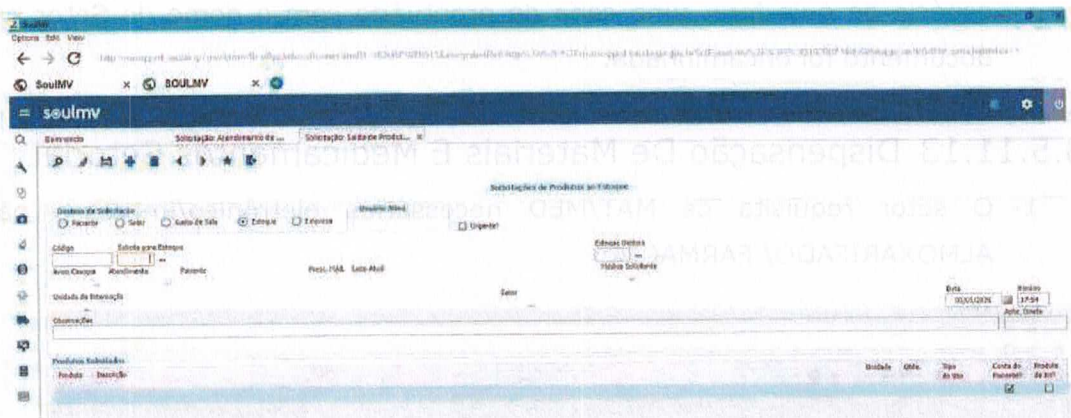
3- Após a separação, é realizado a baixa dos Materiais Médicos Hospitalares solicitados e entregue no setor solicitante;

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS/ MEDICOS POR SETOR.



3.5.11.14 Transferencia De Materiais E Medicamentos Do Caf Para A Farmacia

1- - O farmacêutico solicita para o CAF os MAT/MED necessários eletrônico/impresso;



2- O assistente do CAF acessa o registro, realiza a separação dos MAT/MED solicitados faz a transferência e entrega na farmácia;

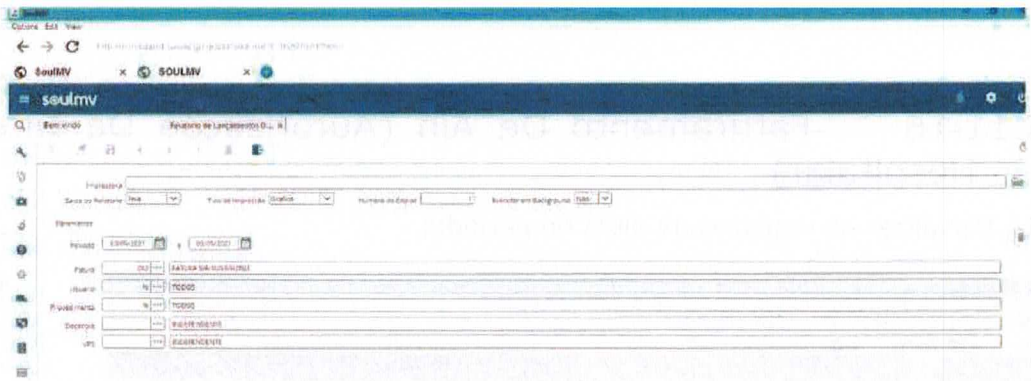
3- O auxiliar de farmácia acessa o registro dos MAT/MED solicitados, confere e aceita o pedido de transferência;

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS – TRANSFERÊNCIA DE MAT/MED DA FARMÁCIA PARA O CAF



3.5.11.15 Faturamento De Bpa (Boletim De Procedimento Ambulatorial)

1- Verificar os atendimentos gerados nas últimas 24 horas. No relatório gerado é possível visualizar todos os procedimentos que foram gerados na conta do paciente;



2- E verificado no BPA os profissionais que realizaram os procedimentos;

3- Após a verificação e correção dos lançamentos é visto a crítica (erro pendente);

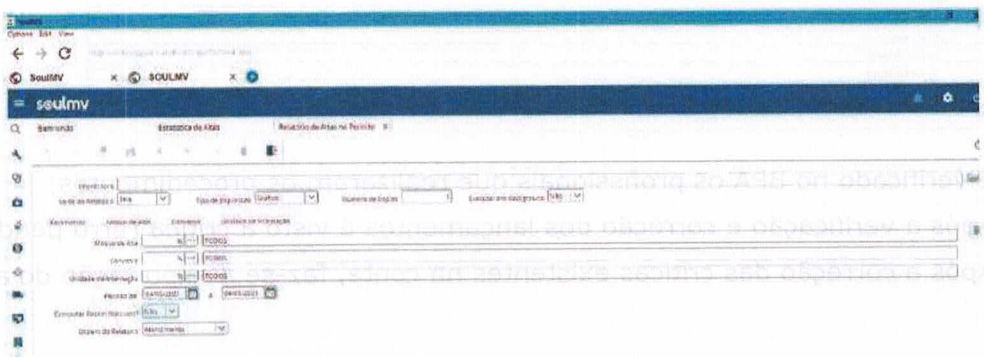
4- Após a correção das críticas existentes na conta, faz-se a exportação do arquivo;

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - FATURAMENTO DE BPA (BOLETIM DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL).



3.5.11.16 Faturamento De Aih (Autorização De Internação Hospitalar)

1- Visualizar os registros de altas no período;

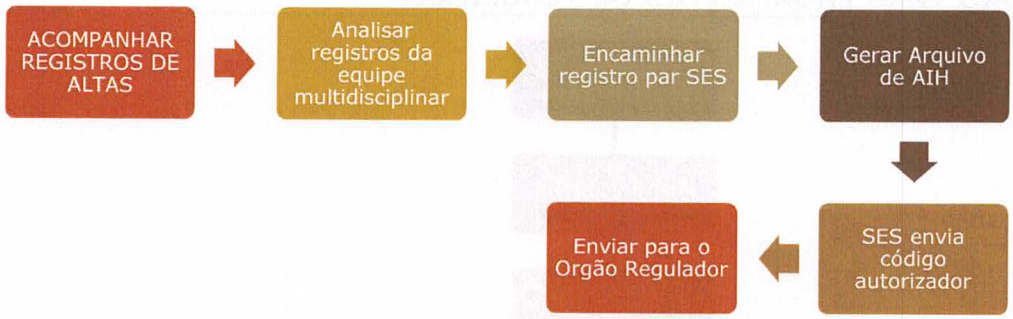


2- Analisar os registros da equipe Multidisciplinar no prontuário

3- Após a critérios a análise do prontuário, o registro é encaminhado para SES para liberação do código autorizador para o fechamento da conta;

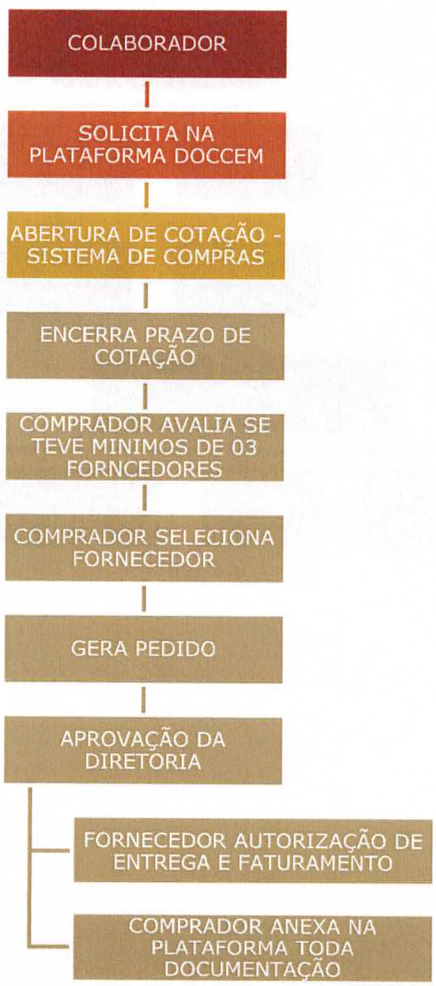
4- Após a liberação do código autorizador gerar-se o arquivo de AIH para envio ao órgão regulador;

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - FATURAMENTO DE AIH (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



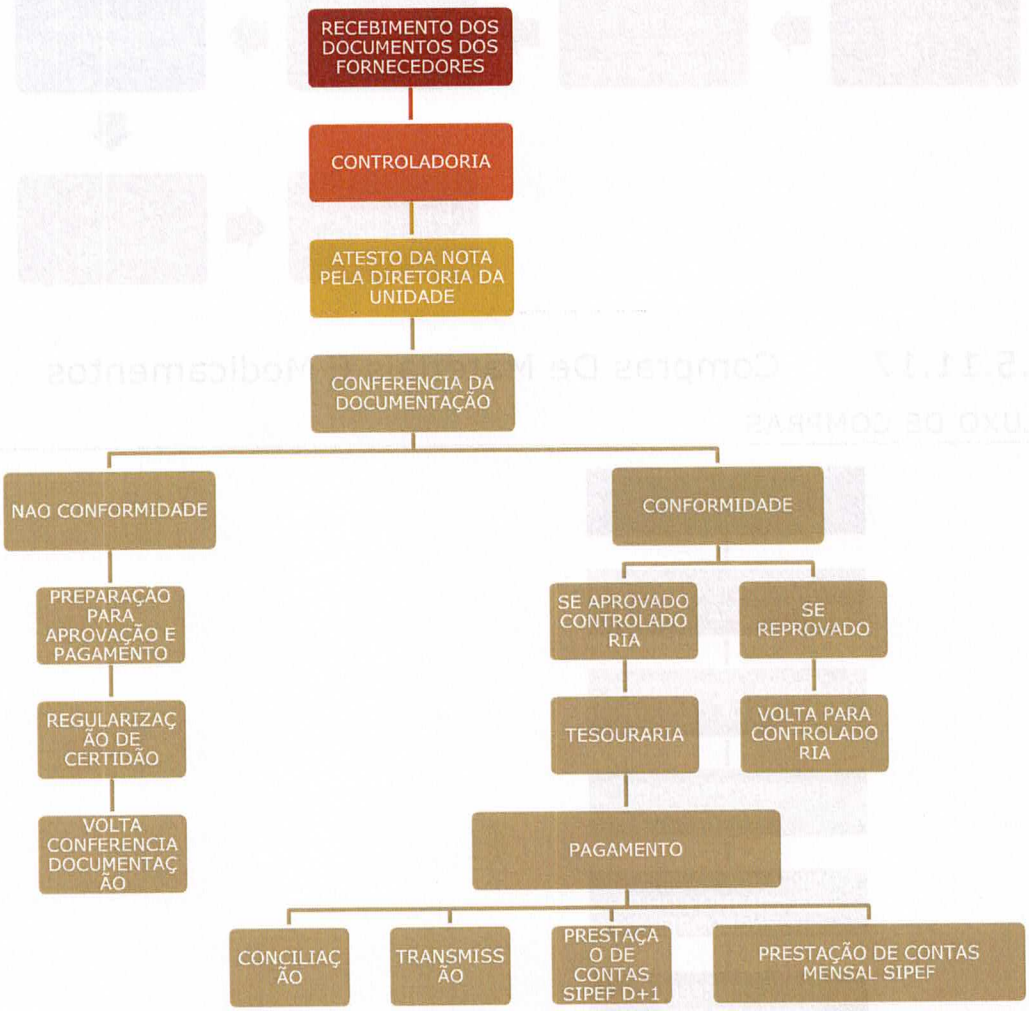
3.5.11.17 Compras De Materiais E Medicamentos

FLUXO DE COMPRAS



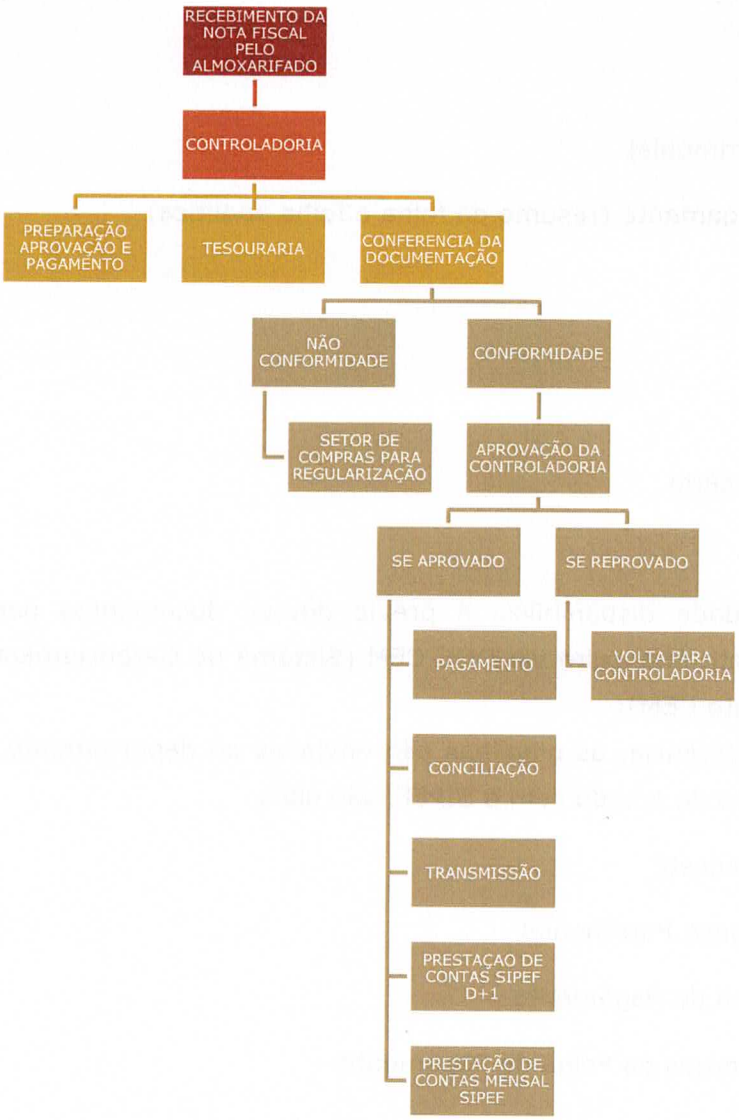
3.5.11.18 Pagamento De Prestadores De Serviços

FLUXO PARA PAGAMENTOS DE TERCEIROS



3.5.11.19 Pagamentos De Fornecedores De Material Médico E Medicamento

FLUXO PARA PAGAMENTOS DE FORNECEDORES DE MATERIAL MÉDICO E MEDICAMENTO



3.5.11.20 Elaboração Do "Kit Contabil"

1- Na lista "Kit Contábil" são anexados os relatórios que compõem o Kit Contábil:

- Livro Razão
- Livro Diário
- Balancete
- Balanço patrimonial
- Folha de Pagamento (resumo da folha e folha analítica) .
- Caged
- Gefip
- DCTF
- Extrato Bancário
- DRE.

2- A contabilidade disponibiliza a prévia desses documentos para conferência do departamento financeiro via DOC CEM (Sistema de Gerenciamento de Documentos – do Instituto CEM):

3- Após a conferência, as planilhas são enviadas ao departamento de automatização das matrizes de acordo com o SIPEF, são elas:

- 0300 – Balancete
- 0400 - Balanço Patrimonial
- 0500 - Folha de Pagamento
- 0700 - Encargos da Folha de Pagamento
- 0900 - DRE
- 1300 - Indicadores Hospitalares Metas de Produção
- 1500 - Gastos com Colaboradores
- 1600 — Diário
- 1700 — Razão

- 1800 - Demandas Judiciais
- 1900 - Benefícios da Folha de Pagamento

4- Após a adequação das planilhas, é disponibilizado no DOCCEM, para que o departamento de prestação de contas faça a conferência e posteriormente importe no sistema SIPEF.

5- Após a importação no SIPEF, são disponibilizados os arquivos em PDF e o relatório de transmissão Prestação de Contas e Kit Contábil

FLUXO PARA O KIT CONTIBIL



3.6 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas

INTRODUÇÃO

A definição de CME pelo Ministério da Saúde é de um conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e a distribuição dos materiais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 307 de 14 de novembro, considera o CME como sendo uma unidade de apoio técnico responsável pelo fornecimento de artigos médico-hospitalares devidamente processados, resultando em condições adequadas para atendimento direto e assistência à saúde

de indivíduos enfermos ou sadios. Podendo se localizar dentro ou fora da edificação usuária dos materiais.

Cabe a esse serviço a responsabilidade pelo processamento de todos os artigos médico-hospitalares, desde a limpeza, a seleção quanto à integridade e funcionalidade e o acondicionamento em embalagens adequadas, até a distribuição desses artigos esterilizados a todas as unidades consumidoras, de forma a assegurar- lhes a quantidade e qualidade necessárias à realização de todos os procedimentos assistenciais para o desenvolvimento do plano terapêutico dos clientes. Essa unidade tem um papel fundamental na assistência e no desenvolvimento das atividades de todas as unidades hospitalares e deve-se ressaltar seus aspectos estruturais, administrativos, econômicos e técnicos, à garantia da qualidade dos artigo odonto- médico-hospitalares3.

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

Para o estabelecimento de **um fluxo unidirecional**, é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril). O acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

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

A ANVISA, através da RDC nº 15, de 15 de março de 20125, estabeleceu os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos, abrangendo serviços de saúde públicos e privados, além das empresas processadoras de produtos. A saber:

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

[...] Secção III Definições

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

[...]

- produtos para saúde críticos: são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;
- produtos para saúde semi-críticos: produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas;
- produtos para saúde não-críticos: produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente;
- produtos para saúde passíveis de processamento: produto para saúde fabricado a partir de matérias primas e conformação estrutural, que permitem repetidos processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade;
- produto para saúde crítico de conformação complexa: produtos para saúde que possuam lúmem inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas;
- produto para saúde de conformação não complexa: produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares;
- processamento de produto para saúde: conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

[...]

- representante legal: pessoa física investida de poderes legais para praticar atos em nome da pessoa jurídica;

- responsável técnico – RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde ou pela empresa processadora, conforme legislação vigente;

[...] CAPITULO II

DAS BOAS PRÁTICAS PARA O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Seção I

Condições Organizacionais

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

[...]

Art. 21 A limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde devem ser realizados pelo CME do serviço de saúde e suas unidades satélites ou por empresa processadora.

Parágrafo único. O processamento de produtos para saúde não críticos pode ser realizado em outras unidades do serviço de saúde desde que de acordo com Procedimento Operacional Padronizado – POP definido pelo CME.

[...] Secção II

Recursos Humanos

Art. 27 Todas as etapas do processamento de produtos para saúde devem ser realizadas por profissionais para os quais estas atividades estejam regulamentadas pelos seus conselhos de classe.

Art. 28 O CME e a empresa processadora devem possuir um Profissional Responsável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação especifica.

Parágrafo único. O responsável pelo CME Classe II deve atuar exclusivamente nesta unidade durante sua jornada de trabalho.

Subseção I

Da Segurança e Saúde no Trabalho

Art. 30 O trabalhador do CME e da empresa processadora deve utilizar vestimenta privativa, touca e calçado fechado em todas as áreas técnicas e restritas.

[...]

Art. 32 Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades.

[...] Subseção II Atribuições

Art. 33 Compete ao Responsável Técnico do serviço de saúde e ao Responsável Legal da empresa processadora:

- – Garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde;
- – Prever e prover os recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e ao cumprimento das disposições desta resolução;
- – Garantir que todas as atribuições e responsabilidades profissionais estejam formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas pelos envolvidos nas atividades de processamento de produtos para saúde;

[...]

- – Participar do dimensionamento de pessoal e da definição da qualificação dos profissionais para atuação no CME;
- – Orientar as unidades usuárias dos produtos para saúde processados pelo CME quanto, ao transporte e armazenamento destes produtos;

[...] Seção IV

Da Infra-Estrutura

Art. 44 O CME Classe I deve possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

- – Área de recepção e limpeza (setor sujo);
- – Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e
- – Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Art. 45 O dimensionamento das áreas do CME Classe I deve ser efetuado em função da demanda e dos métodos de processamento utilizados.

Art. 46 O CME Classe I deve possuir, no mínimo, barreira técnica entre o setor sujo e os setores limpos.

Art. 47 O CME Classe II e a empresa processadora devem possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

- – Sala de recepção e limpeza (setor sujo);
- – Sala de preparo e esterilização (setor limpo);
- – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e
- – Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

[...]

Art. 48 Para o CME Classe II e na empresa processadora é obrigatória a separação física da área de recepção e limpeza dos produtos para saúde das demais áreas.

[...]

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 424, de 19 de abril de 2012, normatizou as atribuições dos membros da equipe de Enfermagem em CME, ou em empresas processadoras de produtos para a saúde. Dentre essas atribuições, destacam-se:

Art. 1º Cabe aos Enfermeiros Coordenadores, Chefes ou Responsáveis por Centro de Material e Esterilização (CME), ou por empresa processadora de produtos para saúde:

- – Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;
- – Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;

[...]

- – Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- – Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- – Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;

[...]

Art. 2º Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuam em CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde, realizam as atividades previstas nos POPs, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

Assim, o CME se destaca no contexto da organização dos serviços de saúde por ser uma unidade de apoio técnico as demais unidades assistenciais e de diagnóstico que necessitem de produtos para saúde processados indispensáveis ao desempenho técnico da equipe, proporcionando segurança e eficácia na prestação de cuidados ao paciente.

A dinâmica do processamento de produtos para a saúde no CME é bastante **intensa e especifica,** o que requer adoção de fluxos bem definidos quanto à recepção, limpeza, enxague, secagem, preparo e embalagem, desinfecção, esterilização, guarda e distribuição dos produtos utilizados nos diversos setores da unidade. Para isso, se faz necessário que a equipe de trabalho envolvida tenha suas atribuições e responsabilidades profissionais formalmente designadas,

descritas, divulgadas e compreendidas, servindo também como subsídio para identificação da carga de trabalho da unidade e adequação de dimensionamento de pessoal.

3.6.1 Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados

A Central de Material e Esterilização — CME, será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos, sendo que todo processo realizado no CME deve obedecer a Regulamentos Técnicos que estabelecem os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

Fluxograma 01: Fluxo unidirecional da CME



Fluxograma 02: Fluxo unidirecional dos artigos na CME

O fluxo de um CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como impedir que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril.

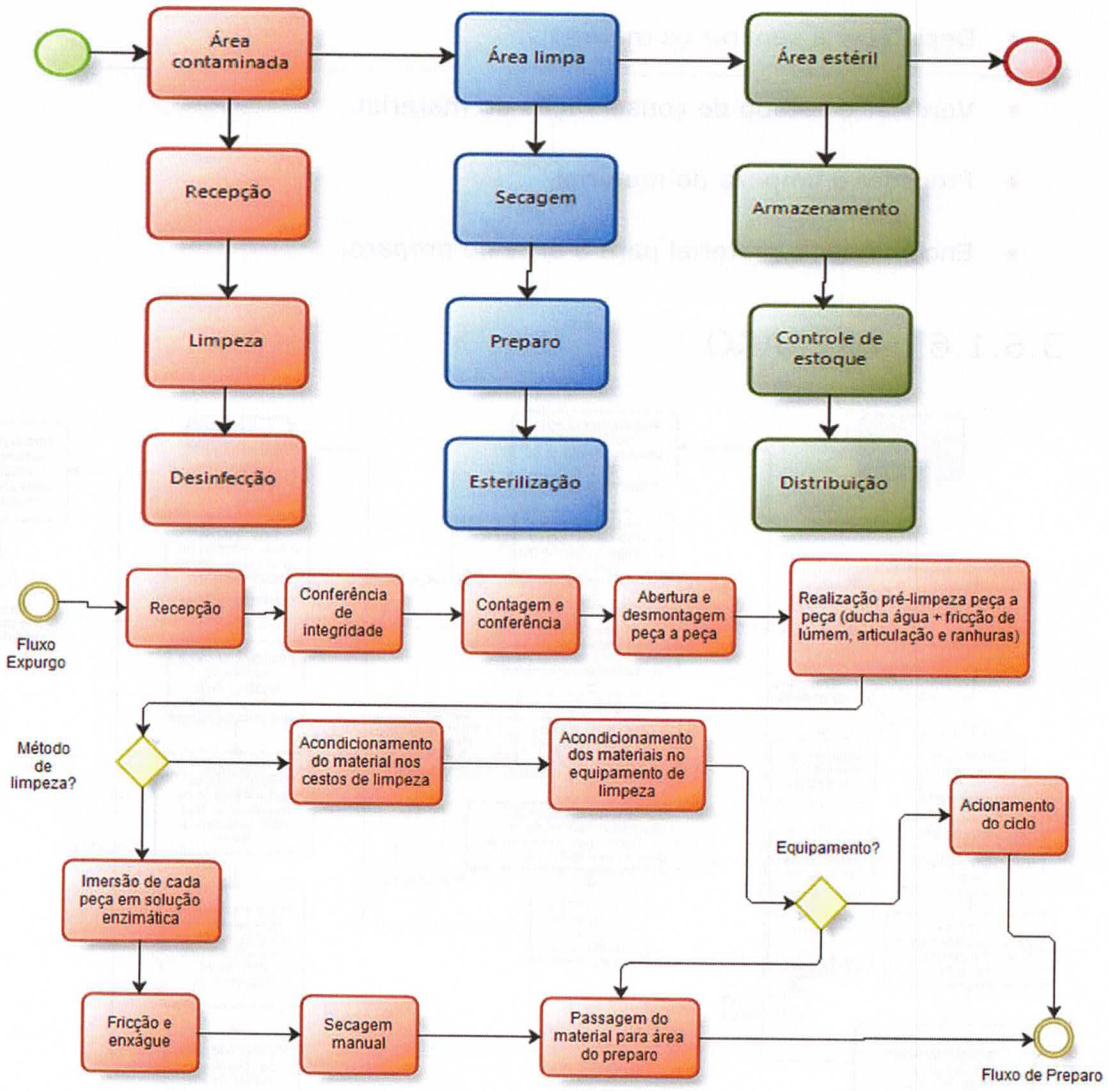


3.6.1.1 Finalidades:

- Preparar, esterilizar e distribuir todo o material do Hospital que requeira esse procedimento;
- Manter os equipamentos de preparo e esterilização em perfeita ordem;
- Aplicar os testes de esterilização em cada lote;
- Interagir com o Centro Cirúrgico para a preparação do instrumental necessário à realização das cirurgias do dia e das emergências;
- Levantar mensalmente estatística do serviço realizado;
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Identificar o instrumental com as iniciais do Hospital;
- Não permitir que entrem no centro cirúrgico, instrumentais que não sejam esterilizados no CME do Hospital;

- Elaborar e colocar em prática um Manual de Organização específico para o Serviço.
- Padronizar a recepção, no expurgo do CME, de materiais contaminados e execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais conforme a natureza da constituição de cada material, devidamente padronizado.

3.6.1.2 MACROFLUXO UNIDIRECIONAL DO CME



3.6.1.3 EXPURGO

3.6.1.4 DESCONTAMINAÇÃO

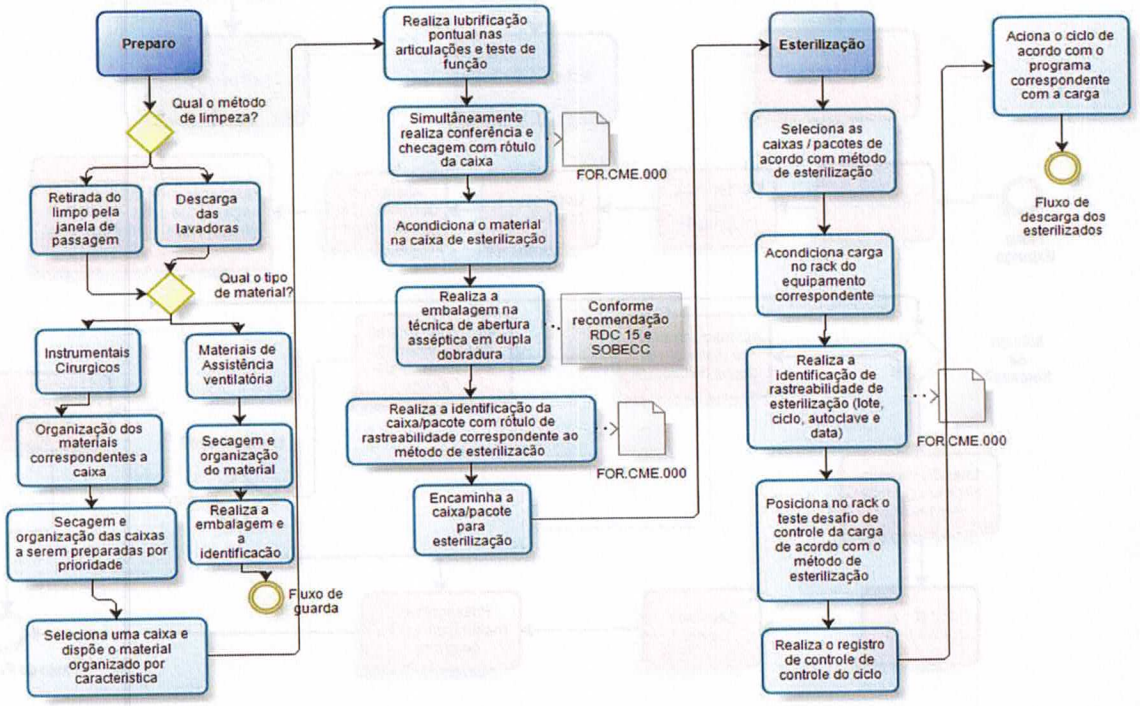
Deverá existir uma barreira física. O fluxo será unidirecional, evitando-se o cruzamento de materiais e não estéreis. A área de estocagem deverá ter acesso limitado de pessoas.

De acordo com a RDC nº 50 (ANVISA, 2.004), as atribuições e atividades da prestação de serviço de apoio técnico desta unidade, são:

3.6.1.5 ÁREA DE LAVAGEM E DESCONTAMINAÇÃO:

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

3.6.1.6 PREPARO

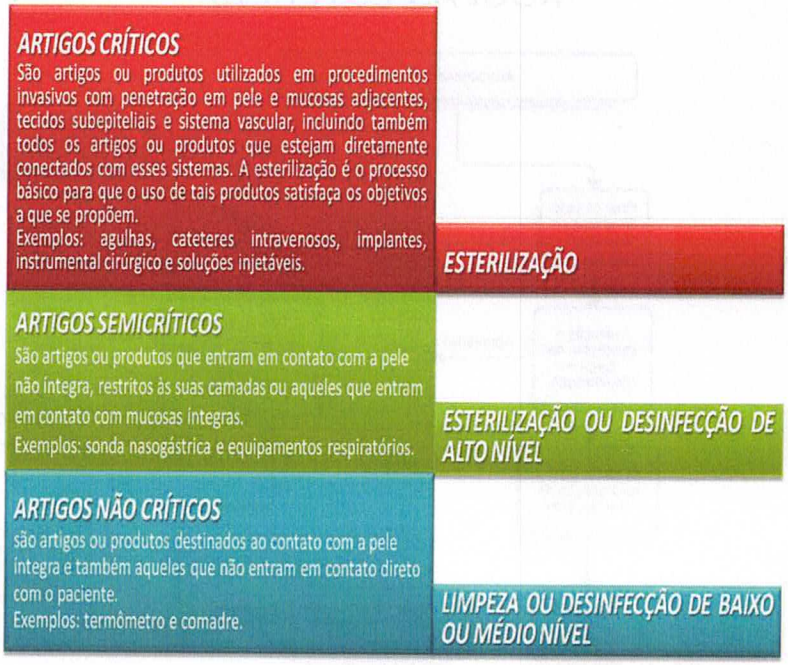


ÁREA DE PREPARO DE MATERIAIS:

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

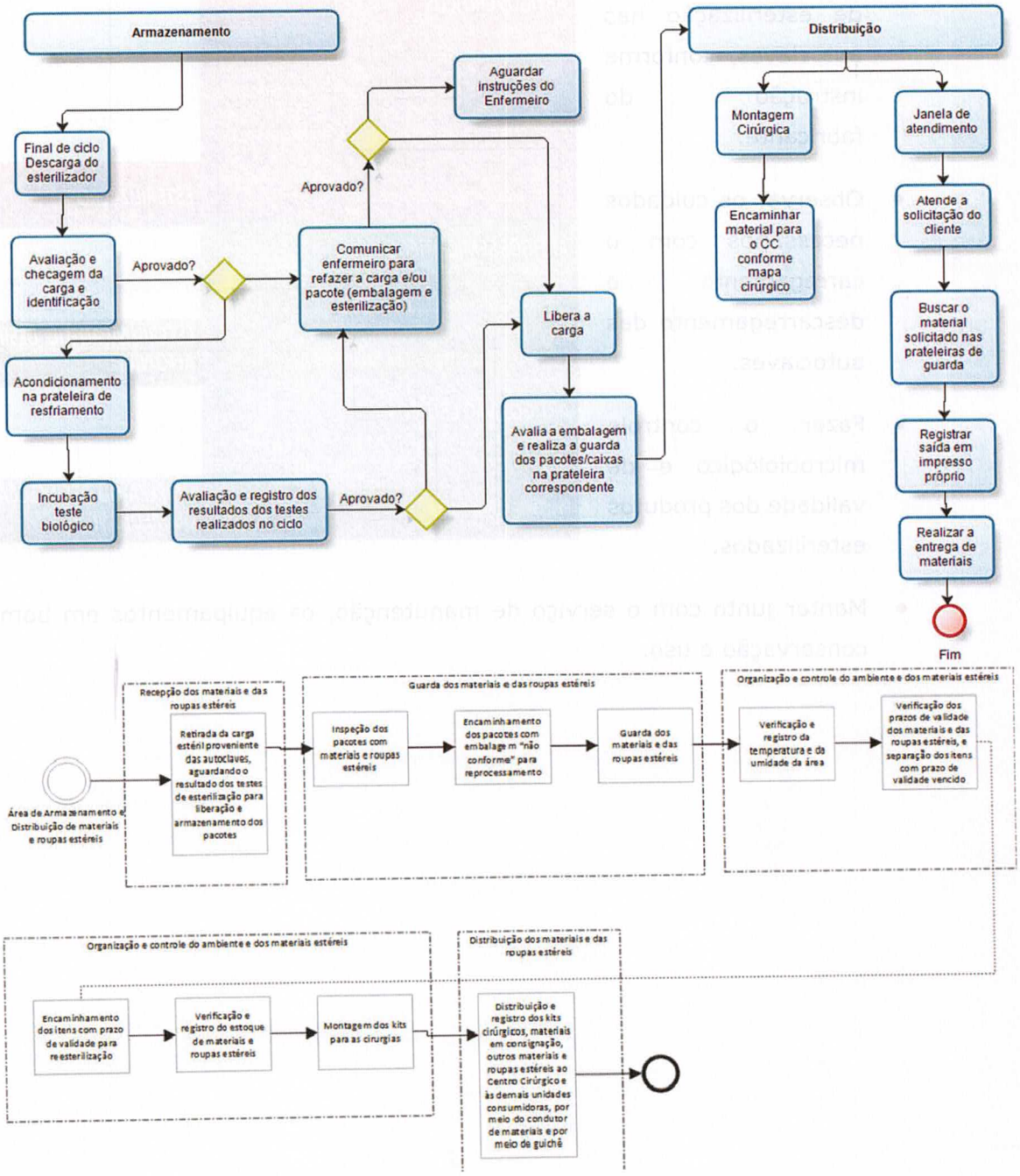
ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO:

- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante.
- Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves.
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados.



- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.

3.6.1.7 ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS E ROUPAS ESTÉREIS



ÁREA DE ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS E ROUPAS ESTERILIZADOS:

- Estocar o material esterilizado
- Proceder à distribuição do material às unidades
- Registrar a saída do material.

De acordo com a mesma RDC nº 50, os processos desenvolvidos serão:

- **Limpeza**, que consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. As limpezas automatizadas, realizadas através das lavadoras termo desinfectadoras, que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.
- **Descontaminação**, que é o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.
- **Desinfecção**, que é o processo de eliminação e destruição de micro-organismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 minutos. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido paracético.

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

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

Processos Físicos:

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

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

- **Autoclavagem Pré-vácuo**, que é um processo, que por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é

removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo.

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

- **Processos Químicos e Físico-químicos**: esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº 930/92 do Ministério da Saúde que são os aldeídos, o ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O peróxido de hidrogênio (na forma gás plasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa pressão.

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

Controles que realizaremos para checagem do processo de esterilização:

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

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

Controle que implementaremos para a qualidade do ar:

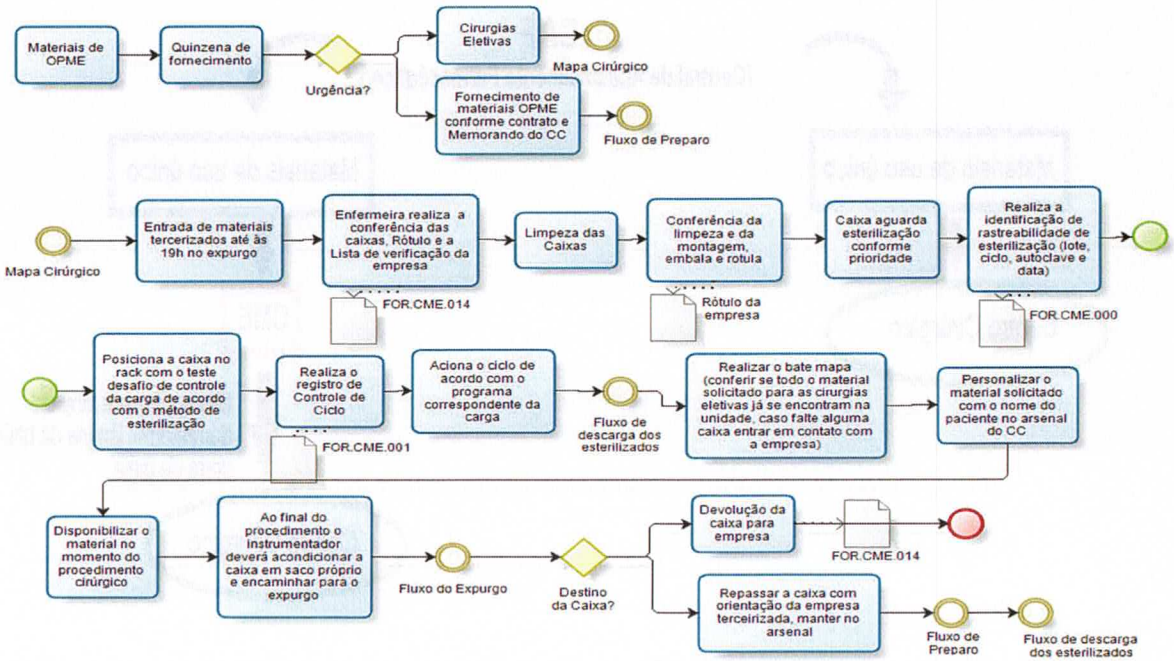
- Na área de lavagem e descontaminação, o sistema de ventilação será realizado por exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microorganismos para as demais áreas.
- Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição serão utilizadas o sistema de ar-condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.

Embalagem: Serão utilizados os seguintes materiais:

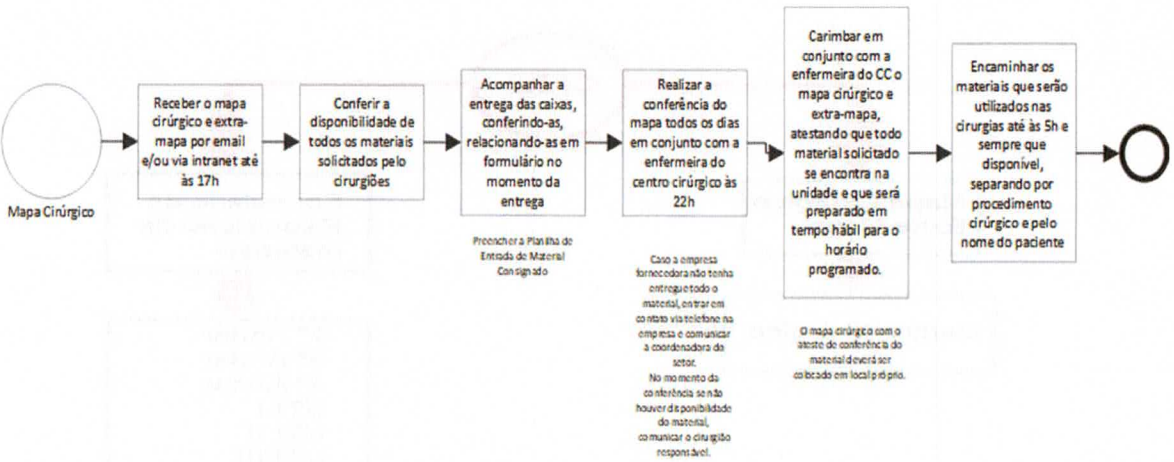
- Tecido de algodão.
- Papel grau cirúrgico.
- Papel crepado.

Manutenção: Serão estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia e Manutenção do Hospital. O processo de validação das autoclaves será realizado anualmente por firma terceirizada. Observamos que o fluxo unidirecional dos materiais obedece aos padrões técnicos vigentes da RDC nº 50, sendo a manutenção dos mesmos a indicação do nosso processo de gestão.

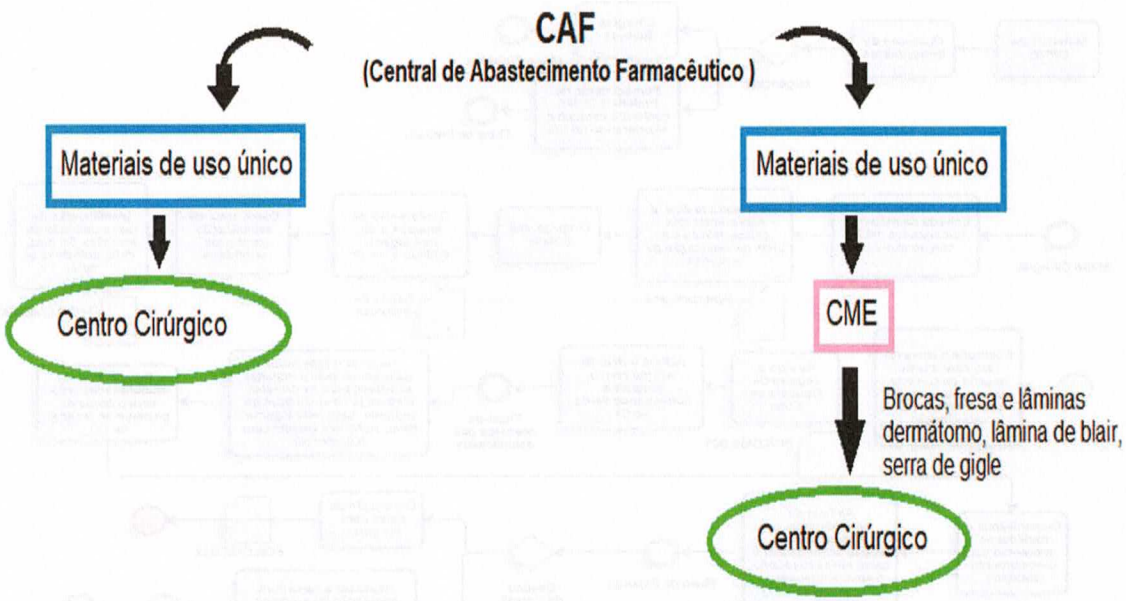
3.6.1.8 MATERIAL DE OPME



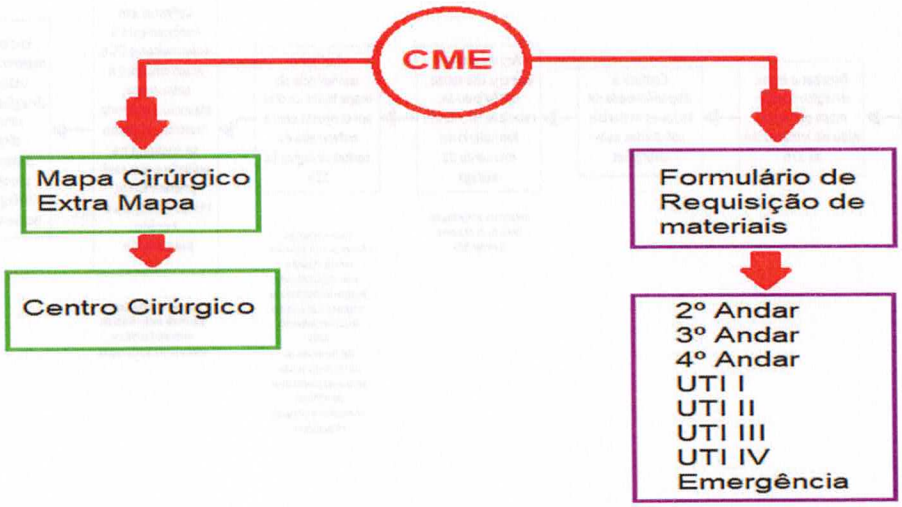
3.6.1.9 CONFERÊNCIA DE MAPA CIRÚRGICO



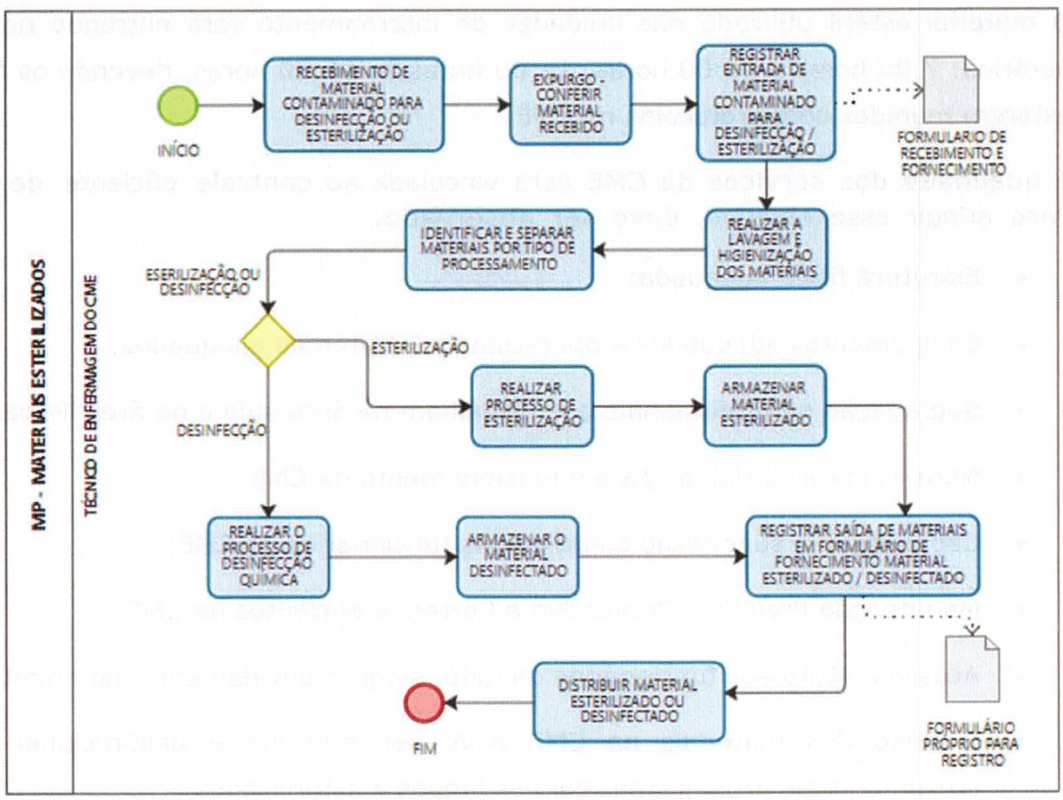
3.6.1.10 DISPONIBILIZAÇÃO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO



3.6.1.11 COMUNICAÇÃO ENTRE CME; CENTRO CIRÚRGICO E DEMAIS SETORES DA UNIDADE.



3.6.1.12 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS E DESINFECTADOS



O controle de processos para esterilização adequada de materiais Hospitalar e ambulatorial deverá ser garantido por meio da implantação de fluxo unidirecional para materiais no setor de Central de Material e Esterilização – CME do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, cumprindo as orientações e exigências para o funcionamento desse setor, que representará um elo entre todas as áreas de atendimento no serviço.

Com o funcionamento desse fluxo será propiciado o não cruzamento de área suja com área limpa, evitando assim que os materiais estéreis se misturem com os não estéreis. O fluxo deve ser obrigatoriamente unidirecional, ou seja, não deve haver cruzamento de área suja com área limpa.

A CME funcionará 12 horas por dia para atender às necessidades do Hospital. O material deverá ser encaminhado para o Centro Cirúrgico às 06:00 horas e às 12:00 horas, em carro fechado de material lavável, por funcionário da central, utilizando protocolo de entrega.

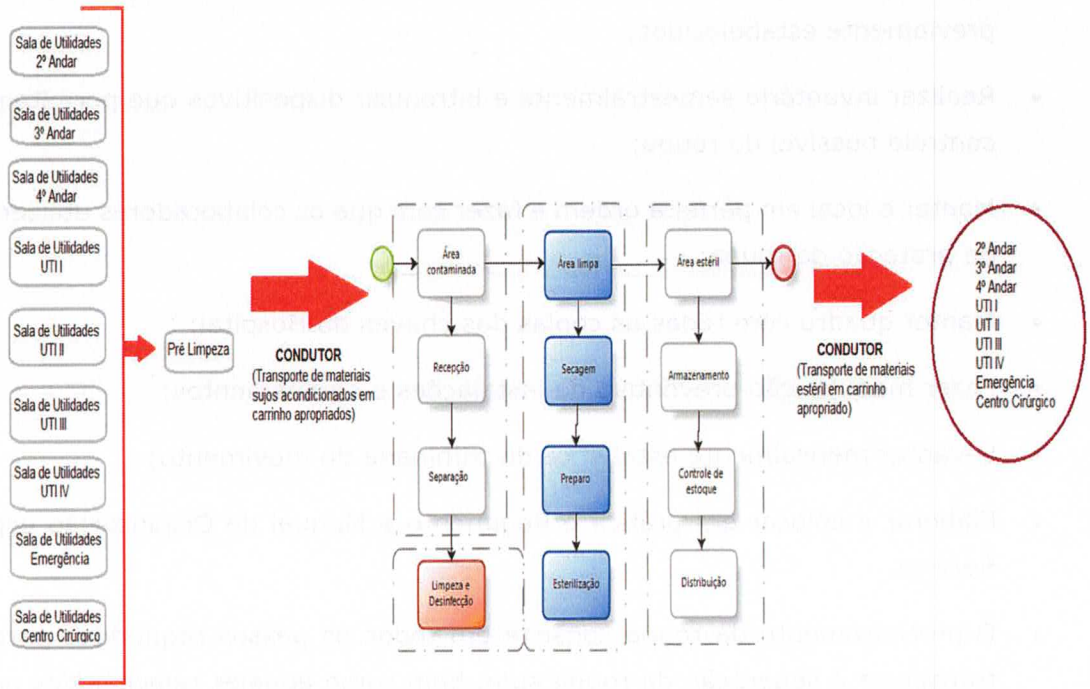
Posterior ao uso, o Centro Cirúrgico deverá devolver o material sujo, separado por caixas, conferido e protocolado para entrega no CME.

O material estéril utilizado nas unidades de internamento será entregue nos seguintes horários: 7:00 horas às 9:00 horas, 14:00 horas às 16:00 horas, devendo os funcionários estarem munidos com protocolos no CME.

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

- Estrutura física adequada;
- Equipamentos adequados e operacionais E Materiais adequados;
- Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;
- Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME;
- Capacitação e supervisão contínua dos funcionários da CME;
- Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes na CME;
- Acesso restrito aos funcionários da CME, sempre devidamente paramentados;
- O fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados;
- Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.
- Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME
- O Fluxo de Materiais esterilizados e determinado pela RDC nº 307 de 14/11/02, que implantaremos. A legislação indica que deve existir uma CME quando houver centro cirúrgico, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência. A CME deverá ser dividida em no mínimo 03 (três) áreas: descontaminação, empacotamento e esterilização/estocagem.

3.6.1.13 FLUXO CME INTERSETORIAL HERSO



3.6.2 Fluxo Unidirecional Para Roupas

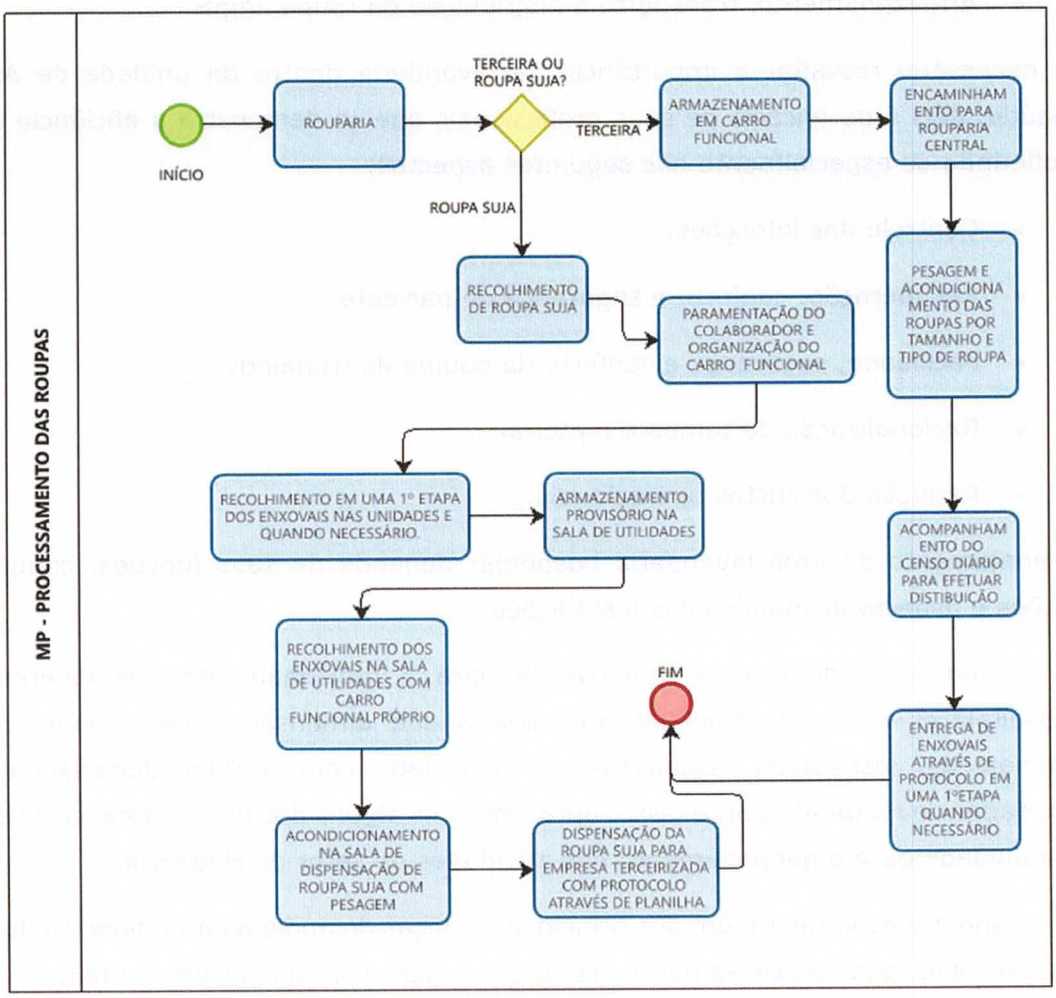
O processamento de roupas de serviços de saúde é uma atividade de apoio que influencia grandemente a qualidade da assistência à saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do paciente, acompanhantes e profissionais. Tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde (ANVISA, 2007).

Finalidade:

- Recolher toda a roupa usada no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**;
- Pesar, separar, processar, distribuir e controlar toda a roupa do Hospital;
- Utilizar técnicas e produtos adequados;

- Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação;
- Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos;
- Realizar inventário semestralmente e introduzir dispositivos que permitam o melhor controle possível da roupa;
- Manter o local em perfeita ordem e fazer com que os colaboradores utilizem os meios de proteção da roupa;
- Manter quadro com todas as cópias das chaves do Hospital;
- Fazer manutenção preventiva de instalações e equipamentos;
- Levantar mensalmente estatística discriminada do movimento;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.
- O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

Fluxograma — processamento de roupas:



- Retirada da roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento
- Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento
- Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja
- Processo de lavagem da roupa suja
- Centrifugação
- Secagem calandragem ou prensagem ou passadoria da roupa limpa

- Separação, dobra, embalagem da roupa limpa
- Armazenamento. transporte e distribuição da roupa limpa

É necessário ressaltar a importância da lavanderia dentro da unidade de Assistência à Saúde, pois é da eficácia de seus profissionais que se demonstra a eficiência do Hospital, refletindo-se especialmente nos seguintes aspectos:

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

Planejamento de uma lavanderia hospitalar depende de suas funções, complexidade de ações e aspecto econômico das instalações.

A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades hospitalares e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade, deverão ser planejadas, instaladas, organizadas e controlada com o rigor dispensado às demais unidades do Hospital. Diante disso, apresentamos alguns dos fluxogramas a serem adotados na unidade para o gerenciamento das atividades do setor de Hotelaria:

A lavanderia hospitalar é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades de uma unidade de Assistência à Saúde. É um serviço de suma importância para o bom funcionamento da mesma, pois a eficiência de seu funcionamento contribuirá para a eficiência das atividades assistenciais realizadas, como exemplo a redução das infecções hospitalares. A unidade de processamento de roupas realiza diversas atividades que envolvem riscos à saúde do trabalhador, usuário e meio ambiente e, por isso, é alvo da ação de regulação da vigilância sanitária.

Assim, a área de Processamento de Roupas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** terá como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do Hospital. As roupas

utilizadas nos diversos serviços do Hospital incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, fraldas, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, propôs, aventais, gorros, dentre outros.

1. REMOÇÃO DA ROUPA SUJA DA UNIDADE GERADORA:

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, unidades geradoras.

Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão.

A roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon, sendo que para roupas contaminadas devem ser usados sacos plásticos.

2. COLETA E TRANSPORTE DA ROUPA SUJA:

A coleta geralmente é realizada em horários preestabelecidos, uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Após fechado, o saco de roupas sujas é retirado do hamper e colocado em carro próprio que, completada sua capacidade, transporta a roupa até a recepção da lavanderia.

Os carros usados na remoção dos sacos de roupa sujam nunca devem ser utilizados para o transporte de roupas limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento das roupas suja com a limpa.

A roupa suja deverá ser transportada por meio de carro exclusivo para esse fim (leve, de fácil higienização, com dreno para eliminação de líquido), devidamente identificado.

Os percursos usados na remoção dos sacos de roupas não devem ser utilizados simultaneamente por carro de roupas limpa ou de comida.

Para a coleta e transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade deve estar paramentado com luvas de borracha cano longo, gorro, óculos, bota cano longo, avental impermeável e máscara com filtro de carvão ativado.

3. RECEPÇAO PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA SUJA:

Na área de recepção, a roupas é retirada do carro de coleta, a fim de ser separada e pesada;

Na área suja da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de iniciar o processo de lavagem.

Pesagem: A pesagem da roupa poderá ser realizada em duas etapas distintas: no momento do recebimento na unidade de processamento, para fornecer dados para o controle de custos, e após a separação e classificação, para dimensionar a carga do processo de lavagem de acordo com a capacidade da lavadora.

Separação e Classificação: A qualidade da lavagem começa na separação da roupa suja, quando esta é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A separação da roupa suja terá como objetivos:

Agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto, de acordo com o grau de sujidade e as suas características;

Localizar e retirar objetos estranhos que possam estar presentes junto com a roupa. - A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Considera-se também o tipo de tecido, uma vez que o processo de lavagem varia conforme a origem e composição do tecido.

4. PROCESSO DE LAVAGEM:

Após pesagem e classificação da roupa suja, a mesma é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada pa. a área limpa.

O processo de lavagem da roupa consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo.

São aspectos importantes dessa etapa: a restituição da maciez e elasticidade dos tecidos e a preservação das fibras e cores, de forma a propiciar conforto para o uso. - A roupa é desinfetada durante o processo de lavagem, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril.

A lavagem consiste numa sequência de operações ordenadas, que leva em consideração o tipo e a dosagem dos produtos químicos, a ação mecânica produzida pelo batimento e esfregação das roupas nas lavadoras, a temperatura e o tempo de contato entre essas

variáveis. O perfeito balanceamento desses fatores é que define o resultado final do processo de lavagem.

Ciclos e fases do processo de lavagem:

Não existe um processo único e ideal para a lavagem de todas as roupas do serviço de saúde. As fases de um ciclo completo de lavagem consistem em: umectação, enxague, pré-lavagem, lavagem, alvejamento, enxágues, acidulação e amaciamento.

Um ciclo completo de lavagem geralmente é aplicado para roupas com sujidade pesada. Para roupas com sujidade leve, dispensam-se as etapas de umectação, primeiros enxágues e pré-lavagem, sendo que o ciclo se inicia na etapa de lavagem.

5. PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA LIMPA:

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. - A **centrifugação** tem o objetivo de remover o excesso de água presente na roupa. Esse processo é realizado em centrífuga ou em lavadora extratora. Após a centrifugação, a roupa deve ser classificada levando-se em consideração o tipo de tecido, peça de roupa e a fase do processo de acabamento que a mesma será submetida.

A **secagem** é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo.

A **calandragem** é a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa como lençóis, colchas leves, uniformes, roupas de linhas retas, sem botões ou elástico, à temperatura de 120ºC a 180ºC.

A **prensagem** é efetuada em uniformes e outras peças que não devem ser processadas na calandra ou que tenham detalhes como pregueados e vincos.

A **passadoria** a ferro é usada apenas eventualmente ou para melhorar o acabamento de roupa pessoal, como jalecos dos profissionais.

Após as etapas de calandragem, prensagem ou passadoria, a roupa limpa é dobrada, podendo ser armazenada embalada ou não. Sacos plásticos ou de tecidos podem ser utilizados para embalar roupas separadamente ou em forma de kits.

6. ESTOQUE E ARMAZENAMENTO DA ROUPA:

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição da roupa limpa.

O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim.

O carro usado para estocar a roupa limpa no setor de internação deve ser fechado durante o transporte e a sua permanência na mesma, além disso, não pode ser deixado em local de circulação de pessoas.

7. TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA:

O sistema de distribuição e suprimento de roupas nos setores dos serviços de saúde depende do seu volume e do tempo de estocagem na rouparia central. A maior parte da troca de roupa nas unidades de internação ocorre nas primeiras horas da manhã. Por essa razão, o recebimento pontual da roupa facilita o trabalho da enfermagem e o conforto do cliente. - A distribuição de roupa limpa é feita pelo pessoal da unidade de processamento de roupas e pode ser realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos, exclusivos para esse fim.

É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação da mesma.

Cada unidade receberá uma cota de roupa para reposição de estoques nas rouparias setoriais. Geralmente o cálculo das quantidades de roupas segue a seguinte ideia: Um muda fica no leito do paciente, uma outra fica na estante ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia, enquanto tem outra peça na lavanderia em processamento. É comum existir uma cota fixa de roupa para cada unidade, preestabelecida em função da necessidade estimada.

Observação:

As peças de roupas danificadas e aproveitáveis serão reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa.

As peças danificadas não aproveitáveis receberão baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em piso, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras.

Após o conserto, a roupa voltará a ser lavada.

O Serviço de Processamento de Roupas deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

INSTITUTO CEM	**HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** **Procedimento** **Operacional Padrão**	**Serviço/Setor: Processamento de Roupas** **POP: (SPR + nº de ordem)** Elaborado em: / / Revisado em: / /
ROTINAS OPERACIONAIS		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

3.6.2.1 Processamento geral das roupas

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



3.6.2.2 Remoção da roupa suja da unidade geradora

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

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

3.6.2.3 Coleta da roupa suja na unidade geradora e transporte

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

Os sacos dos *hampers* devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos.

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

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

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

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

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

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

Processamento da roupa na área suja:

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

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

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

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

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

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

Separação e Classificação: A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).

Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas puxando-as pelas pontas para a verificação e retirada de objetos estranhos como instrumentais e artigos perfuro cortantes e outros resíduos sólidos.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor.

A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

- Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades.

- Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

Processo de lavagem

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

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

Processamento da roupa na área limpa

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

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

Transporte e distribuição da roupa limpa

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

Particularidades

- Roupas provenientes de pacientes em isolamento

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

- Roupas provenientes de nutrição e panos de limpeza

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

- Esterilização das roupas

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

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

-. Responsabilidades da equipe de enfermagem

Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte

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

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

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

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

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

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

*A rotina de identificação das *hampers* de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.

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

A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados

Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada co microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades do hospital

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

A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa

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

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

Obs.: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa.

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

3.6.2.4 Processamento Da Roupa Na Área Suja

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

Pesagem, Separação e Classificação:

A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de hampers (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

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

A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).

Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

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

PASSO DE LAVAGEM:

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

3.6.2.5 Processamento Da Roupa Na Área Limpa:

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

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

TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA

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

PARTCULARDADES

ROUPAS PROVENIENTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO:

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

ROUPAS PROVENIENTES DE NUTRIÇÃO E PANOS PARA LIMPEZA:

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas Áreas, Podendo Ser Seguido O Mesmo Processo Estabelecido Para As Roupas Em Geral.

3.6.2.6 Esterilização Das Roupas:

- O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas a esterilização após a sua lavagem.
- Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas a esterilização não poderão ser submetidas a calandragem ou a passagem a ferro.

3.6.2.7 Responsabilidades da Equipe de Enfermagem:

- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte.
- Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper.
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso.
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum).
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário.
- O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor.
- A rotina de identificação das hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente.

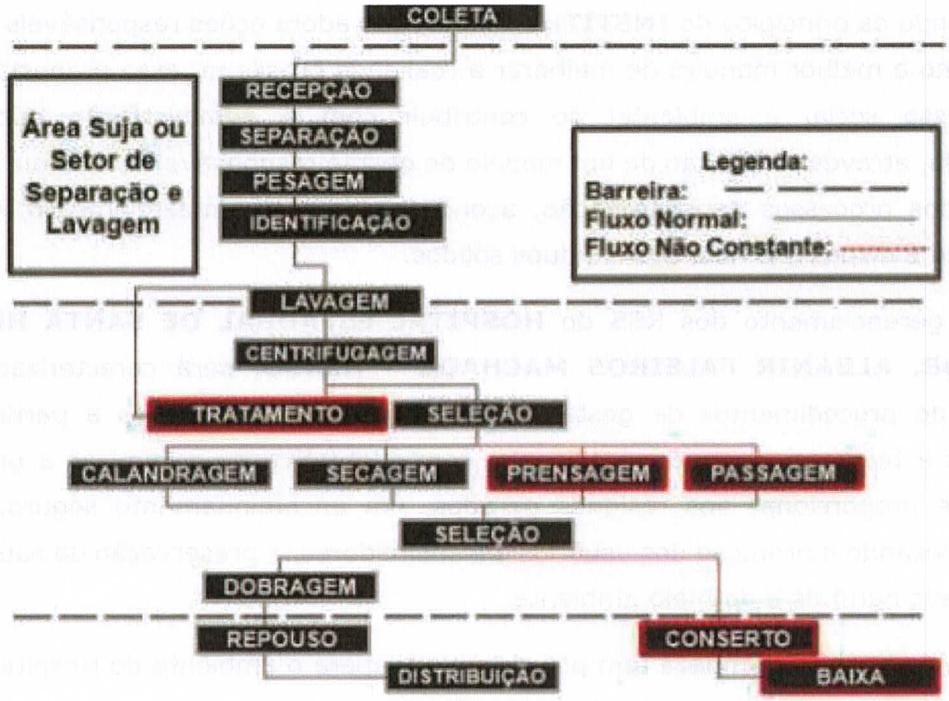
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados.
- Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário.
- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades do hospital.
- É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque.
- A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa.
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas.
- No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Obs.: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores além da recontaminação da roupa.

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

FLUXOGRAMA DE ROUPAS

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPA



3.7 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.

São considerados resíduos hospitalares os resíduos resultantes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos.

Os resíduos de serviços de saúde têm requerido especial atenção dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destino inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema assume lugar de destaque entre as políticas públicas e na legislação brasileira, tendo como foco principal a sustentabilidade ambiental e a manutenção da saúde e da vida. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA têm assumido a função de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos dos serviços de saúde, com o objetivo de preservar a meio ambiente, para garantir a sua sustentabilidade ambiental. Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Considerando os princípios do **INSTITUTO CEM**, que adota ações responsáveis na área da saúde como a melhor maneira de melhorar a realidade brasileira, essa proposta assume o compromisso social e ambiental de contribuir com a administração pública nesta empreitada, através da adoção de um modelo de gestão responsável no que diz respeito ao controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos.

Assim, o gerenciamento dos RSS do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção d resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

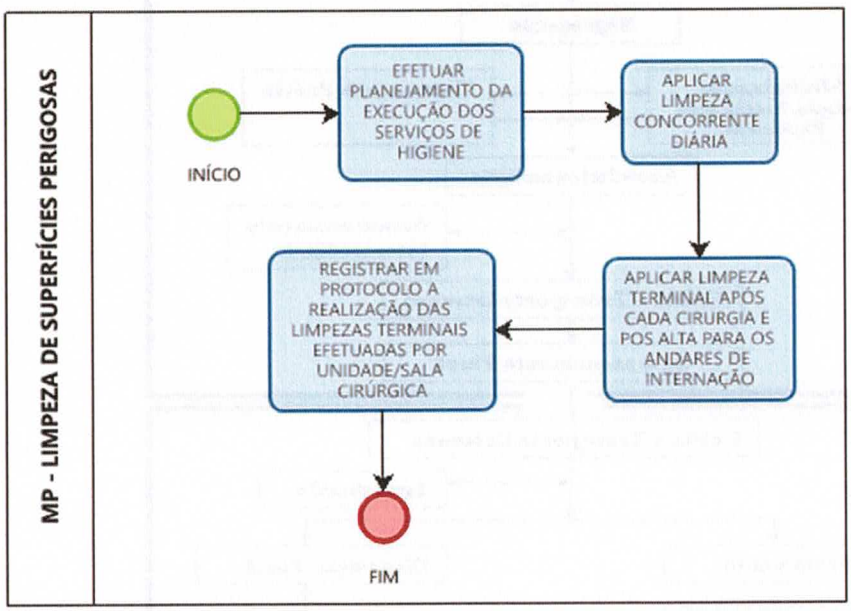
O serviço de higiene e limpeza tem por objetivo prepara o ambiente do Hospital para suas atividades, manter a ordem do ambiente, além de conservar equipamentos e instalações limpos em condições de higiene ideais para o manuseio.

3.7.1 Finalidades

- Promover a higienização e limpeza de todo a Unidade de Saúde, levando em consideração a característica de cada área;
- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada unidade;
- Coletar todo o lixo do Hospital fixando um fluxo específico de saída, dando lhes tratamento e destino corretos;
- Combater permanentemente insetos e roedores; (sinatrópicos)
- Estudar com profundidade os produtos a serem utilizados para que, além de higienizarem e limparem corretamente, não danifiquem os materiais nos quais foram aplicados;
- Levantar estatística mensal do movimento;
- Fixar sistema de segurança para a limpeza de superfícies perigosas;
- Manter recipientes específicos para a coleta de materiais perfuro cortantes;

- Promover constantemente treinamento em serviço;
- Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico Serviço.

Fluxo:



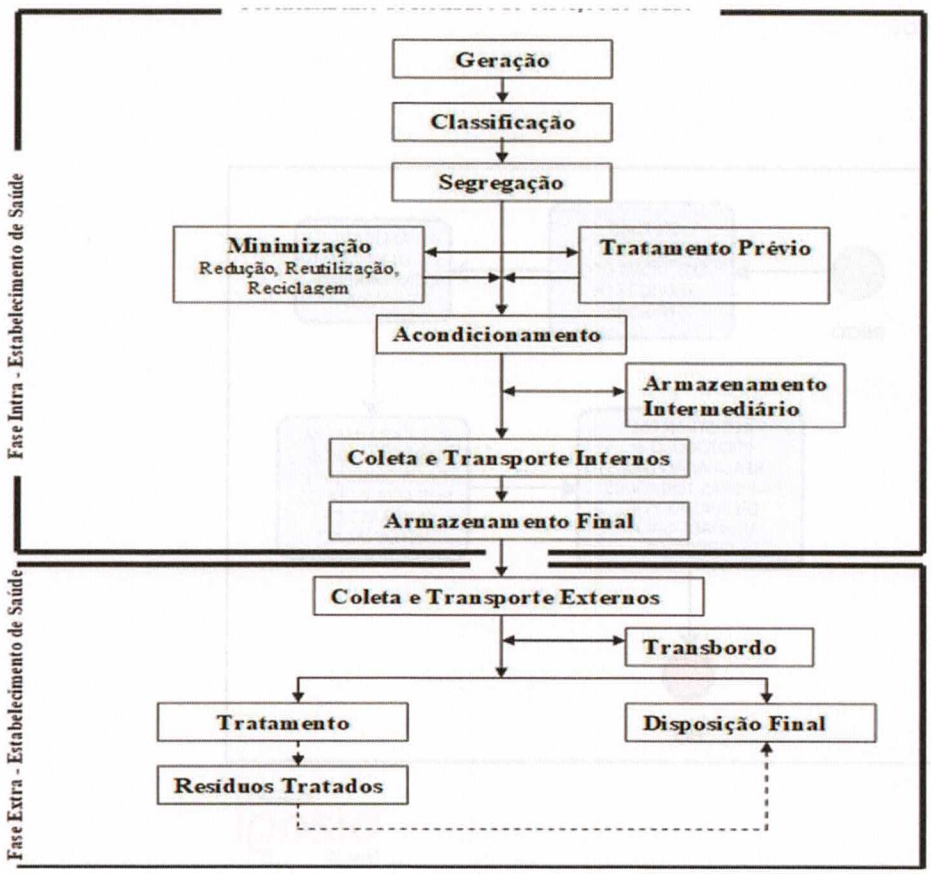
O serviço será realizado fora do Hospital, pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

É importante que haja uma gestão em logística eficaz na coleta e transporte dos resíduos dos serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** com capacidade de assim garantir, sempre que seja possível, o fluxo unidirecional dos resíduos, pautado com horários predefinido do maior afluxo de utentes, de distribuição dos alimentos, medicamentos ou de roupas.

O circuito que os resíduos hospitalares irão percorrer, desde o local de produção até ao local de armazenamento temporário e externo, deve ser estabelecido tendo em contas vários fatores, como, por exemplo, os locais percorridos, o horário e a comodidade/viabilidade do

trajeto e a probabilidade de acontecer um derramamento acidental. Este deve ser efetuado e determinado com os intervenientes diretos na coleta dos resíduos, mas deve ser também conhecido pelos outros profissionais coparticipantes.

Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde



É de responsabilidade dos gestores da Unidade, elaborarem, desenvolverem e implantarem o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), conforme Resolução RDC nº 306, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 07 de dezembro de 2004. O plano de gerenciamento de resíduos deve contemplar, entre outros fatores, as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores e as rotinas de higiene e limpeza de superfícies da CCIH (Comissão do Controle de Infecção Hospitalar).

O PGRSS tem os seguintes objetivos:

- Proporcionar maior segurança aos profissionais, pacientes e visitantes do Hospital.
- Promover a redução dos acidentes ocupacionais.
- Contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar.

- Contribuir para a preservação do meio ambiente.
- Minimizar a geração de resíduos, proporcionar a reciclagem e reduzir custos.
- Adequar todas as etapas do gerenciamento de resíduos no Hospital, desde a geração até o tratamento final, conforme as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Desenvolver um Plano de Gerenciamento de Resíduos, com a participação de profissionais da área de segurança e medicina do trabalho, gerência de risco, limpeza, CCIH, farmácia, enfermagem, laboratório, setor de radiodiagnóstico, banco de sangue e equipe médica.

3.7.2 Treinamento

- O programa de treinamento inicial e de forma continuada deve contemplar: noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais, conhecimento da legislação em vigor, definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco, sistema de gerenciamento de resíduos adotado, divisão e assunção de responsabilidades e tarefas, reconhecimento dos símbolos, sobre a utilização e circulação dos veículos de coleta, EPI (Equipamento de Proteção Individual), EPC (Equipamento de Proteção Coletivo), EPC, biossegurança, higiene pessoal e dos ambientes, proteção radiológica, providências em caso de acidentes e situações emergenciais, sobre gerenciamento de resíduos no município e noções básicas sobre o controle de infecção e de contaminação química.
- Todos os profissionais da instituição independente de suas funções deverão conhecer o sistema de gerenciamento de resíduos adotado pelo Hospital.
- Conscientizar o trabalhador da importância dos assuntos citados acima no seu trabalho diário.
- O conteúdo programático deve estar relacionado com o assunto a ser tratado. Definir um responsável pelo treinamento.
- Utilizar permanentemente a educação continuada (CCIH, Segurança do Trabalho e outros profissionais especializados).
- Apresentar o material didático constituído de Rotinas, Manual de Treinamento e OS (Ordem de Serviço).

- Os treinamentos serão ministrados na integração dos funcionários e estes serão capacitados a cada seis meses ou quando necessário.

3.7.3 Avaliação E Monitoramento Do Pgrss

É da competência do gerador de RSS, monitorar e avaliar seu PGRSS, uma vez que o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação referida é realizada levando-se em conta os seguintes indicadores, considerando a taxa de acidentes com resíduo perfuro cortante:

- Variação da geração de resíduos.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B. Variação da proporção de resíduos do Grupo D. Variação da proporção de resíduos do Grupo E. Percentual de reciclagem de resíduos.

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, para isso a empresa realiza avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas praticas ambientais.

Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente para todos os envolvidos no processo.

Serão elaboradas planilhas informando a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

Na inspeção e acompanhamento dos serviços serão consideradas:

- Ações Corretivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema real volte a ocorrer.
- Ações Preventivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema potencial se materialize.

Serão executados monitoramentos periódicos para verificar o atendimento aos requisitos legais e critérios da empresa contratada.

Caso não haja conformidade, serão implantadas medidas corretivas.

Para garantir a manutenção da conformidade serão mantidas medidas preventivas antes de iniciar qualquer trabalho.

Será elaborado um sistema de registros para demonstrar e garantir o cumprimento das ordens de serviço, cumprindo assim os objetivos e metas.

Com este plano o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** evitará os atos ou omissões de seus empregados que resultem na degradação do meio ambiente.

3.7.4 Equipamento De Segurança Outras Medidas Do Pgrss

O profissional da limpeza deve comprovar vacinação contra tétano e hepatite B, teste tuberculínico anual além de ser treinado continuamente.

Submeter-se a exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, conforme NR-7 do Ministério do Trabalho. Os seguintes Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados pelos profissionais em suas atividades de limpeza e manejo de resíduos:

- Avental.
- Máscara de carvão ativado e máscara cirúrgica.
- Botas de PVC, de cano curto e longo (para lavagem), de cor clara e solado antiderrapante.
- Luvas de PVC grossa e longa, antiderrapante. Óculos de proteção de acrílico.

É obrigatório o uso de calça comprida e sapato fechado. Os profissionais devem manter perfeita higiene pessoal (banho diário, cabelos limpos, penteados e presos, unhas limpas e aparadas e evitar o uso de adornos).

3.7.5 O Recolhimento Dos Resíduos Do Pgrss

Deverá ser feita licitação para a contratação de empresas para efetuarem a remoção dos resíduos. Para essa atividade deve ser considerado que para a reciclagem de resíduos dos Grupos B ou D serão elaboradas, desenvolvidas e implantadas práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos na legislação, a seguir:

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. Serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, a empresa realizará avaliações periódicas visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas práticas ambientais. Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente e para todas as partes interessadas.

Serão elaboradas planilhas referindo a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

3.7.6 Tipos De Resíduos Previstos

Os tipos de resíduos serão agrupados da seguinte forma:

- Grupo A: Infectante.
- Grupo B: Químico.
- Grupo D: Resíduo Comum. Grupo
- E: Perfuro cortante.



3.7.7 Grupo A:

3.7.7.1 RESÍDUO INFECTANTE – A1

Culturas e estoques de microrganismos: resíduos de fabricação de produtos biológicos, meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas, resíduos de laboratórios.

Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde.

Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta. sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos (líquor, líquido pericárdico, pleural, articular e amniótico). recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre – SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO.

A segregação se dá próxima ao local de geração. Inscrição do conteúdo: "RESÍDUO INFECTANTE" e simbologia específica (rótulos de fundo branco, com desenho e contornos pretos) nos sacos, lixeiras, contêineres, coletores de transportes internos e externos, nos

locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme NBR 7.500 da ABNT.

3.7.8 Acondicionamento Antes Da Coleta

O acondicionamento de todos os resíduos contaminados é feito em saco branco leitoso.

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

Os recipientes de acondicionamento, existentes nas salas de cirurgias e nas salas de parto, não necessitam de tampa para vedação.

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

3.7.8.1 ARMAZENAMENTO EXTERNO

O armazenamento externo se dá em:

- Ambiente exclusivo. Grupos A e E podem ser juntos, porém ambos separados do grupo D.
- Na área de armazenamento externo é proibida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes de armazenamento ali estacionados.
- Deverá ser uma sala específica, com pisos e paredes lisas e laváveis. Piso resistente ao tráfego de carros coletores.
- Guarda de no mínimo dois carros de transporte interno.
- Área com identificação: Sala de Resíduos.
- Resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados num período superior a 24 horas de seu armazenamento deverão ser conservados sob refrigeração.

3.7.9 Transporte Externo, Tratamento E Destinação Final

Para o transporte externo carros de carga na cor branca devem ter inscrição e símbolo de "RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE", nome do município e da empresa responsável pelo transporte, de acordo com as normas da NBR 12.810 e NBR 14.652 da ABNT, que é o mesmo procedimento para todos os tipos de resíduos.

Para o tratamento de destinação final deverá ser usado utilizado sistema de incineração e a disposição final das cinzas será feita em aterro sanitário licenciado.

3.7.9.1 GRUPO INFECTANTE - A3

Compreende este grupo peças anatômicas (membros etc.) do ser humano. produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas, estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e do qual não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

3.7.9.2 GRUPO INFECTANTE - A4

Este grupo é composto por kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores. filtros de ar e gases aspirados de área contaminada. membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipo escultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo. recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica. peças anatômicas não submetidas a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações. bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

3.7.9.3 GRUPO B RESÍDUO QUÍMICO

Serão resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Produtos hormonais e produtos antimicrobianos. citostáticos. anti-neoplásicos. imunossupressores. digitálicos. imunomoduladores. antirretrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos.

Os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.

Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfetantes. Resíduos contendo metais pesados. (não gerados).

Recipientes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

Serão os efluentes de processadores de imagem que constam do grupo B 3.1 os reveladores e do B 3.2 os fixadores.

Agrega os efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.

Possui os demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos e/ou inflamáveis): líquidos inflamáveis, formaldeído, gases comprimidos.

São resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente: resíduos de produtos ou de insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente.

Assim sendo, as características dos riscos destas substâncias serão as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), conforme NBR 14725 d ABNT e Decreto/PR 2657/98. A Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico (FISPQ) não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos. Resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos. As embalagens e materiais contaminados por substâncias químicas que apresentem risco a saúde e ao meio ambiente, devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.

3.7.9.4 SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação se dá próxima ao local de geração. Devem ser identificados os sacos, os recipientes de acondicionamento, os coletores de transportes internos e externos, os locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, contendo:

Conteúdo (discriminação da substância química e frases de risco).

Simbologia e expressão (Resíduo Químico) específicas do risco associado.

3.7.9.5 O ACONDICIONAMENTO

Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionadas em recipientes individualizados, observados as exigências de compatibilidade química do resíduo entre si, assim como com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem.

3.7.9.6 COLETA E TRANSPORTE INTERNO

Serão acondicionados em recipientes individualizados. Definido em função do volume de resíduos gerados, fluxos bem definidos em termos de horário, sentido único e fixo, evitando cruzamento com visitas e fluxo maior de pessoas ou atividades. Este serviço é executado por profissional devidamente paramentado e treinado. Os recipientes de transporte não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo.

3.7.9.7 ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO INTERNO

No caso de pequenos geradores é desnecessário.

3.7.9.8 ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO EXTERNO

Ficam armazenados no depósito temporário de resíduos recicláveis, acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química entre resíduos e entre estes e a embalagem e, que não permitam vazamentos.

3.7.10 Grupo D Resíduo Comum

São os resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde e ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domésticos, tais como:

- Papel sanitário, fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestiário, restos alimentares de pacientes.
- Sobras de alimento e do preparo de alimentos (resíduos úteis para compostagem).
- Resto alimentar de refeitório (resíduo sem utilidade). Resíduos de áreas administrativas.
- Resíduos de varrição, flores, podas de árvores e jardins. Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde. Resíduos recicláveis (papel, metal, vidro, plástico).
- Resíduos sem utilidade.

As embalagens secundárias (de quaisquer medicamentos ou produtos médico-hospitalares, frascos plásticos de soro e frascos de vidros ou plásticos de medicamentos ou de outro produto farmacêutico), desde que não contaminadas por produto químico, devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.

3.7.10.1 SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

Pode ser segregado distante do local de geração. A Inscrição do conteúdo, cor e simbologia específica de materiais recicláveis nos sacos, lixeiras, carros coletores de transporte internos e externos, nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme Resolução CONAMA 275/2001. A cor azul para papéis, metais, vidros e plásticos e cor preta para resíduos orgânicos. Para o hospital sugerimos padronização dos carros coletores de cor branca, trocando somente a simbologia para resíduo reciclável.

3.7.10.2 ACONDICIONAMENTO

O acondicionamento deve se feito em:

- Sacos impermeáveis nas diferentes cores, colocados em recipientes identificados.
- Lixeiras com simbologia diferente para cada tipo de resíduo.
- Carros.
- Locais de armazenamento interno junto com os demais resíduos e externo separados dos demais resíduos.

3.7.10.3 COLETA E TRANSPORTE INTERNO

O recolhimento dos sacos quando atingir 2/3 da capacidade sendo feita a coleta duas vezes por dia. Os carros de transporte serão de cor branca identificado com simbologia para resíduos recicláveis, de material lavável, rígido, impermeável, com tampa articulada ao próprio corpo, cantos arredondados e rodas revestidas de material que reduza o ruído. recipientes com mais de 400 litros devem possuir válvula de dreno no fundo. O trajeto para o translado deve ser de revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, permitindo livre acesso dos carros coletores.

3.7.10.4 ARMAZENAMENTO INTERNO TEMPORÁRIO

O armazenamento interno temporário deve ser feito em:

- Locais de armazenamento interno serão junto dos demais resíduos.
- Locais de armazenamento externo, separados dos demais resíduos.
- Coletores internos de material lavável, resistente, com tampa-pedal e cantos arredondados.

3.7.10.5 ARMAZENAMENTO EXTERNO E DESTINAÇÃO FINAL

Deve ser armazenado em ambiente exclusivo, conforme descrito para os resíduos químicos. No tratamento de destinação final os recicláveis serão destinados à venda e encaminhados para a reciclagem. Resíduos como compostagem, flores, podas de árvore, jardinagem, sobras de alimento de refeitórios e de outros, desde que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou fluído corpóreo serão encaminhado para aterro sanitário urbano.

3.7.11 Grupo E Resíduo Perfuro Cortante

Os materiais perfuro cortantes como lâminas de barbear, agulhas, escalpes, lâminas de bisturi, ampolas de vidro, brocas, pontas diamantadas, lancetas,

tubos capilares, micropipetas, lâminas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de petri) e outros similares contaminados com material biológico.

3.7.11.1 SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação ocorre próxima ao local de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá- las ou proceder à sua retirada manualmente. Os recipientes de coleta devem conter na identificação:

Inscrição: Resíduo perfuro cortante

Símbolo internacional de risco biológico com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, conforme NBR 7500 da ABNT.

3.7.11.2 COLETA E TRANSPORTE INTERNO

O recolhimento dos recipientes quando atingir 2/3 da capacidade ou o nível do preenchimento ficar a 5 cm de distância da boca do recipiente. É proibido o esvaziamento ou o reaproveitamento dos recipientes de acordo com a RDC 306 e encaminhados ao estabelecimento de referência. O transporte interno nos mesmos recipientes e seguem as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

3.7.11.3 ARMAZENAMENTO INTERNO TEMPORÁRIO

O Armazenamento Interno Temporário é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

3.7.11.4 TRATAMENTO

Não necessitam de tratamento.

3.7.11.5 ARMAZENAMENTO EXTERNO

O armazenamento interno é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados. Os Grupos A e E podem

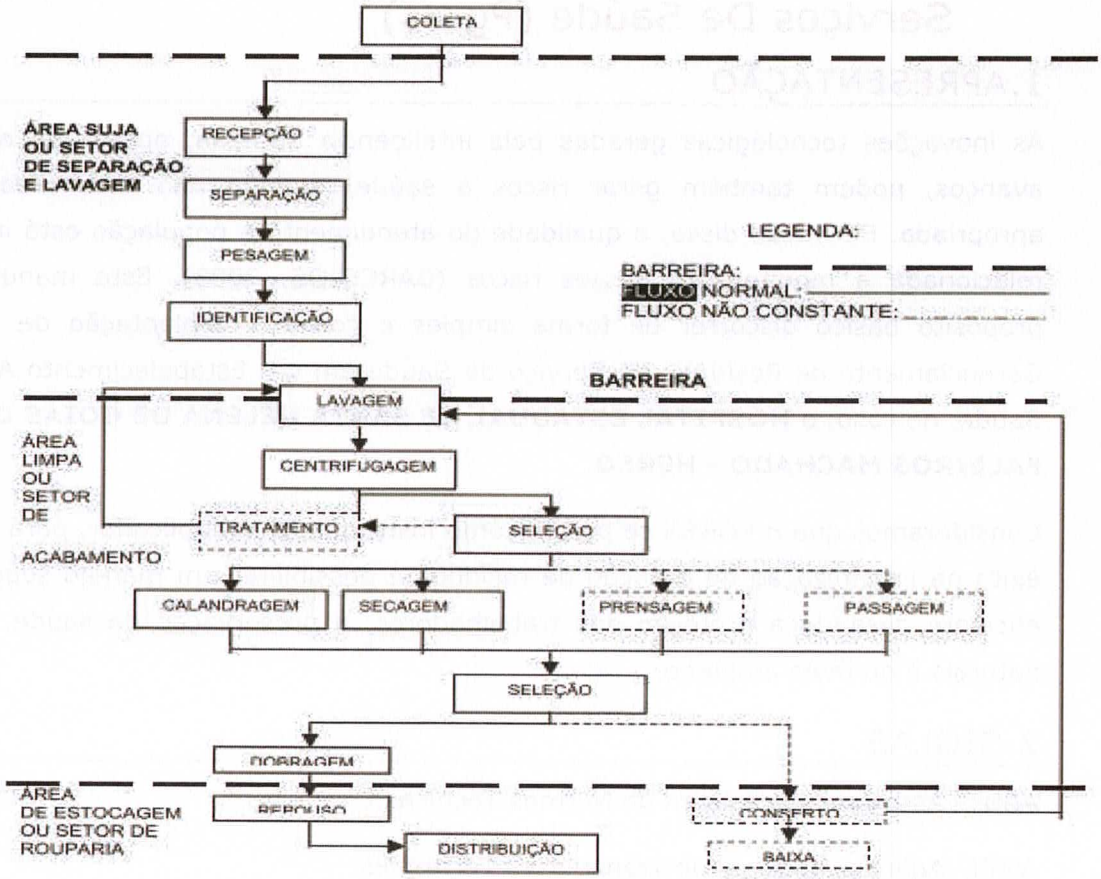
estar juntos, os demais grupos deverão ser armazenados em áreas separadas. Deve estar em conformidade com a Resolução CONAMA 283/2001.

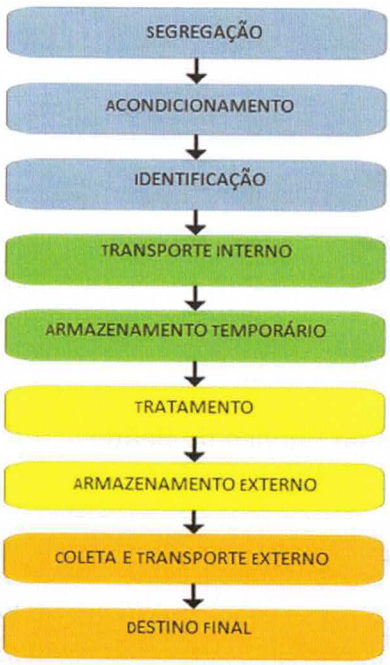
CRITÉRIOS PARA ARMAZENAMENTO EXTERNO

Área de ser identificada de uso restrito com área mínima de 4m2, com largura mínima de 2 metros para que permita manobra simples de pelo menos dois carros de coleta. Deve ser de alvenaria e coberto com material adequado em local afastado do corpo da edificação. O piso e paredes revestidos de material liso, resistente, lavável e impermeável, preferentemente branco e rejuntado. Tem de dispor de torneira baixa para lavagem de pisos e paredes. pias para a lavagem das mãos. tomada elétrica. piso com caimento em direção a canaletas de escoamento direcionadas para ralo sifonado, ligado à rede de esgoto e dotado de dispositivo de fechamento. porta abrindo para fora, com proteção inferior (tela) contra acesso de vetores, identificada com expressões de manter sempre fechada, acesso exclusivo de funcionários responsáveis pelo serviço e nome e simbologia do tipo de resíduo e, larga o suficiente para permitir a passagem de carros de coleta. O acesso exclusivo de funcionários do setor deverão receber lavagem e desinfecção ao fim de cada fluxo. Deve conter um freezer com capacidade para sete dias de geração.

3.7.11.6 TRANSPORTE EXTERNO E DESTINAÇÃO FINAL

O transporte externo deve ser feito em carros com recipiente de carga na cor branca, inscrição e símbolo de "RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE", nome do município e da empresa responsável:


COLETA
ÁREA SUJA OU SETOR DE SEPARAÇÃO E LAVAGEM
RECEPÇÃO
SEPARAÇÃO
PESAGEM
IDENTIFICAÇÃO
LEGENDA:
BARREIRA:
FLUXO NORMAL:
FLUXO NÃO CONSTANTE:
BARREIRA
LAVAGEM
ÁREA LIMPA OU SETOR DE ACABAMENTO
CENTRIFUGAGEM
TRATAMENTO
SELEÇÃO
CALANDRAGEM
SECAGEM
PRENSAGEM
PASSAGEM
SELEÇÃO
DOBRAGEM
ÁREA DE ESTOCAGEM OU SETOR DE ROUPARIA
REPOUSO
CONSERTO
DISTRIBUIÇÃO
BAIXA


SEGREGAÇÃO
ACONDICIONAMENTO
IDENTIFICAÇÃO
TRANSPORTE INTERNO
ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO
TRATAMENTO
ARMAZENAMENTO EXTERNO
COLETA E TRANSPORTE EXTERNO
DESTINO FINAL

3.7.12 Plano De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde (Pgrss)

1.APRESENTAÇÃO

As inovações tecnológicas geradas pela inteligência humana, apesar de representarem avanços, podem também gerar riscos à saúde, quando não monitoradas de forma apropriada. Em razão disso, a qualidade do atendimento à população está inerentemente relacionada à monitoração desses riscos (BARCELOS, 2005). Este manual tem como propósito básico discorrer de forma simples e coesa a implantação de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde em um Estabelecimento Assistencial d Saúde, no caso, o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

Consideramos que o PGRSS se preste como instrumento multiplicador, para que logremos êxito na minimização de geração de resíduos e possibilitar um manejo seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

2.SIGLAS

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANTT- Agência Nacional de Transportes Terrestres

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ART - Anotação de Responsabilidade Técnica

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear

CCEN – Centro de Ciências Exatas e Naturais

CGRSS – Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde

CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente

ECP - Equipamento de Controle de Poluição

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FISPQ - Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos

NBR - Norma Brasileira Registrada

NE - Norma Nuclear

NR - Norma Regulamentadora PEAD - Polietileno de alta densidade

PGGR - Plano Geral de Gerenciamento de Resíduos

PGR - Plano de Gerenciamento de Resíduos

PGRP - Plano de Gerenciamento de Resíduos Perigosos

PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

PNRS - Política Nacional de Resíduos Sólidos

PNSB - Política Nacional de Saneamento Básico

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

RSS - Resíduos de serviços de saúde

RSU - Resíduos sólidos urbanos

SESMT - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

SGRSS - Serviço de Gerenciamento de Resíduos dos Serviço de Saúde

GRSS - Gerenciamento de Resíduo dos Serviço de Saúde

SISNAMA - Sistema Nacional de Meio Ambiente

SS Serviços – Empresa Terceirizada que prestam o Serviço de Higienização do HERSO

3. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Resíduos Sólidos – PNRS, instituída pela Lei 12.305 entrou em vigor no dia 02 de agosto de 2010 e sem dúvida, representa um grande avanço nas atividades relacionadas aos resíduos sólidos. É um marco regulatório nacional que disciplina o gerenciamento dos resíduos, aponta condições de acesso a fontes de recursos federais e define as diretrizes gerais a serem seguidas por todos os entes federativos na busca pela melhoria do panorama nacional. A PNRS tem como um grande desafio a recuperação de

mais de duas décadas de atraso das práticas adotadas para o gerenciamento de resíduos sólidos no país, a partir de estratégias que viabilizem a agregação de valor aos resíduos, propiciando a inclusão social, bem como delineando o papel dos Estados e Municípios na gestão de resíduos sólidos (Lei 12.305, 2010; FERREIRA, 2014).

Os Resíduos deServiço de Saúde (RSS) ocupam um lugar de destaque, pois merecem atenção especial em todas as suas fases de manejo (segregação, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final), em decorrência dos imediatos e graves riscos que podem oferecer por apresentarem componentes químicos e biológicos (FERREIRA, 2014).

Os RSS apresentam riscos à saúde e ao meio ambiente decorrentes de um manejo inadequado. Qualquer equívoco, pode gerar risco as pessoas que estão envolvidas diretamente no manejo desses resíduos, em especial aos trabalhadores relacionados com a limpeza e coleta (CAFURE; GRACIOLLI, 2014)

Certa incompreensão sobre o assunto, traz consequências, levando os resíduos a serem ignorados ou que recebam um tratamento com excesso de zelo, onerando ainda mais, os já combalidos recursos das instituições hospitalares. A incineração total do lixo hospitalar é um típico exemplo de excesso de cuidados, sendo ainda nesse caso, uma atitude politicamente incorreta devido aos subprodutos lançados na atmosfera como dioxinas e metais pesados (LEN, 2007).

As prioridades da gestão integrada de RSS são a não produção e a minimização da produção, visando sempre a reciclagem e o reaproveitamento desses resíduos, chamados de 3 R's, diminuindo os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde (UNIFESP, 2021).

A Resolução da Diretoria Colegiada RDC222/2018 da ANVISA, o gerenciamento dos RSS é formado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados em bases científicas e legais procurando diminuir a produção de resíduos e propiciando o encaminhamento seguro a esses RSS. Sendo assim, é descrito pela RDC 222/2018, que "todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), baseado nas características e classificação dos resíduos gerados, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS".

PGRSS é o documento integrante do processo de licenciamento ambiental, baseado nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, no âmbito dos serviços a todos os serviços

relacionados ao atendimento à saúde humana ou animal, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem, tratamento e disposição final, bem como a proteção à saúde pública e ao meio ambiente (RESOLUÇÃO CONAMA 358, 2005).

O PGRSS do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, fornece as diretrizes para o adequado manejo dos Resíduos, embasado nas resoluções RDC 222/2018 da ANVISA e CONAMA 358/2005. Constitui uma importante ferramenta de gestão com objetivo de minimizar a produção de resíduos, planejar o manuseio seguro, visando à proteção dos colaboradores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

A atual administração do HERSO acredita que a implantação de normas e protocolos, cumpre não somente a fins burocráticos de licenciamento, mas principalmente, a adequação da padronização das rotinas inerentes aos processos do cuidado em saúde. Dessa maneira, apresenta o PGRSS para assegurar que o manuseio e disposição final dos RSS gerados na instituição e que sejam implementados com responsabilidade e segurança, além de se adequar às legislações vigentes.

4. POLÍTICAS DE GESTÃO AMBIENTAL

A gestão ambiental é um conjunto de ações ordenadas, bem como tomadas de decisão com o propósito de preservar o meio ambiente e garantir o desenvolvimento sustentável do planeta. A política de gestão ambiental institucional, apresenta as intenções e princípios gerais de uma organização em relação ao seu desempenho ambiental, conforme formalmente expresso pela alta administração. Através de sua política de gestão ambiental, esta instituição espera desenvolver atividades baseadas em princípios de sustentabilidade, a fim de minimizar seus impactos e colaborar com o desenvolvimento e a preservação ambiental. Dessa forma estima atingir excelência no seu desempenho ambiental em conformidade com a legislação vigente através da melhoria contínua em todas as unidades que esta instituição atua.

5. DIRETRIZES DA POLÍTICA DE GESTÃO AMBIENTAL

O HERSO se compromete a seguir as seguintes diretrizes:

5.1. GESTÃO

- Atender e promover as políticas e legislações ambientais nacionais vigentes aplicáveis;

- Elaborar e aplicar o PGRSS a fim de evitar e/ou minimizar o impacto nos compartimentos ambientais: solo, bacias hidrográficas, vegetação e atmosfera;

- Implementar um programa de manejo de resíduos recicláveis;

- Minimizar as emissões de gases poluentes ao meio ambiente;

- Minimizar os impactos dos efluentes ao meio ambiente;

- Estimular ações de conscientização para preservação e conservação do meio ambient com foco na sustentabilidade tais como redução do consumo de papel, desperdício de água, energia e insumos;

- Utilizar saneantes biodegradáveis;

- Dar preferência a prestadores de serviço e/ou produtos que tenham evidência de compromisso ambiental;

- Desenvolver suas atividades, visando diminuir a geração de resíduos;

- Não utilizar ou evitar o uso de produtos/equipamentos que danifiquem a camada de ozônio (CFCs, HCFCs, HBFCs, Halon e bromoclorometano).

5.2. MELHORIA CONTÍNUA

- Assegurar a incorporação de práticas e processos que visem à saúde e seguranç ocupacional dos colaboradores nas atividades da empresa;

- Implementar programas de treinamento e capacitação que conduzam à adoção de comportamentos seguros, saudáveis e de respeito ao meio ambiente;

- Adotar os procedimentos descritos no PGRSS;

- Realizar atualização do PGRSS bianualmente;

- Incorporar a participação dos colaboradores e suas opiniões no processo de melhoria da Gestão Ambiental;

-Conscientização e capacitação dos colaboradores quanto às suas responsabilidades com o meio ambiente para que atuem na conservação e na busca de melhorias contínuas.

5.3.COMUNICAÇÃO

Utilizar dos meios de comunicação disponíveis, para realizar educação ambiental, compartilhando as informações das ações e atividades desenvolvidas para a preservação do meio ambiente.

6. OBJETIVOS

6.1.OBJETIVOS GERAIS

Proteger a saúde pessoal e a sanidade do meio ambiente, garantindo que os RSS, entre outros, tenham uma adequada disposição final de seus rejeitos e uma eficiente aplicabilidade, ordenados pela RDC 222/2018, CONAMA 358/2005.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

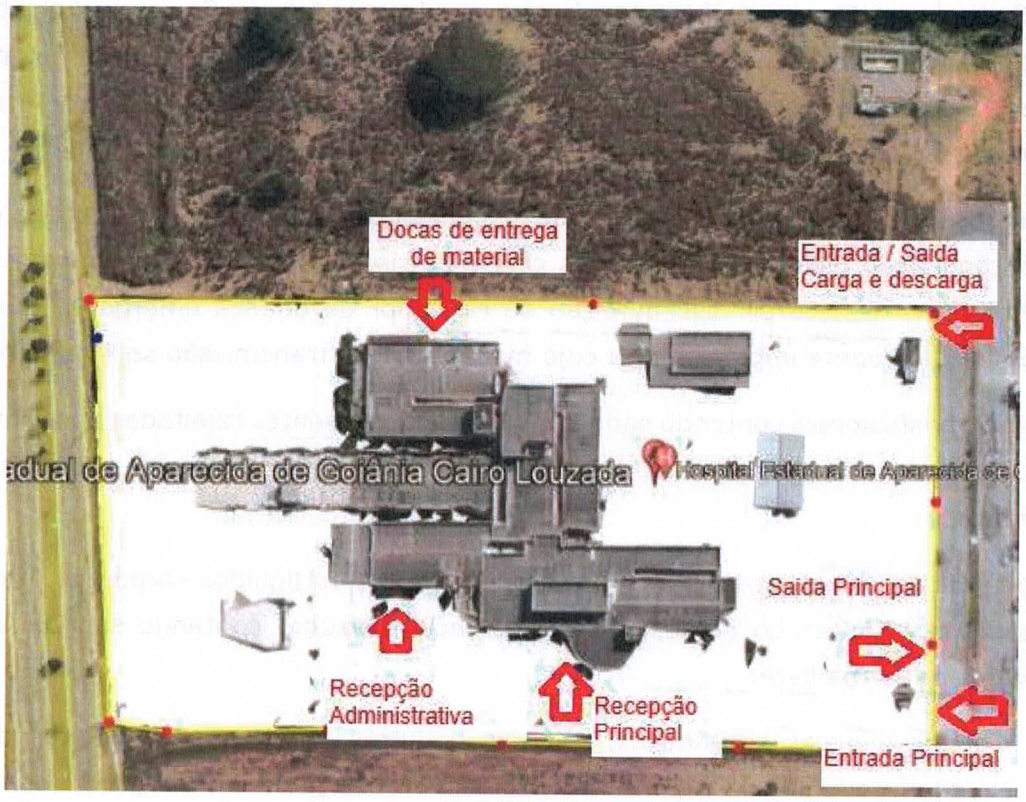
- Abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo de RSS;
- Definir as medidas de segurança e de saúde para o colaborador do HERSO, garantindo a integridade física das pessoas direta e indiretamente envolvidas no gerenciamento de resíduos e a preservação do meio ambiente;
- Minimizar a geração de resíduos e proporcionar a eles um encaminhamento e uma destinação final eficiente e segura;
- Identificar os tipos de resíduos gerados por Setor do HERSO;
- Agrupar as categorias de resíduos, em função dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, conforme propõe a Resolução RDC nº. 222 de 28 de março de 2018;
- Propor estratégias de segregação dos RSS, na fonte de geração, de acordo com a classificação adotada;
- Minimizar a produção de resíduos, proporcionando aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente;
- Padronizar as formas de acondicionamento dos RSS de acordo com suas características e as normas técnicas apresentadas pela Resolução nº 222, supracitada;
- Implementar a política dos 3 R's, reutilizar, reprocessar, reciclar;

- Estabelecer critérios de coleta e transporte interno dos resíduos até o abrigo externo, de forma a garantir a movimentação planejada dos RSS nas áreas de circulação do estabelecimento de saúde;
- Definir o processo de tratamento prévio dos resíduos infectantes, de forma a controlar os riscos e facilitar o gerenciamento externo e interno dos RSS;
- Proporcionar adequado armazenamento dos RSS até a coleta externa;
- Determinar normas, rotinas e protocolos para adequado gerenciamento dos resíduos destinados à reciclagem;
- Estabelecer medidas de prevenção à saúde ocupacional;
- Minimizar os riscos associados às atividades do serviço de saúde;
- Prevenir infecção cruzada e acidentes ocupacionais;
- Melhorar as medidas de segurança e higiene no trabalho;
- Reduzir a quantidade e gerenciar adequadamente os resíduos perigosos a saúde (Infectante e Químico);
- Ampliar e estimular a coleta de resíduos recicláveis;
- Proteger a saúde e o meio ambiente;
- Estimular mudança de comportamento e atitude dos colaboradores do HERSO por meio de treinamentos continuados;
- Conscientizar e sensibilizar o profissional sobre a importância do destino correto dos resíduos;
- Implementar e estimular a logística reversa das lâmpadas fluorescentes e pilhas.

7. APLICAÇÃO

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

7.2. IMAGEM DE SATÉLITE DO HERSO



8. CONCEITOS BÁSICOS SOBRE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

8.1. RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (RSS)

O termo resíduos de serviços de saúde inclui todos os resíduos gerados em estabelecimentos de saúde, centros de pesquisa elaboratórios relacionados a procedimentos médicos (OMS, 2014).

8.2.CLASSIFICAÇÃO DOS RSS

Os RSS são classificados em cinco grupos, de acordo com a característica principal do resíduo e potencial de risco. De acordo com a RDC nº 222/2018 e a CONAMA nº 358/2005 os resíduos são classificados em:

Grupo A - Os resíduos do grupo A são os resíduos que possivelmente têm a presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência (capacidade de um vírus ou bactéria de se multiplicar dentro de um organismo, provocando doença) ou

concentração, podem apresentar riscos à saúde pública e ao meio ambiente. O Grupo A está representado pelos subgrupos A1, A2, A3, A4 e A5, descritos a seguir:

A1 - Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética;

- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;

- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.

- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A2 - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológicos ou confirmação diagnóstica.

A3 - Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares.

A4 - Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. - Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.

- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente

importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.

- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo;

- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos

Grupo B - Os resíduos deste grupo apresentam substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Grupo C - Os resíduos pertencentes ao grupo C, denominados rejeitos radioativos, são materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. Esse grupo de resíduos não é produzido no HERSO, pois em nosso serviço os equipamentos são automatizados.

Grupo D - Os resíduos do grupo D são aqueles que se assemelham aos resíduos gerados em uma residência, tais como papel, garrafas de água mineral e refrigerantes, peças descartáveis de vestuário, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1; sobras de alimentos e do preparo de alimentos; resto alimentar de refeitório; resíduos provenientes das áreas administrativas; resíduos de varrição, flores, podas e jardins; resíduos de gesso, papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, entre outros.

Grupo E - Os resíduos do grupo E são aqueles que apresentam materiais perfurantes, cortantes e abrasivos, como lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas, entre outros.

8.3. O PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O PGRSS aponta e descreve as ações relativas ao manejo de resíduos sólidos de saúde, que correspondem às 09 (nove) fases de manejo dos Resíduos de Saúde: segregação, acondicionamento, identificação, coleta interna, armazenamento temporário, armazenamento externo, transporte externo, tratamento e disposição final (FERREIRA, 2014). Leva-se em consideração as características e riscos dos resíduos, as ações de

proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes. O planejamento deve ser realizado em conjunto com todos os setores, especificando as responsabilidades e obrigações de cada um.

8.4. MANEJO

O manejo é compreendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as etapas como segregação, tratamento, acondicionamento, identificação, coleta interna, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta externa, transporte externo e disposição final.

8.5. SEGREGAÇÃO

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e no local de sua geração, levando em consideração as suas características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos. Esta etapa envolve todos os profissionais da instituição, e objetiva não só apenas reduzir a quantidade de resíduos com risco biológico, mas também criar uma cultura organizacional de segurança e do não desperdício com a reutilização de alguns resíduos.

8.6. TRATAMENTO INTERNO

Aplicação de métodos, técnicas ou processos que diminuam ou extermine os riscos de contaminação dos RSS, objetivando evitar danos ocupacionais ou ao meio ambiente.

8.7. ACONDICIONAMENTO

É o ato de embalar, ensacar ou engarrafar os resíduos gerados. Sua principal função é isolar os resíduos do meio externo, evitando contaminação e mantendo afastados os vetores.

8.8. IDENTIFICAÇÃO

A identificação dos RSS pode ser por simbologia universal, código de cores e a escrita do risco de acordo a cada grupo pertencente. Permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações sobre que tipo de resíduo está segregado e acondicionado naquele saco e/ou recipiente.

8.9. COLETA INTERNA E TRANSPORTE INTERNO

Consistem na retirada e na movimentação dos resíduos no estabelecimento, ou seja, o translado dos resíduos do ponto de geração até o local destinado ao armazenamento

temporário ou externo com a finalidade de apresentação para coleta. Esse serviço é realizado de acordo com roteiro e horários previamente definidos para não coincidir com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita e ainda, separadamente em carros coletores específicos a cada grupo de resíduos. Este transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do hospital, sem oferecer riscos à saúde dos servidores e da população.

8.10. ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

Local para onde são encaminhados os resíduos devidamente acondicionados, após a Coleta Interna I. Possuímos um abrigo temporário de resíduos em cada andar, sala provida de contêineres para acondicionar, onde a permanência dos mesmos é por um curto período de tempo de fácil acesso para o sistema de coleta e transporte pelas rampas com a retirada para área externa. A cada coleta de resíduo esse abrigo passa por uma higienização que é evidenciado pelo FOR.COPE.029 "Registro de higienização do abrigo externo ou temporário de resíduos, contêiner e carros coletores" que é efetuado pelo serviço de higienização e limpeza do hospital. São providas de porta para a contenção de gases que no processo de decomposição são gerados pelos resíduos.

8.11. ARMAZENAMENTO EXTERNO OU ABRIGO DE RSS

Consiste no local destinado ao depósito de resíduos de acordo com cada grupo pertencente. O HERSO conta com dois (02) abrigos externos para o grupo de "Infectantes", um (01) de "Recicláveis", um (01) de "Químicos" um (01) de "Comum/Orgânico" e outro para higienização exclusiva de contêineres, carros de coleta e lixeiras. Os abrigos possuem identificações com a simbologia universal e a sua descrição com o nome de cada grupo, o acesso é restrito aos funcionários do gerenciamento de resíduos e os profissionais da coleta, ainda tem fácil acesso para o acondicionamento dos recipientes, transportes e para os veículos coletores.

8.12. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

É a retirada e translado dos resíduos do armazenamento externo até o local de tratamento, realizado pela empresa responsável por esse processo aos grupos que necessitam de tratamento, ou se for o caso aos grupos que não necessitam, direto para a disposição final e ou destinação ambientalmente correta dos resíduos.

8.13. TRATAMENTO EXTERNO

Aplicação de métodos, técnicas ou processos que reduzam ou eliminem os riscos de contaminação dos resíduos de serviços de saúde, evitando assim, danos ocupacionais ou ao meio ambiente. Na maioria das vezes os RSS sofrem processo de incineração ou autoclavagem para redução ou eliminação dos riscos.

8.14. DISPOSIÇÃO FINAL

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a resolução CONAMA 237/97, este local consiste no aterro de classe I (resíduos perigosos), ou aterro de classe II (resíduos não perigosos), para a disposição de cada grupo de resíduo.

9. FLUXOGRAMA MANEJO DOS RESÍDUOS CONTEMPLA E SUAS ETAPAS:



Figura 002 Fluxograma manejo de resíduos.

10. DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO GERADORA DE RSS

10.1. SITUAÇÃO

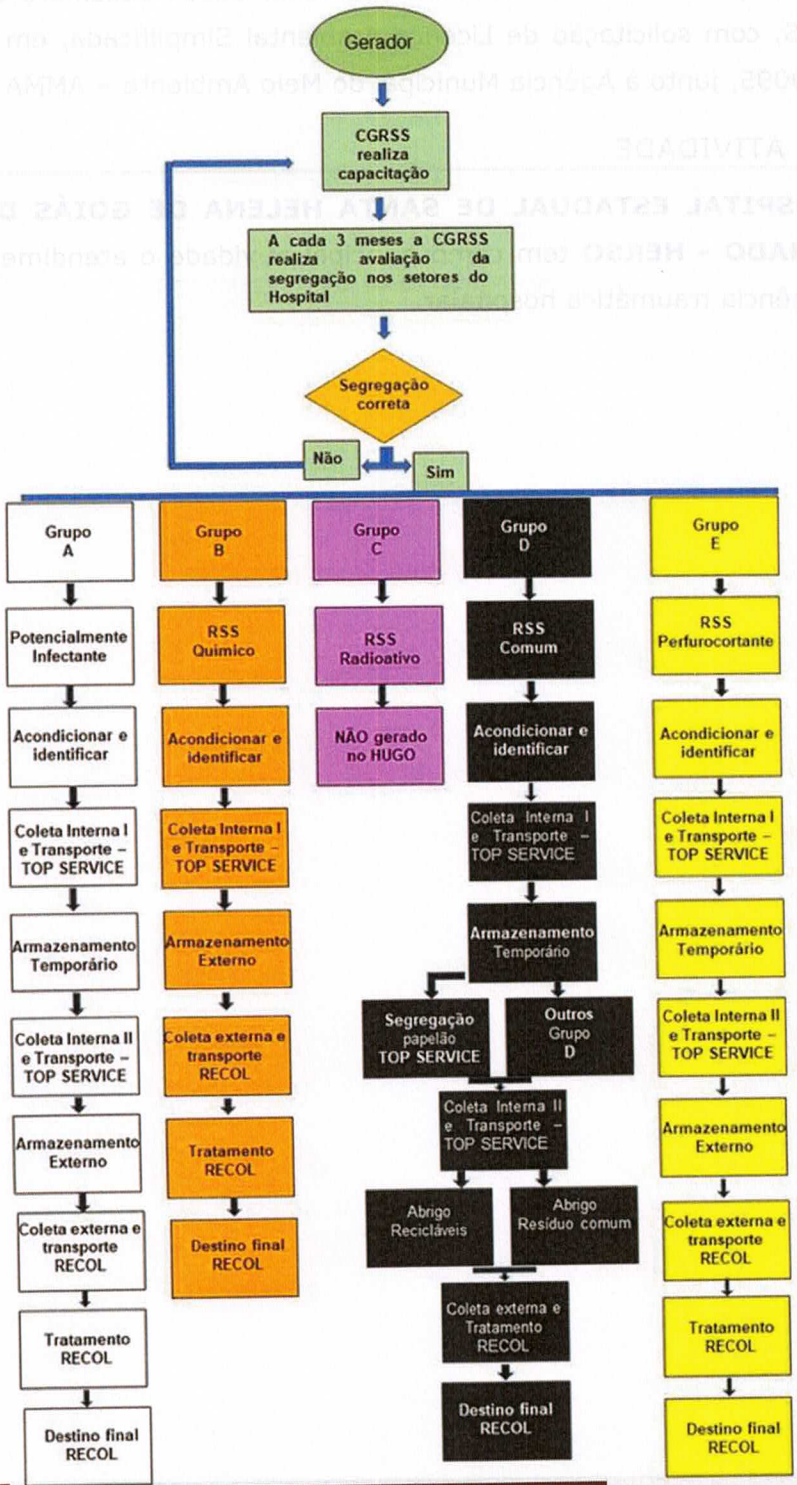
A instituição encontra-se em funcionamento desde dezembro de 1991 e apresenta este PGRSS, com solicitação de Licença Ambiental Simplificada, em trânsito, sob Processo nº 90339095, junto à Agência Municipal do Meio Ambiente – AMMA.

10.2. ATIVIDADE

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** tem como principal atividade o atendimento médico de urgência e emergência traumática hospitalar.

10.3. ÁREAS

12.FLUXOGRAMA DO SISTEMA DE MANEJO INTEGRADO



13. IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES DE GERAÇÃO

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** os resíduos são divididos de acordo com a RDC ANVISA nº 222/18 e CONAMA nº 358/05, conforme descrito abaixo.

14. SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração é considerado como a linha mestra de todo o processo, pois uma vez segregado de forma errada, todo o processo manejo dos resíduos será afetado, tornando e intensificando assim os riscos existentes.

O acondicionamento é o ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de ruptura e a identificação possibilita o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Independente do porte dos resíduos, a segregação será realizada no local de geração. Para tanto, em cada uma das salas tanto no setor administrativo ou onde realize assistência à saúde, estarão disponíveis recipientes identificados, para receber separadamente cada tipo de resíduo gerado e com capacidade volumétrica mínima para acumular o lixo gerado, em um período de pelo menos quatro horas. Estes recipientes serão guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR- 9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA e todas as identificações deverão estar de acordo com a NBR-7500 da ABNT, para execução dessas etapas serão observadas as seguintes disposições:

GRUPO A - RESÍDUOS POTENCIALMENTE INFECTANTES

Todos os resíduos com a possível presença de agente biológico, serão segregados e acondicionados em recipientes de cor branca, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento devidamente identificados com o adesivo específico para este fim, será revestido de saco branco leitoso que conterá toda a identificação do risco com a simbologia universal e descrição do risco existente, de acordo com as especificidades de cada subgrupo.

SUBGRUPO A1

Os resíduos provenientes do laboratório, culturas e estoques de microrganismos, remanescentes de fabricação de resíduos biológicos e das campanhas de vacinação serão acondicionados em sacos para autoclave e submetidos a tratamento por autoclavagem, conforme protocolo interno, para redução da carga microbiana/descontaminação. Após esse processo, os sacos que contém os resíduos serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou, pelo menos, uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo d substância infectante.

As bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, seguirá POP.ATRA.003 01 "Segregação dos resíduos próprios da agência transfusional" elencados: bolsas transfusionais, contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta, serão armazenadas na câmara de conservação específica para descarte de hemocomponentes, até a coleta interna para descarte das bolsas, essas serão acondicionados em saco vermelho com a descrição do risco biológico e simbologia universal e encaminhadas para RECOL, onde passará pelo tratamento que é o processo de autoclavagem, para redução da carga microbiana/descontaminação. Caso haja geração de resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 5, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, os mesmos serão submetidos ao tratamento prévio para diminuição da carga microbiana

SUBGRUPO A3

As peças anatômicas serão registradas e encaminhadas para o necrotério onde serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, as "PEÇAS ANATÔMICAS" serão guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "RESÍDUO INFECTANTE". As peças são mantidas refrigerados no necrotério, devido ser resíduo de fácil putrefação, a coleta é realizada pela RECOL de acordo a demanda, épreenchido um formulárioco o nome do paciente, qual peça anatômica deu entrada no necrotério e demais informações

pertinentes para o controle do SGRSS, uma cópia é arquivada quando encaminhado a incineração pela empresa RECOL, para controle e fiscalização.









SUBGRUPO A4

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

SUBGRUPO A5

Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", exclusivos para esses resíduos, guarnecidos internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento, identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 daABNT e encaminhados ao sistema de incineração para tratamento e posterior disposição final.

Seguem imagens dos acondicionamentos e identificações do grupo de Resíduos "infectantes" no HERSO:

Figura 004 Identificação de resíduo infectante.

GRUPO B - RESÍDUOS QUÍMICOS

ABNT NBR 14725 define os termos empregados no sistema de classificação de perigo de produtos químicos, na rotulagem de produtos químicos perigosos e na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ). Serão acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados através do símbolo de risco associado ao código de cores, e com discriminação de substância química e frases de risco de acordo com a NBR 7500 da ABNT e CONAM. 275/2001.





Os setores específicos já possuem disponibilidade desta lixeira, para o acondicionamento dos resíduos químicos ex: laboratório, sala de imagem, farmácia e postos de enfermagem.

Figura 005. Identificação de resíduo químico.

GRUPO D - RESÍDUOS COMUNS

São resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

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

SUBGRUPO D1

Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do município, em recipientes identificados com o símbolo dos resíduos comum e acompanhado

da inscrição "COMUM". Ex: papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, restos alimentares.



Figura 006Identificação de resíduo comum.

SUBGRUPO D2

Os resíduos do grupo D recicláveis, referentes a vidro, plástico, papel e metal, serão destinados à reciclagem ou à reutilização. A identificação será feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável.

Figura 007Símbolo mundial da reciclagem.



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

Quadro 008 Identificação de material reciclável por sistema de cores.

Dentro desse grupo encontra-se os resíduos recicláveis, um caminho para a solução dos problemas relacionados ao lixo é apontado pelo Princípio dos 3R's - Reduzir, Reutilizar, Reciclar. Fatores associados com estes princípios devem ser considerados, como o ideal de prevenção e não-geração de resíduos, somados à adoção de padrões de consumo sustentável, visando poupar os recursos naturais e conter o desperdício (Ministério do Meio Ambiente, 2008).

- Reduzir- o consumo desnecessário e irresponsável.

- Reutilizar- encontrar um novo uso.

- Reciclar- transformar em novas propostas de utilização.



Figura 008Identificação de material reciclável.

GRUPO E – RESÍDUOS PERFUROCORTANTES

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

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

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1.

Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo profissional que descartou o resíduo e visualizou o risco quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo vetado o fechamento destes pelos funcionários do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar. O esvaziamento desse recipiente para reaproveitamento é proibido.



Figura 009Identificação de resíduo infectante perfuro cortante

15.FECHAMENTO DOS SACOS

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

16.COLETA E TRANSPORTE INTERNO

A Coleta e o Transporte Interno serão realizadas diariamente por funcionários do Setor de Higienização e Limpeza. Num primeiro momento, esses funcionários coletarão os resíduos acondicionados nos setores e transportarão até o abrigo de armazenamento temporário de resíduos.

Em um segundo momento os funcionários do Setor de Higienização e Limpeza transportarão os resíduos acondicionados no abrigo de armazenamento temporário até o abrigo de armazenamento externo em horários previamente estabelecidos e não haverá cruzamento de fluxos com distribuição de refeição, enxovais e visitas.

O transporte interno de resíduos é realizado de acordo com o fluxo definido conjuntamente pelo Serviço de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Higienização e Limpeza, como mostra a figura 010.

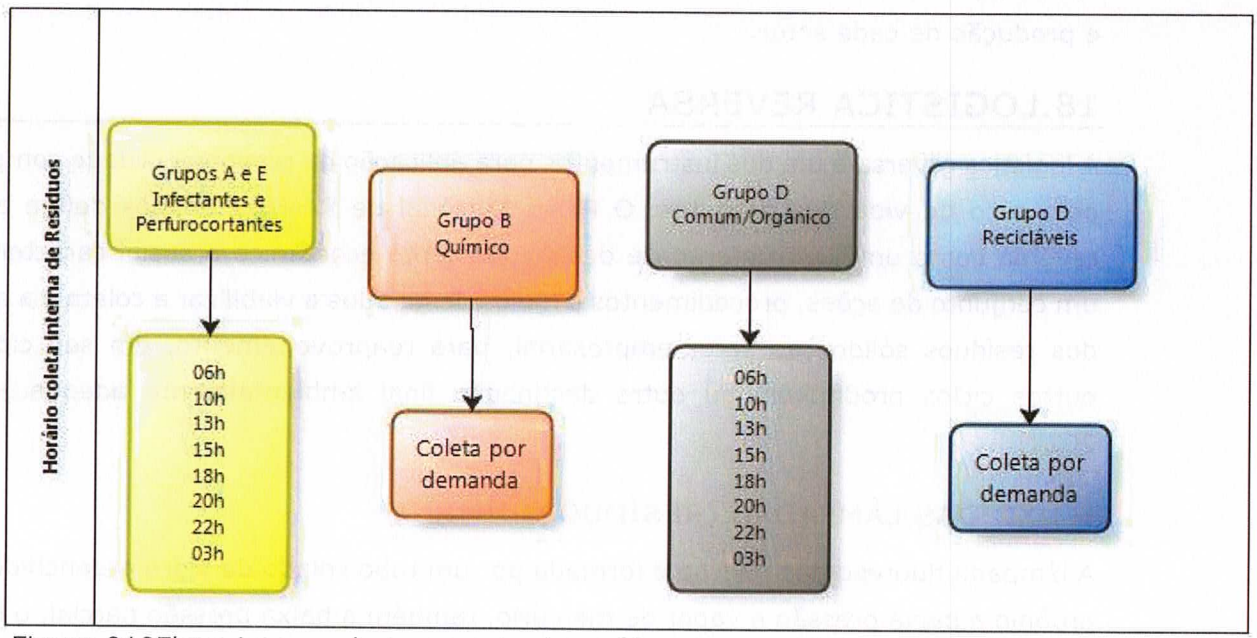


Figura 010Fluxo interno de transporte de resíduos

Serão padronizados, para o transporte, carrinhos coletores de 120 litros, devem possuir válvula de dreno no fundo, esses recipientes são separados e identificados de acordo com o tipo de resíduo a ser transportado:

GRUPO A: Serão transportados em carros da cor branca, do tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado com o símbolo de resíduo infectante.

Vacinas: Os resíduos provenientes da administração das vacinas serão acondicionados em caixa coletora de perfurocortante e encaminhadas para tratamento de autoclavagem na RECOL, por conter risco de perfuração, necessita ser acondicionado caixa coletora resistente a ruptura e punctura. No hospital existe um controle rigoroso por parte da sala de vacina, não gerando assim, vencimento de doses, dessa forma não ocorre a devolução de vacinasà SES-GO, toda a vacina que é encaminhada ao HERSO é administrada, gerando somente os resíduos de "frascos vazios sem imunobiológicos".

GRUPO B: Serão transportados em carros da cor laranja, do tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado com o símbolo de

resíduo químico, a coleta interna é feita por demanda e acionamento de acordo a geração e produção de cada setor.

18.LOGÍSTICA REVERSA

A logística reversa é um dos instrumentos para aplicação da responsabilidade compartilhado pelo ciclo de vida dos produtos. O Plano Nacional de Resíduo Sólidos define a logística reversa como um "instrumento de desenvolvimento econômico e social caracterizado por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente adequada" (SEMA 2022).

FLUXO DAS LÂMPADAS (RESÍDUO QUÍMICO)

A lâmpada fluorescente padrão é formada por um tubo selado de vidro preenchido com gás argônio a baixa pressão e vapor de mercúrio, também à baixa pressão parcial, o interior do tubo é revestido com uma poeira fosforosa composta por vários elementos. Quando está funcionando, o mercúrio que está dentro dela não oferece riscos, entretanto quando se rompem na manipulação ou no descarte liberam cerca de 20 a 30 miligramas sob a forma de vapor de mercúrio que podem ser absorvidos pelo organismo. Em razão dos danos que as lâmpadas fluorescentes oferecem, as embalagens deveriam ter recomendações e simbologia de resíduo perigoso, uma vez separados os resíduos mercuriais podem ser tratados recuperando o mercúrio neles contidos, e com a finalidade de minimizar o volume de mercúrio descarregado ao meio ambiente, a melhor solução seria a reciclagem e consequentemente com a recuperação do mercúrio (APPRIS, 2018).

Neste intuito, na instituição realizamos o projeto de logística reversa junto com a empresa RECOL, a cada lâmpada trocada a equipe da engenharia clínica que realiza está troca, recolhem as usadas e armazenam no contêiner que é específico e de uso exclusivo para este fim, até que a empresa venha para realizar a coleta, transporte e descontaminação das mesmas que é trimestral, posteriormente é encaminhado o certificado de descontaminação com a quantidade e seu referente

FLUXO DAS PILHAS E BATERIAS (RESÍDUO QUÍMICO)

A fim de atendermos ao Política Nacional de Resíduos Sólidos –PNRS, esta unidade realiza junto ao almoxarifado a troca das pilhas usadas pelas novas, com intuito de retermos esses resíduos e realizar o encaminhamento ambientalmente seguro, depois este material é

recolhido de acordo com a demanda e encaminhado para a incineradora para ser tratada antes do seu descarte.

FLUXO DOS FÁRMACOS (RESÍDUO QUÍMICO)

Em relação ao descarte de medicamentos vencidos (exceto psicotrópicos), são separados, relacionados via requisição manual, em seguida a perda é lançada no sistema MV (ajuste do estoque) e essas perdas são então encaminhadas para a CAF1 que é a responsável pelo encaminhamento para a Gestão de Resíduos. O encaminhamento (recolhimento pela gestão de resíduos) é solicitado via e-mailinstitucional com toda a descrição de quais os fármacos, quantidade, lote e data de validade para a validação do vencimento e posterior transporte, tratamento e descarte das cinzas, após incineração em aterro de classe I, que são aterros próprio para a disposição final de resíduos perigosos.

Os descartes dos psicotrópicos são encaminhados para a Secretária de Vigilância Sanitária Municipal, tanto os vencidos como os com algum tipo de violação /ou quebrados, para visar o atendimento da portaria Nº 344 de 12 de maio de 1998. Esses são acondicionados em armário próprio para este fim, até serem notificados e relacionados de acordo a marcar, laboratório, lote e data de validade, após é encaminhado a Vigilância Sanitária todo o produto segregado, junto ao formulário de auto de inutilização de medicamentos que é preenchido em duas vias. A vigilância por sua vez gera um número de protocolo deste envio que é anotado em um caderno para este controle institucional e uma via é arquivada em pasta específica.

FLUXO DO ÓLEO (RESÍDUO QUÍMICO)

O óleo proveniente das frituras da cozinha, são encaminhados para "El Shaddai" empresa responsável por reprocessar este material na estação de tratamento retirando as impurezas e posterior reutilizando na fábrica de massa de vidraceiro e biodiesel dentro do mais rigoroso controle ambiental. Esse óleo é acondicionado em recipientes específicos para este fim que é fornecido pela empresa, sua coleta é realizada de acordo a demanda de produção na unidade, este controle é realizado pela empresa terceirizada que presta o serviço de nutrição. A gestão de resíduos é encaminhada cópia para controle de coleta e mensuração dos indicadores de descarte de óleo que é reciclado na unidade.

FLUXO DO GLUTARALDEIDO (RESÍDUO QUÍMICO)

Os descartes do glutaraldeido das salas de broncoscopia e endoscopia é realizada uma vez ao mês ou em caso de necessidade de troca por contaminação. Quando realizam a troca

deste produto químico a equipe responsável pela sala acionam a equipe de higienização e limpeza para realizarem a coleta interna deste produto que é acondicionado em vasilhames compatíveis, posteriormente é acondicionado em um carrinho exclusivo para a coleta e o transporte de resíduo químico que é de cor laranja com identificação descrita e simbologia universal do risco de resíduo perigoso e encaminhado ao abrigo externo de resíduo até o momento da coleta externa pela empresa que fará o tratamento e disposição final (STERICYCLE)

GRUPO D: Serão transportados em carros da cor cinza grafite, do tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado com o símbol. de resíduo comum.

GRUPO D Recicláveis: Serão transportados em carros da cor azul e devidamente identificado com o símbolo de resíduo comum reciclável, os setores acionam a equipe de coleta de recicláveis que são colaboradores exclusivos para esta coleta. Na área de transbordo possuímos um contêiner exclusivo para o armazenamento dos recicláveis no período do noturno até o diurno até que a equipe do diurno realize o transporte para o abrigo externo no dia seguinte, para que ocorra a pré-triagem antes da coleta externa que encaminhará a reciclagem.

Fluxo dos explantes da Central de material de Esterilização RDC nº 15 art. 108 e art. 109:

Os explantes são submetidos ao processo de limpeza e seguridade de esterilização, podendo ser considerado assim resíduos sem risco de contaminação e que poderá ser encaminhad todo o material inservível a reciclagem por uma empresa especializada e licenciada para esse processo de esterilização, ficará a cargo da empresa o envio da declaração de destinação final contendo o peso do material coletado na instituição e que a gestão de resíduos arquivará para fins de fiscalização e controle.

GRUPO E: Serão transportados junto aos resíduos do GRUPO A.

Os funcionários responsáveis pela coleta e o transporte interno dos resíduos são devidamente treinados e usam equipamentos de proteção individual (EPI's), que compreendem botas de PVC, luvas de látex nitrílico, avental impermeável em PVC, óculos com lentes em policarbonato, bonés com protetor de nuca e respirador valvulado com duplo filtro em carvão ativado, para vapores orgânicos prevenindo a contaminação desses

colaboradores. Os EPI's atendem ao previsto na Lei Federal nº 6514, de 22/12/1977, Portaria nº 3214, de 08/06/1977, Normas Regulamentadoras (NR) nº 06 e nº32.

A coleta interna dos resíduos sólidos no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**é feita diariamente. O transporte desses resíduos deve ser realizado sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário. Os procedimentos devem ser realizados de forma a não permitir o rompimento dos recipientes. No caso de derramamento deve-se imediatamente realizar a higienização do local.

Segue imagem dos carrinhos para coleta interna de resíduos no HERSO:



Foto 003 Carrinho de material reciclável



Foto 004 Carrinho de resíduo químico



Foto 005 Carrinho de resíduo infectante e comum

19.ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO OU INTERNO DE RESÍDUOS

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

Em todos os andares do Hospital, com exceção do térreo, possuem seu armazenamento interno, que ficam próximo ao local de geração dos resíduos. O armazenamento interno de resíduos produzido no HERSO érealizado em contêineres de 240L e 120 L de material rígido resistente a punctura, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado em relação a cada tipo de resíduo.





Foto 006 Carrinho temporário de resíduo Foto 007 Carrinho temporário de resíduo

20. ARMAZENAMENTO EXTERNO DE RESÍDUOS

O Armazenamento Externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores. Na instituição já existe um abrigo externo de resíduos, local destinado ao armazenamento externo de resíduos, que atende as normas estabelecidas pela RDC 222 da ANVISA. O hospital possui o abrigo externo de resíduos dos Grupos A, B, D, E, reciclagem e ainda uma área separada para lavagem de contêineres e demais utensílios utilizados no manuseio dos resíduos.

Os resíduos do grupo A e E, são armazenados em bombonas de 200 L, com capacidade de 25 kg, os do grupo D são armazenados em contêineres de 1000 L, já os do grupo B de 240 L. Esses contêineres e bombonas são de material rígido resistente a punctura, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado em relação a cada tipo de resíduo.

Referente aos resíduos do Subgrupo A3, os membros amputados serão ensacados em 02 sacos vermelhos leitosos e encaminhados para o Necrotério do hospital, onde são armazenados em freezer adequado para acondicionar esses resíduos e acompanhados de registro em livro de peças anatômicas *(ANEXO 2)*. Posteriormente esses resíduos são coletados de acordo a demanda pela empresa Stericycle, através de bombonas e com formulário preenchido pelo servidor em 2 vias (uma via será entregue a empresa e a outra

será arquivada no livro de óbitos da instituição. A empresa é responsável pelo tratamento (incineração) e disposição final desse resíduo do grupo A3.

Peças anatomopatológicas são encaminhadas para laboratório terceirizado, que realiza o tratamento das mesmas de acordo com seu próprio plano de gerenciamento. As lâminas posteriores a análise clínico, serão arquivadas por 05 anos. Após este prazo serão autoclavadas e reutilizadas.

Os resíduos recicláveis são acondicionados sobre paletes e alguns contêineres de 120 e 1000 litros, este armazenamento é exclusivo e com especificações.





Foto 008 Abrigo externo de resíduos Foto 009 Abrigo externo de resíduos

21. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

A coleta e o transporte externo, realizadas por caminhões semi-compactadores apropriados para tal coleta, consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B e E são realizados pela empresa SERQUIP - Serviços, Construções de Equipamentos Ltda. - Stericycle.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos comuns, são realizados por duas empresas. Do Subgrupo D1, não recicláveis, é realizada pela Nature Resíduos, empresa que coleta e transporta até a disposição final em aterro sanitário em Santa Helena de Goiás. Já a coleta dos resíduos do Subgrupo D2, recicláveis, são realizadas pela empresa COPEL, (Plástico, papel e papelão).

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos metálicos, são realizados pela empresa Ferro e Aço.

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

Grupos A, B e E - Resíduo infectante, químicos e perfurocortantes: Segunda, Terça, Quarta, Sexta e Sábado às 09:00h, caso exista necessidade poderá ocorrer coletas extraordinárias;

Subgrupo D1 – Resíduo Comum não reciclável: realizada de segunda-feira a domingo, às 21:00h.

Subgrupo D2 – Resíduo Comum reciclável: realizada de acordo a demanda de produção, ocorrendo uma coleta por semana na terça ou quarta-feira.

Os resíduos do grupo A, B, D2 e E são pesados no processo de coleta externa realizada pelas empresas terceirizadas, os do grupo D1 são pesados a cada coleta interna realizada pelos coletadores da SS Serviços, que alimentam o *checklist* com a pesagem de cada contêiner de resíduos coletado.

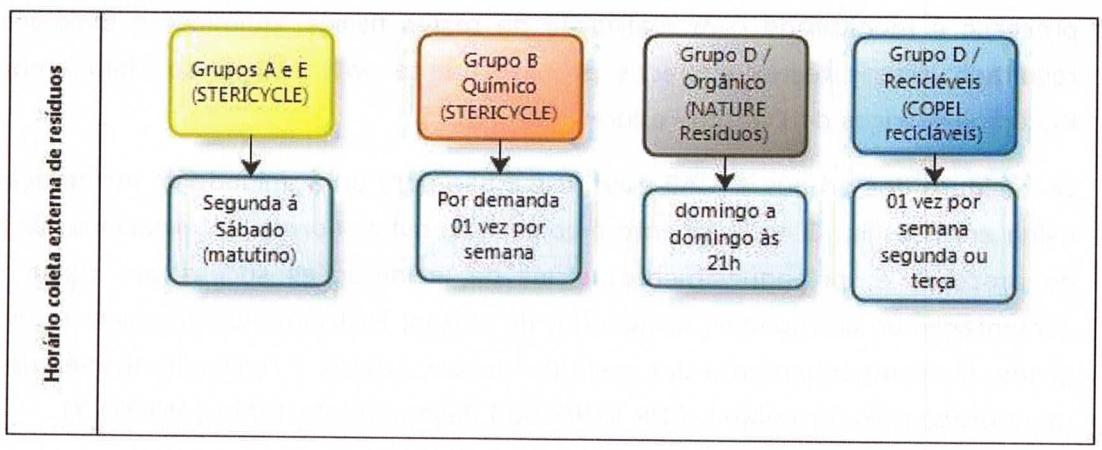


Figura 011 Fluxo de coleta externa

22. TRATAMENTO E DISPOSIÇÃO FINAL

Os sistemas para tratamento externo dos RSS são passíveis de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/1997, e de fiscalização e controle pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente. Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido e a apresentação de Licença de Operação, inclusive as

condicionantes, caso haja, emitida pelo órgão ambiental para tratamento de resíduos de serviços de saúde.

O destino final dado aos resíduos gerados no HERSO é o encaminhamento para a Usina de Incineração e Autoclavagem da STERICYCLE em Brasília (Grupos A, B e E), e após o tratamento disposto no aterro sanitário em Betim-MG. O (Grupo D – D1) é coletado e transportado pela Nature resíduos e encaminhado para o aterro sanitário da COMURG. Os resíduos recicláveis são coletados, transportados e dado a destinação ambientalmente adequado pela empresa COPEL para a reciclagem, da qual separa, prensa e encaminhará para empresas que reprocessam através da reciclagem esses materiais (Grupo D – D2).

Os resíduos dos grupos A- A1 e E vão para uma unidade de tratamento da usina em Brasília onde passam pela autoclavagem. O equipamento é uma autoclave horizontal, com aquecimento e esterilização por vapor saturado, a temperatura de operação regulável até 134º C, com adição de pressão até o patamar de 8,0 kgf/cm² de pressão manométrica, resultando na esterilização dos RSS. Sua capacidade é de 20 ciclos de 1 hora cada, com 850 kg por ciclo, que resulta em 19.000 kg em 3 turnos de trabalho sendo que todo o processo é monitorado com realização de testes físicos, químicos e biológicos, sendo o resultado desses testes enviados posteriormente ao Instituto do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos do Distrito Federal – IBRAM.

Os resíduos dos grupos A – A3 e A4, B e E vão para uma unidade de incineração dentro da usina em Brasília. O equipamento é construído sobre normas internacionais e a sequência do processo é: pré-aquecimento; ciclos de incinerações sucessivas; carga automática; alimentação ao carregador; removedor de cinzas; resfriamento; lavagem e depuração d gases. O acompanhamento dos resíduos desses grupos é realizado através da pesagem e monitorado pelo formulário. FOR.COPE.005 Pesagem infectante (ANEXO 3).

No incinerador existe um diagrama interativo que dar todas as informações necessárias sobre o resíduo que está sendo incinerado, como indicações de temperatura, emissão de gases das câmaras dentre outros.

No processo de incineração os resíduos passam por duas câmaras, a primária e a secundária. Na primária os resíduos são aquecidos a 1400 ºC de 115/150 mm e isolamento de 76/102 mm de silicato de cálcio, na secundária o material é aquecido a 1600 º C de 115/150 mm e isolamento de 76/150 mm de silicato de cálcio. As cinzas e os resíduos tratados são encaminhados para o aterro sanitário da Essencys ou Soma ambiental que são empresas que prestam serviço a STERICYCLE das quais fazem a destinação final adequada.

As lâmpadas descartadas pelo HERSO serão encaminhadas para Lumitech Materiais Elétricos, empresa responsável por tratar o resíduo químico contido na lâmpada, e reciclar o vidro.

Os resíduos do Grupo D líquidos advindos do HERSO são lançados na rede coletora de esgoto municipal, que possui seu próprio sistema de tratamento de esgoto coletivo. Já os resíduos comuns sólidos do tipo D1, que são coletados pela NATURE Resíduos, são encaminhados para o aterro sanitário e seguindo todas as normas necessárias para o seu funcionamento.

Os resíduos do Grupo D – D2 que são coletados pela empresa COPEL são enviados para a reciclagem passando por todo um processo para que possam ser reutilizados. Os papéis passam por um processo de trituração em uma espécie de liquidificador com água para que suas fibras se separem. Logo em seguida passam por um processo de centrifugação, separando algumas impurezas dos recicláveis (areia, grampos e etc.). São acrescentados ainda produtos químicos para retirar a tinta dos papéis. Após todo esse processo restará uma pasta de celulose, que será prensada e seca em diferentes equipamentos para formar o papelão, que será reutilizado na produção de caixas de papelão.

23. HIGIENIZAÇÃO DOS ABRIGOS EXTERNOS, TEMPORÁRIOS E CARROS COLETORES

Higienização dos Abrigos dos Resíduos - É a limpeza no qual é o processo de remoção de sujidade do ambiente. É uma das medidas eficazes de prevenção e controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções. Possuímos uma área apropriada para a higienização desses carros coletores e contêineres e que é de uso exclusivo para a higienização dos mesmos.

A limpeza- É a remoção de todos os resíduos líquidos ou sólidos por meios mecânicos e/ou físicos, da sujidade depositada nas superfícies inerentes que constituem um suporte físico e nutritivo para os microrganismos. É uma das medidas eficazes de prevenção e controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções. A RDC nº 306 de 2004, menciona a necessidade de estabelecer rotinas e processos de higienização, assim como **local para higienização dos contêineres e carrinhos coletores.**A instituição dispõe de POP para a instrução da higienização e formulário para registro da higienização dos abrigos, carros coletores e contêineres.

POP.COPE. Limpeza terminal de abrigo de resíduos e contêiner;

FOR.COPE. Registro de higienização do abrigo externo ou temporário de resíduos,contêineres e carro coletores (anexo 4);

Todos os *checklist's* serão realizados pelo serviço de higienização e a sua entrega será mensal para o SGRSS, que realizará o controle e análise para a comprovação das atividades executadas.

23. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

No sentido de contribuir com o aumento da adesão dos profissionais às boas práticas de higienização das mãos, e atender as políticas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS), seguindo as orientações sobre "Higienização das Mãos em Serviços d Saúde", possui no abrigo externo uma pia para a realização da higienização das mãos após manipulação e coleta dos resíduos. As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados.

24.EDUCAÇÃO PERMANENTE

São desenvolvidos e implantados programas de capacitação abrangendo todos os setores envolvidos na geração e/ou no manuseio de RSS, em consonância com as normas e legislações vigentes.

Os profissionais do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar são capacitados na ocasião na admissão da empresa SS Serviços. Além disso, será oferecido mensalmente um processo de educação continuada *in loco*, no qual integrantes do SGRSS são responsáveis e a Comissão de Gerenciamento de Resíduos poderão participar das capacitações a todos os funcionários envolvidos no manejo de resíduos, desde médicos, enfermeiros, técnicos até o pessoal da higienização e limpeza.

Educação *In Loco* com os acompanhantes e pacientes, todas as quintas-feiras às 09 horas no 4ª, 3º e 2ª andar está ocorrendo educação em saúde ambiental com os pacientes e acompanhantes sobre os descartes corretos dos resíduos e a apresentação dos adesivos para o reconhecimento de qual lixeira e onde descartar corretamente os restos alimentares, copos, papéis plásticos e demais resíduos comuns que é equiparado aos domiciliares e reforçando que a lixeira de resíduo infectante é para exclusividade de descarte de resíduos que contenham presença de agentes biológicos como: Sangue e secreções.

Nesse processo de Educação Permanente serão abordadas as boas práticas no manejo do RSS, os requisitos regulamentares, a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva, as estratégias de minimização da produção de resíduos, segregação, rotulagem, armazenamento, transporte e eliminação. Esses programas de educação serão avaliados e atualizados numa base regular, de forma a assegurar a sua relevância e aceitação junto aos profissionais.

Na admissão de funcionários no HERSO, e em casos específicos, será exigido comprovação de situação vacinal, por meio do cartão de vacina, e controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta sorológica, o qual será analisado pelo SESMT se em conformidade com o calendário do Programa Nacional de Imunização – PNI – vigente. Caso detectado inconformidade, o trabalhador será encaminhado ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, para que sejam realizados os procedimentos adequados.

Todos os funcionários, mesmo aqueles das empresas contratadas pelo HERSO, serão submetidos a exames médicos conforme estabelecido no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO da Portaria 3214 do MTE. As empresas contratadas serão orientadas a manter cadastro atualizado das condições de saúde dos funcionários, o qual poderá, a qualquer momento, ser solicitado pelo HERSO.

A responsabilidade de fornecer e supervisionar a adequada utilização dos equipamentos de proteção dos funcionários envolvidos com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento e armazenamento dos resíduos, fica a cargo da empresa contratada, mas o SGRSS realiza monitoramento e notifica empresa quando verificado não conformidade.

Os servidores do setor de Higienização e Limpeza utilizarão obrigatoriamente os seguintes Equipamentos de Proteção Individual – EPI´s, de acordo com a necessidade:

I – Luvas: de PVC, impermeáveis, resistentes, antiderrapantes, de cano longo e/ou luvas de borrachas, mais flexíveis, com as demais características anteriores;

II – Botas: de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, com cano 3/4 isolado e solado;

III – Máscaras: respiratórias, tipo semifacial e impermeável;

IV – Óculos: lente panorâmica, incolor, de plástico resistente, com armação flexível, proteção lateral e válvulas para ventilação;

V – Bonés: com proteção para nuca;

VI – Avental: impermeável;

Todo o processo da coleta, transporte e higienização devem todos os funcionários está devidamente equipado com os equipamentos de proteção individual EPI' os mesmos serão higienizados após o uso e guardados prontos ao próximo uso, devem as encarregadas monitorar a adequação dos EPI's, através de instrumento próprio sobre uso adequado de equipamento de proteção individual - na coleta interna e externa de resíduos.

25. CONTROLE INTEGRADO DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS

O HERSO mantém um programa de controle de animais sinantrópicos, executado pela empresa Alvo Dedetizadora e Desentupidora, que realiza a inspeções e dedetização dc setores do hospital mensalmente.

Visando a prevenção do aparecimento desses animais,a instituição realiza medidas preventivas como a manutenção dos princípios de higiene e limpeza, acondicionamento adequado de alimentos, vistoria da entrada de gêneros alimentícios, instalação de telas nas janelas e entradas da rede pluvial e/ou esgoto, instalação de ralos com tampas escamoteáveis, remoção de entulhos e adequada manutenção da vegetação.

As rotinas e processos de higienização e limpeza constituem elementos essenciais para a adequada manutenção dos serviços de saúde, pois visam, além de contribuir para a prevenção de aparecimento desses animais, prevenir e o controlar a disseminação de micro-organismos, a saúde e o bem-estar de usuários e profissionais. Para garantir a qualidade da higienização e limpeza no HERSO, esses processos serão realizados por serviço terceirizado, especializado em higienização e limpeza de serviços de saúde, no caso ς Serviços, empresa responsável também pela coleta interna dos resíduos.

26. CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA E DO AR

A água utilizada no HERSO provém da rede pública. Para que seja garantida a qualidade da água distribuída na instituição, a limpeza da caixa d'água será realizada por serviço terceirizado especializado, pela empresa ALVO DEDETIZADORAe Desentupidora, periodicamente uma vez por mês. A análise da água, é realizada mensalmente pela LAFARM, todo processo será devidamente documentado.

A qualidade do ar será garantida por meio de medidas que previnam a formação e a entrada de poluentes, tais como poeira e fumaça. Além disso, os de refrigeradores de ar, responsáveis pela climatização de vários ambientes, recebem manutenção periódica

realizada pela empresa NOVUM, com limpeza e troca de filtros. Os ventiladores também são higienizados periodicamente pelos funcionários da SS Serviços.

27. SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E ACIDENTES

As situações de emergência envolvendo RSS são, majoritariamente, passíveis de prevenção através da observação às normas e adoção de condutas seguras. Embora preveníveis, algumas situações são recorrentes nos serviços de saúde, tais como o derramamento de resíduos, quebra de recipientes e acidentes envolvendo resíduos do Grupo A. Nos casos de derramamento de resíduos e/ou quebra de recipientes sem comprometimento à saúde do trabalhador, os responsáveis pela situação deverão ser tomadas as devidas providências para que o novo acondicionamento seja realizado com agilidade e da maneira mais segura possível, impreterivelmente com o uso equipamentos de proteção e o auxílio de ferramentas que evitem o contato direto do trabalhador com os resíduos. Quando ocorrerem acidentes que possam comprometer a saúde do trabalhador, este deverá seguir o Protocolo de Atendimento a Acidentes com Exposição a Materiais Biológicos, seguindo o fluxo definido pelo SESMT.

Em caso emergencial, como greve de funcionários ou suspensão de coleta dos resíduos por uma das empresas terceirizadas, fica a cargo da diretoria o acionamento de outra empresa que atenda aos critérios da necessidade, o acionamento e autorização de uma empresa para realizar e prestar o serviço cabível, seguindo o plano de contingência institucional para solucionar o problema. Ao RT de resíduos do HERSO, caberá as instruções e o monitoramento para seguir o melhor fluxo em conformidade com as leis vigentes.

28. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PGRSS

Serão desenvolvidos instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação será realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores Item.30.

29. DOS EMBASAMENTOS LEGAIS

Resolução ANVISA nº 342 – Termo de referência para elaboração do PGRSS;

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222 – Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Decreto Estadual nº 1.745 de 06/12/1979 – Dispõe sobre a prevenção e o controle da poluição do meio ambiente;

Lei Estadual nº 14.248 de 29/07/2002 – Dispõe sobre a Política Estadual de Resíduos Sólidos e dá outras providências;

Resolução CONAMA nº 002 de 22/08/1991 – Determina que cabe ao Órgão Federal de Meio Ambiente em conjunto com outros órgãos que tenham competência sobre a matéria,

Adotar as medidas necessárias para facilitar a internalização e solução final quando da ocorrência de problemas relacionados a transporte com cargas contaminantes, fora de especificação ou abandonadas;

Resolução CONAMA nº 005 de 05/08/1993 – Define normas mínimas para tratamento de resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários.

Resolução CONAMA nº 275 de 25/04/2001 – Estabelecer o código de cores para os diferentes tipos de resíduos, a ser adotado na identificação de coletores e transportadores;

Resolução CONAMA nº 283 de 12/07/2001 – Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde;

NBR 10.004/2004 – Classificação de resíduos sólidos;

NBR 12.235/1992 – Dispõe sobre o armazenamento de resíduos sólidos perigosos;

NBR 12.807/93 – Resíduos de serviço de saúde – Terminologia;

NBR 12.809/93 – Manuseio de resíduos de serviço de saúde – Procedimentos;

NBR 13.463/1995 – Coleta de resíduos sólidos.

30. ASPETOS AMBIENTAIS

Conforme a norma NBR ISO14001 (ABNT, 2004), aspecto ambiental é definido como um elemento da atividade, produtos e/ou serviços de uma organização que possa interagir com o meio ambiente. Fica a cargo da organização identificar os aspectos ambientais de seus produtos, processos e serviços ao estabelecer um Sistema de Gestão Ambiental. Desta maneira, o aspecto tanto pode ser uma atividade executada, como uma máquina ou equipamento, os quais geram ou possam gerar algum efeito sobre o meio ambiente, o chamado impacto ambiental.

Os aspectos ambientais são elementos das atividades, produtos e serviços de uma organização que podem interagir com o meio ambiente. Os aspectos tanto podem ser uma máquina ou equipamento como uma atividade executada por ela ou por alguém que produzam algum efeito sobre o meio ambiente, aspecto ambiental significativo é aquele que tem um impacto ambiental relevante.

O impacto ambiental é qualquer alteração das propriedades físicas, químicas e biológicas do meio ambiente, causada por qualquer forma de matéria ou energia resultante das atividades humanas que, direta ou indiretamente afetam a saúde, segurança, a biota, a qualidade dos recursos naturais, dentre outros. Ou seja, o impacto ambiental pode ser definido como qualquer alteração causada no meio ambiente pelas atividades da empresa quer seja benéfica ou não.

No HERSO, os aspectos ambientais negativos são controlados em razão das medidas proativas adotadas em todas as fases da geração, armazenamento, transporte, tratamento, autoclavagem, incineração e disposição final, gerando aspectos ambientais benéficos ao meio ambiente.

31. COMISSÃO DE RESÍDUOS

A CGRSS do HERSO deverá ser composta por representantes de todos os setores do hospital. O objetivo da Comissão:

I. Gerenciar todas as etapas relacionadas ao manejo dos resíduos produzido, em conformidade com a Legislação vigente, a saber, RDC 222/2018 – ANVISA e Resolução 358/2005 – CONAMA;

II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para adequado manejo dos resíduos gerados;

III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas.

As reuniões ocorrerão a cada 02 meses, sempre na última quinta-feira às 09:00 horas, para deliberarem sobre os temas pertinentes a esta comissão, o encontro ocorrerá no auditório, sala de aula da COREMU ou sala de reuniões da diretoria conforme disponibilidade, para o debate da pauta pré-definida e encaminhada a cada membro 07 dias antes da reunião ordinária.

32. RESPONSABILIDADES DO PGRSS

RESPONSABILIDADES DO PGRSS	
NÍVEL	RESPONSABILIDADES
Direção	Apoiar as ações da equipe responsável pelo desenvolvimento do PGRSS, assegurando o correto manuseio dos resíduos garantindo a segurança das pessoas direta e indiretamente envolvidos e do meio ambiente.
Equipe responsável pelo PGRSS: SGRSS e Comissão de Resíduos	Implementar e assegurar a manutenção do PGRSS e a aplicação das normas de segurança e legislação específica da saúde e do meio ambiente; Definir diretrizes das estratégias no gerenciamento de resíduos sólidos; Colaborar com a prevenção de infecções relacionadas com os RSS e com a aplicabilidade das normas e legislação pertinentes; Zelar pela saúde ocupacional dos trabalhadores envolvidos e monitorar os riscos existentes no processo; Implementar levantamento de aspecto ambiental; Estabelecer parâmetros de avaliação visando seu aperfeiçoamento contínuo;
Responsável técnico pelo PGRSS	Garantir a execução do PGRSS e das normas de manejo interno de resíduos.
Todos os setores do HERSO	Manejar os resíduos gerados no hospital de acordo com o PGRSS

33. INDICADORES DE GERAÇÃO DOS GRUPOS DE RESÍDUOS A E E

INDICADORES
Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante;
Variação da geração de resíduos;
Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
Variação da proporção de resíduos do Grupo E;
Variação do percentual de reciclagem.

34. REFERENCIAS

1. APPRIS. Responsabilidade civil por dano ambiental: descarte incorreto de lâmpadas fluorescentes. Appris Editora; 1ª edição, 13 junho 2018.
2. BARCELLOS, P. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília, DF: Anvisa, 2005.
3. CAFURE, V. A; GRACIOLLI, S.R. P. Os resíduos de serviço de saúde e seus impactos ambientais: uma revisão bibliográfica. Interações (Campo Grande) 16 (2) • Jul-Dec 2015https://doi.org/10.1590/151870122015206.
4. FERREIRA, I. D. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: orientações para os serviços em odontologia. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: https://www2.ufjf.br/engsanitariaeambiental//files/2014/02/TFC-INGRID-DELGADO-FERREIRA.pdf. Acesso em 16Mai2022.
5. LEN, L.M.P. Lixo hospitalar e suas consequências sanitárias e ambientais: estudo comparativo de caso em Fortaleza – Ceará. Fortaleza, 2007. Disponível em: https://acervo.fortaleza.ce.gov.br/download-file/documentById?id=24dc041b-d936-469e-b50d-7a9e062ea6e2. Acesso em: 18Mai22.

6. OMS - Organização Mundial de Saúde. Safe management ofwastesfromhealth-careactivities, 2nd ed. 2014. Disponível em:https://www.who.int/publications/i/item/9789241548564.
7. SEMA – Secretária Meio Ambiente – CE. Logística Reversa. Disponível em: https://www.sema.ce.gov.br/residuos-solidos/logistica-reversa/#:~:text=A%20log%C3%ADstica%20reversa%20%C3%A9%20definida,setor%20empresarial%2C%20para%20reaproveitamento%2C%20em. Acesso em: 23mai22.
8. UNIFESP. Princípio dos 3R's. Disponível em: https://dgi.unifesp.br/ecounifesp/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=8. Acesso em 17mai22.

36. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Ramon Brandão Brito Coordenador SCIRAS	01/12/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	01/12/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Supervisora NQSP	01/12/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges Diretor Geral	01/12/2022	

4 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

4.1 Implantação de Logística de Suprimentos

O INSTITUTO CEM, adotará para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** de uma cadeia de fornecimento de produtos e serviços estruturada, com fluxos e rotinas padronizados que possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma célere e eficaz, a necessidade da instituição na execução de suas ações.

A Cadeia de Suprimentos irá incorporar todas as ações das compras e aquisições, contemplando desde os processos formais de escolha dos fornecedores, até o acompanhamento e controle das entregas dos materiais e serviços, que poderão ser assessorados pelas áreas técnicas competentes, ganhando com isso o melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo, assim como pretendendo a manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda da unidade, cujos estoques devem ser devidamente controlados.

Os procedimentos para contratações e aquisições destinar-se-ão a selecionar a proposta mais vantajosa e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo. Toda contratação será precedida de Processo Administrativo, devidamente documentado, justificado e transparente.

Assim, para toda a aquisição de bens, insumos e contratação de serviços é utilizado um Regulamento de Compras e Contratações, que poderá ser submetido a análise e aprovação de órgãos de controle, além de adotar uma Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços, que normatiza os procedimentos adotados para avaliar e monitorar a performance das empresas contratadas, colaborando com o desenvolvimento dos fornecedores e a redução dos problemas relacionados na cadeia de suprimentos.

Destacamos que todas as compras e contratações do INSTITUTO CEM possuem ampla concorrência e divulgação, tal qual na regulamentação proposta para a Unidade.

Todas as compras e contratações terão seus avisos e resultados publicados on-line no portal de transparência do INSTITUTO CEM, visando, sobretudo, dar transparência aos trâmites, bem como ampliar o raio de fornecedores e proporcionar maior economicidade.

As compras e contratações terão início com o recebimento da solicitação do setor solicitante, contendo a descrição, especificações técnicas, qualidade desejada, prazos, bem como, demais condições que forem necessárias para atender a demanda, onde serão tratadas conforme modalidade de compra mais apropriada, como exemplo as Compras / Contratações Diretas e os Pedidos de Cotação Presenciais, onde são disputados lances entre os concorrentes com o objetivo de se obter a melhor proposta.

Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos os interessados poderão ler e Obter os Editais, atendendo ao princípio da publicidade e demais correlatos no regulamento, podendo estes serem publicados, no site, em jornais e também no Diário Oficial, nos casos aplicáveis.

O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes considerando a idoneidade, qualidade, custo, prazo de entrega, durabilidade, garantia, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso,

sendo considerado o menor custo aquele que resulta da verificação e comparação de fatores utilizados, que além dos termos monetários, envolvem também os aspectos técnicos.

Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados as respectivas certidões negativas de débitos e, após escolhidos os fornecedores, os contratos terão prazo determinado e poderão s prorrogados, desde que comprovada a vantajosidade, sendo que poderá ser exigida a prestação de garantia, como Caução; Fiança bancária ou Seguro-garantia. Os fornecedores que descumprirem o contrato elou com histórico de má prestação de serviços poderão perder 0 direito da compra/contratação e ficarem suspensos de licitar pelo período de até 2 anos, além da perca da garantia ofertada, e acionamento de instâncias judiciais, conforme o caso.

Para todas as compras e contratações será exigido o respectivo documento fiscal com o conteúdo detalhado, quantidades, período e identificação da unidade atendida.

Não será mantido nenhum tipo de relacionamento comercial com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, não sendo permitidos

conflitos de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação.

Conforme disposições legais e princípios do INSTITUTO CEM, após término do Contrato de Gestão, os bens permanentes adquiridos, cuja fonte de recursos seja proveniente deste poderá ser, ao final, doado a unidade, na forma da legislação vigente.

Para fins da Gestão de Material e Patrimônio, os recebimentos destes serão realizados conforme regulamentação própria, destacando que os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão, destinar-se-ão exclusivamente às atividades ligadas ao mesmo.

PROPOSTA DE LOGISTICA DE SUPRIMENTOS

Gestão de Suprimentos e Logística: gerenciamento e operacionalização dos fluxos de bens, serviços, consumo e informações, com o objetivo de otimizar os recursos financeiros através da compra programada, com distribuição para as unidades de acordo com a necessidade mínima de estoque e dispensação aos usuários considerando a prescrição do profissional médico.

4.1.1 Implantação De Logística De Suprimentos

Um dos maiores desafios da gestão pública, nas esferas Federal, Estadual e Municipal, é ofertar à população serviços de saúde com qualidade, segurança e no tempo certo demandado pelo cidadão. Suprir as unidades de saúde atendendo aos princípios da legalidade, qualidade, economicidade e rapidez, na hora certa e na quantidade certa, para efetivamente salvar vidas, é o grande desafio.

Os cenários que envolvem as organizações estão voltados para custos cada vez mais elevados, demandam cada vez mais por maior qualidade, bons serviços e pressão por produtividade, ou seja, é preciso prestar o melhor atendimento possível a um número cada vez maior de usuários com os recursos disponíveis.

Na área da Saúde Pública os processos logísticos, devido às suas características muito específicas, precisam ser encarados com uma abordagem orientada não só para a racionalização de custos, mas também como elemento fundamental de apoio à prestação de cuidados de saúde aos pacientes.

Para tanto, é necessário que haja um eficiente esquema de planejamento das atividades de compras, armazenagem e gerenciamento de materiais em estoque, bem como na distribuição desses materiais destinados ao uso em atividades hospitalares, uma vez que a

falta de um mecanismo eficiente de controle impede a apuração das reais necessidades de abastecimento.

A falta de gestão dos fluxos de materiais dentro das unidades hospitalares gera desperdício. Geralmente, a distribuição do material para as unidades é feita por critérios empíricos e sem controle real do consumo, causando excesso de disponibilidade de materiais e migração de produtos entre as áreas, o que causa a perda da rastreabilidade destes, não só dentro das unidades, mas também no sistema de saúde como um todo.

Para atender a um número maior de cidadãos, adequando maior produtividade com menor custo, torna-se imprescindível conhecer a composição dos custos como um processo norteador das decisões gerenciais, no que diz respeito à saúde financeira das unidades hospitalares.

OBJETIVO:

O Projeto tem como grande objetivo uma gestão eficiente da logística do fluxo dos materiais e medicamentos hospitalares do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, envolvendo compras, armazenagem, manuseio, movimentação e distribuição no âmbito da rede pública de saúde, visando o fim do desperdício, a redução de custos e a excelência no atendimento ao usuário-cidadão.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Um fluxo mais dinâmico, racional e eficiente dos materiais e medicamentos no âmbito das áreas e Unidades da rede pública de saúde;
- A interface dos Sistemas de Internação e Logística, que permite a precisão dos investimentos, considerado pelo profissional da logística como um centro de custos;
- Rastreabilidade dos materiais e medicamentos para um controle real do consumo;
- Racionalização de recursos;
- Redução de custos;
- Eliminação do desperdício de materiais e medicamentos;
- Níveis satisfatórios de estoque para o abastecimento regular da rede de Serviços;
- Unidades de saúde melhor assistidas, com estoques bem gerenciados, melhor controlados, mais eficientes e seguros;

- Padronização de custos, materiais e medicamentos.

Dessa forma, para se ter a garantia daquilo a que se propõe, o Prestador dos Serviços deverá, necessariamente, desenvolver as atividades de recebimento e distribuição dos materiais e medicamentos, com os devidos controles e dentro das especificações e quantidades licitadas e contratadas pelo CONTRATANTE, com fornecimento da infraestrutura de armazenagem e distribuição, equipamentos de automação e manutenção, sistema operacional de gerenciamento de estoques e mão-de-obra especializada, bem como o desenvolvimento do projeto integral de implementação necessário, considerando todos os *layouts*, fluxos, adaptações e instalações, visando à obtenção dos níveis de serviço adequados, garantindo a integridade das informações e seu devido armazenamento.

Nesse contexto, deverão ser adotados os seguintes procedimentos e ações pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**:

Apoio ao Órgão Gestor Central no levantamento das necessidades de compras de materiais e medicamentos dos hospitais da rede pública de saúde.

RECEBIMENTO

- Recebimento e controle dos materiais comprados e consignados, conferindo com as Ordens de Compra e Nota de Empenho emitidas e aprovadas, incluindo controle específico para cada modalidade de compra;
- Conferência dos produtos recebidos a fim de garantir quantidades corretas, integridade física e visual das embalagens, especificações técnicas dos produtos e validade; 2.3 Etiquetagem dos produtos para controle de movimentação, incluindo lote e validade, via código de barras;
- Entrada, no sistema operacional de gerenciamento de estoques, dos produtos recebidos via leitores de código de barras ou equipamentos conectados on-line com o sistema, disponibilizando o material de forma segura para uso imediato ou solicitação imediata das unidades componentes da rede pública de saúde;
- Devolução ao fornecedor, registrada em sistema, de produtos em não-conformidade;
- Controle de pendências e prazos de entrega, seguindo os critérios definidos pelo Órgão Gestor Central no ato da compra;

- Subsidiar a gestão com a avaliação da capacidade dos fornecedores no que diz respeito ao fornecimento de produtos, de acordo com os requisitos de segurança, prazos de entrega, acuracidade e integridade dos produtos, por meio de relatórios ou consultas via sistema;
- Oferecer relatórios de consumo e pesquisas com informações necessárias aos setores responsáveis pelas aquisições e abastecimentos das Unidades de Saúde;

ARMAZENAGEM

- Armazenagem e controle, com uso de tecnologia homologada, segura e de ponta e em condições de conformidade com as exigências das autoridades competentes, dc produtos adquiridos ou consignados, gerando visibilidade de todos os estoques;
- Controle de estoque por lote e validade, com rastreabilidade para caixas, unidades, doses (drágeas e líquidos), kits, produtos ré esterilizados e outros;
- Administração e guarda dos estoques próprios ou consignados;
- Manutenção dos estoques nas áreas de armazenagem, dispensação e consumo devidamente organizados e conservados;
- Alocação dinâmica de estoque, baseada nas características físico-química dos produtos para otimização das áreas e atendimento das exigências dos órgãos competentes;
- Controle de movimentação das posições de estoque através de código de barras com ponto de controle duplo;
- Identificação total do volume de estoques distribuídos por toda a rede, com rastreabilidade total dos mesmos;
- Ressarcimento das diferenças de estoque por inventário físico, seguindo o seguinte critério: a partir de inventário físico total, executado com acompanhamento e critérios aprovados pelo Órgão Gestor Central;
- A contagem de inventário poderá ser solicitada a qualquer momento ao **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.**

SEPARAÇÃO

- Apontamento no "sistema operacional de gerenciamento de estoques" e etiquetagem com código de barras das unidades de produtos a serem dispensados;
- Controle de produtos em unitarização com armazenagem parcial nas unidades de saúde;
- Padronização e criação de catálogos de produtos por área ou programas;
- Manutenção constante dos catálogos de produto referentes a mudanças e valores de produtos;
- Separação dos materiais pelos sistemas de dispensação coletiva, para abastecimento da área de dispensação nas unidades, com controle de lote, validade e rastreabilidade.

DISTRIBUIÇÃO

- Cronograma de distribuição para área de dispensação nos postos, com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados e definidos pela administração;
- Controle de atendimento de requisição de produtos para respectiva dispensação e distribuição;
- Transferência de material em emergência para unidades hospitalares, assim como internamente nos hospitais em prazo acordado;
- Recuperação do material não utilizado na Unidade, computando, através de rotina do Sistema, materiais de devolução que deverão retornar para o estoque;
- Processamento de logística reversa de materiais, disponibilizando produtos para consumo imediato;
- Relatórios assinados de recebimento dos produtos, quando da entrega;

GERENCIAMENTO DE ESTOQUE

- Captura da demanda dos produtos na área de dispensação, gerando requisições automáticas dos produtos que atingiram o estoque mínimo;
- Legenda na requisição de produtos que sinalizem, para o usuário que está fazendo a requisição, se determinado produto existe no estoque ou não;

- Contagem física semanal dos itens rotativos indicados e randômicos;
- Requisição automática através de estoque máximo, mínimo e ponto de pedido parametrizado para as áreas;
- Visualização de todo o material, com rastreabilidade de lote e validade, do recebimento até a dispensação ou utilização do paciente;
- Manutenção dos níveis de serviço acordados e medidos nos indicadores de performance;
- Geração de informação para o Órgão Gestor Central dos itens que se encontrarem abaixo do estoque mínimo para compra;
- Controle do giro do estoque;
- Apontamentos de produtos parados no estoque durante um longo prazo;
- Otimização dos estoques máximos e ideais;
- Padronização dos materiais, para minimizar estoque e processos de compra através do sistema operacional de gerenciamento de estoques;
- Desenvolvimento de "kits" para processos cirúrgicos, procedimentos de emergência e dispensação ao paciente;
- Inventário mensal de todos os itens ou inventários cíclicos, por produto ou por área, com registros no sistema de todos os controles e divergências encontradas;
- Elaboração de relatórios gerenciais e de custos de consumo, por unidade, por área, por tipo de programa, por paciente ou centro de custos;
- Elaboração de relatórios de valorização de estoque em conjunto com o setor responsável;
- Manutenção do histórico de informações;
- Auditoria dos processos de trabalho e rotinas;
- Controles de acesso no sistema no nível do usuário;
- Rastreabilidade no nível do usuário de qualquer inclusão, alteração ou exclusão realizada no sistema;
- Fornecimento de relatório para o Órgão Gestor Central dos produtos a vencer.

Auxiliares de Logística (Almoxarifado e Farmácia): Profissionais técnico operacionais para atuarem nas Unidades Hospitalares e Almoxarifados, além de outras unidades, a fim de executar todos os processos logísticos de recebimento, armazenagem, separação, movimentação, expedição, distribuição, produção de kits, exceto dispensação de produtos a pacientes;

Instrutor de Treinamento e Implantação Logística: Profissional de Logística com capacitação para o uso de equipamentos específicos destinados à movimentação de material, controle de estoque e captura de demanda das áreas, tecnologia e gestão de materiais, que corresponderá diretamente pelo treinamento continuado de todas as pessoas envolvidas nos processos do fluxo de materiais para manter a qualidade do serviço, visando sempre o aumento da produtividade e aprendizado constante, além de ser o coordenador técnico de todas as atividades referentes ao período de implantação dos serviços;

Supervisores / Operadores de Logística e Planejamento: Pessoal especializado em processos logísticos e operações de planejamento de sistemas de saúde que estará locado nas unidades centrais de abastecimento e nas unidades de saúde. Esses profissionais terão a responsabilidade de supervisionar a execução de todos os processos logísticos de recebimento, armazenagem, separação, movimentação, expedição, distribuição, produção de "kits", incluindo o fornecimento de informações necessárias à elaboração dos processos de compras, programação de insumos e suprimentos de almoxarifado;

Administrador de Rede: Terá a responsabilidade de coordenar as atividades ligadas à manutenção de toda a rede lógica, do processo de integração física entre o sistema operacional de gerenciamento de estoques e os sistemas de gestão do Órgão Gestor Central, além de ser o responsável por manter alto nível de acessibilidade e disponibilidade de links e sistema aos usuários. Deverá manter todos os planos necessários de contingenciamento das operações críticas de hardware e software;

Analista de Suporte: Será responsável pelo suporte aos usuários do Sistema Operacional de Gerenciamento de Estoques, sendo desta função a obrigação de criar as condições de acessibilidade e manutenção da mesma, definição de hierarquia de acesso por função e gerenciamento de chamadas da unidade onde estará locado;

Gerente de Planejamento e Logística: Será responsável por planejar toda a atividade necessária para manutenção dos serviços, desde o recebimento dos produtos até a utilização pelos pacientes, incluindo as operações de transporte, armazenagem, separação e expedição de produtos.

4.1.2 Pop - Solicitação De Produtos Para O Almoxarifado

1. OBJETIVO

Descrever as ações necessárias para solicitação de produtos para o almoxarifado e acompanhamento de requisições de materiais de consumo por via eletrônica, através do sistema de gestão hospitalar MV. A requisição será adotada somente para material de expediente, geridos pela seção de almoxarifado.

2. DEFINIÇÕES

Requisições - Documento que pode ser utilizado para solicitar produtos e suprir estoques.

Material de expediente: são materiais utilizados diretamente os trabalhos administrativos, tais como, agenda, alfinete de aço, almofada para carimbos, apagador, apontador de lápis, papel A4 e etc.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado

DMP – Divisão de Materiais e Patrimônio.

4. APLICAÇÃO

Almoxarifado.

5. RESPONSABILIDADE

Encarregado e assistente de almoxarifado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

Prateleiras

BINS

Computadores

Sistema MV

Materiais de expediente

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Verificar o estoque de materiais de expediente no almoxarifado;	Encarregado e assistente de almoxarifado
2	Solicitar materiais de expediente que estão em falta no almoxarifado ou que estão próximos de acabar;	Encarregado e assistente de almoxarifado
3	Pedir a transferência dos materiais de expediente pelo sistema MV para o almoxarifado conforme segue: Almoxarifado › Solicitações › Produtos ao estoque › Setor › Solicitação para Estoque (Código 274 - Almoxarifado) › Setor (Código 1065– Caf) › Produto (pesquisa produto) › Quantidade › Salvar (ícone disquete). (Anexo I e Anexo II)	Encarregado e assistente de almoxarifado
4	Transferir os materiais de expediente solicitados pelo sistema MV do estoque do almoxarifado para o estoque da Farmácia;	Encarregado
5	Retirar os materiais de expediente no almoxarifado;	Encarregado e assistente de almoxarifado
6	Fazer a conferência dos materiais de expediente após entrega pelo almoxarife;	Encarregado e assistente de almoxarifado
7	Acondicionar os materiais de expediente de forma ordenada.	Encarregado e assistente de almoxarifado

Periodicidade: Semanalmente, conforme necessidade.

8. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Faltar material de expediente.	Sempre verificar o estoque de material de expediente para evitar a falta do mesmo durante execução de atividades de rotina da Farmácia.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DA AMAZÔNIA. https://proaf.ufra.edu.br/images/Portarias/pop_proaf_n%C2%BA_13_-_requisi%C3%A7%C3%A3o_de_material_de_consumo_expediente.pdf. Acesso em: 31 mai. 2022.

10. ANEXOS

ANEXO I

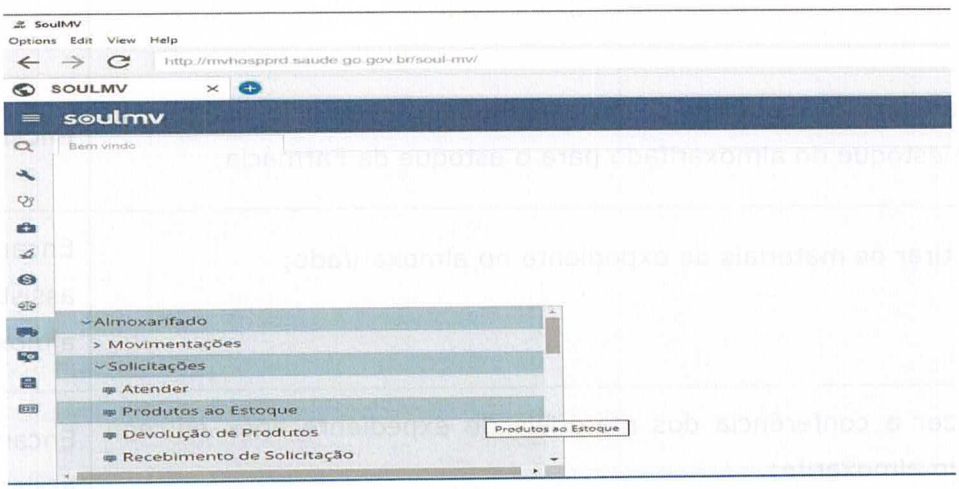
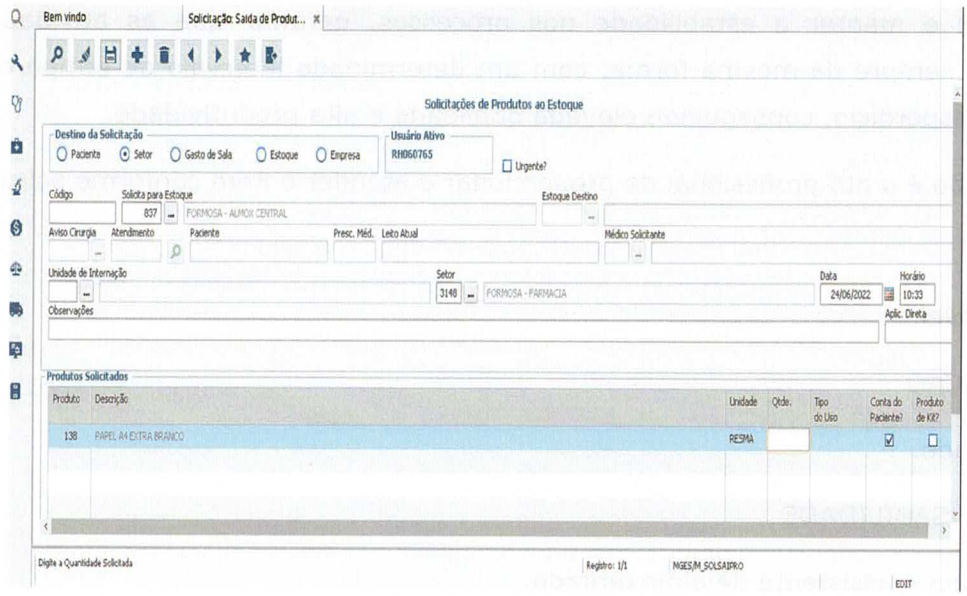


Figura 1- Pagina do MV passo a passo para solicitação de estoque no almoxarifado.

ANEXO II



Pagina 2- Pagina do MV para solicitação de estoque almoxarifado.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.1.3 Pop - Liberação De Material

1. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para adequada dispensação de materiais.

2. DEFINIÇÕES

Padronizar e manter a estabilidade nos processos, garantir que as atividades sejam realizadas sempre da mesma forma, com um determinado intervalo de tempo e o menor nível de desperdício, conseguindo elevada qualidade e alta produtividade.

Dispensação é o ato profissional de proporcionar e atender o item conforme solicitado.

3. SIGLAS

Não aplicável.

4. APLICAÇÃO

Almoxarifado.

5. RESPONSABILIDADE

Encarregado e assistente de almoxarifado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
- Materiais de expediente
- Sistema MV

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
	Receber a solicitação emitida pelo sistema de gestão hospitalar MV;toda a segunda e sexta-feira com entrega na sexta-feira;	Encarregado e assistente de almoxarifado
2	Conferir a solicitação e quantidade do produto analisando sempre a real necessidade do setor/paciente;	Encarregado e assistente de almoxarifado
3	Conferir e Dispensar materiais no MV de acordo com a solicitação;	Encarregado e assistente de almoxarifado

3	Separar materiais de acordo com a solicitação do sistema MV;	Encarregado e assistente de almoxarifado
4	Entregar os itens do pedido ao solicitante;	Encarregado e assistente de almoxarifado
5	Atender à solicitação via sistema MV através conforme segue: Almoxarifado › Solicitações › Atender › Solicitações ou Prescrição (insere o número da solicitação) › Executar › Confirmação automática › conferir os itens, quantidade e lote › fechar a baixa (Anexos I, II, III e IV);	Encarregado e assistente de almoxarifado
6	Arquivar as solicitações por um mês.	Encarregado e assistente de almoxarifado

8. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Entregar de material médico-hospitalar	Sempre conferir por dupla checagem os itens da solicitação e dispensar de acordo com lote que consta na requisição.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SILVA, I. F. et al. Construção de Procedimento Operacional Padrão das Farmácias dos Centros de Saúde da Família do Município de Sobral, Ceará. Sanare, Sobral, v. 9, n. 1, p. 33-37, jan./jun. 2010. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/204-Texto%20do%20Artigo-338-383-10-20130326.pdf. Acesso em: 31 mai.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dez. de 1998.

DICIO - DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS. Disponível em: https://www.dicio.com.br/. Acesso em: 06 de jun. 2022.

10. ANEXOS

ANEXO I

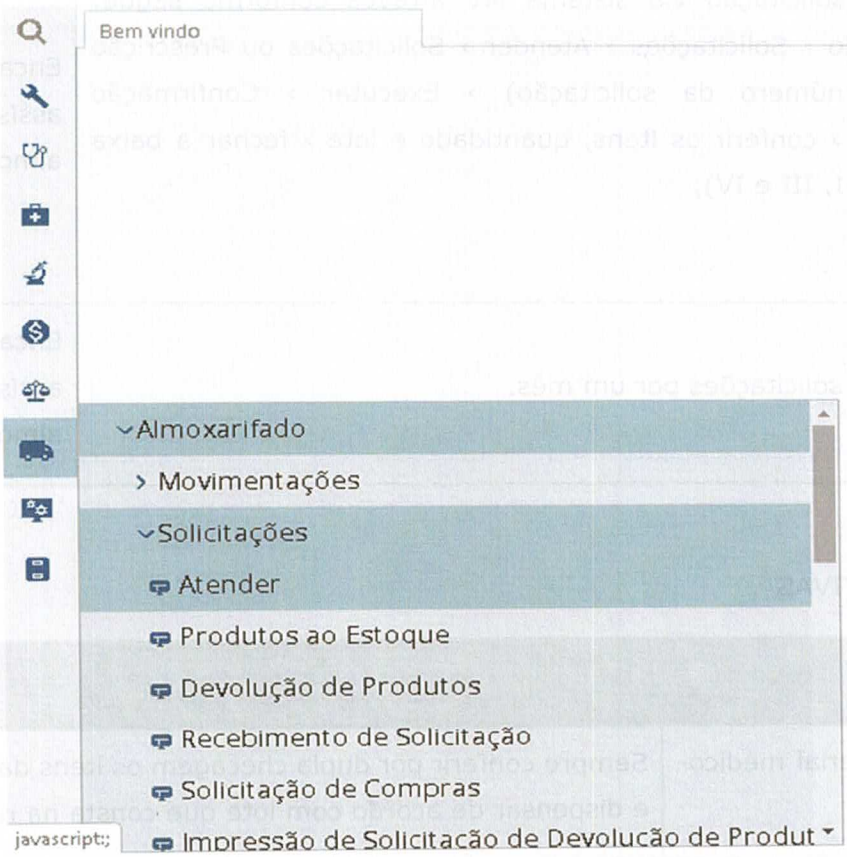


Figura 1- Página do MV passo a passo para atender à solicitação de pedidos

ANEXO II

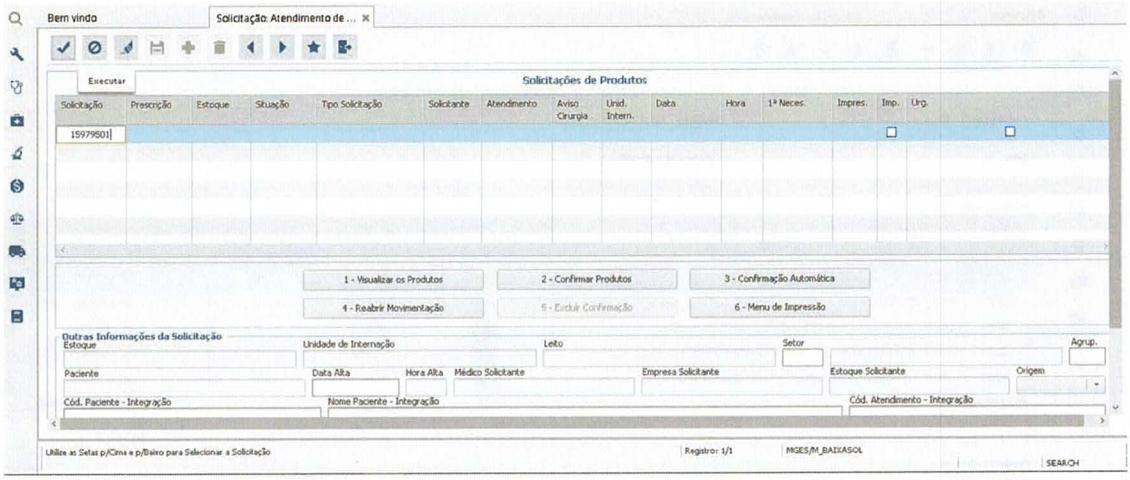


Figura 2- Página do MV passo a passo para atender à solicitação de materiais

ANEXO III

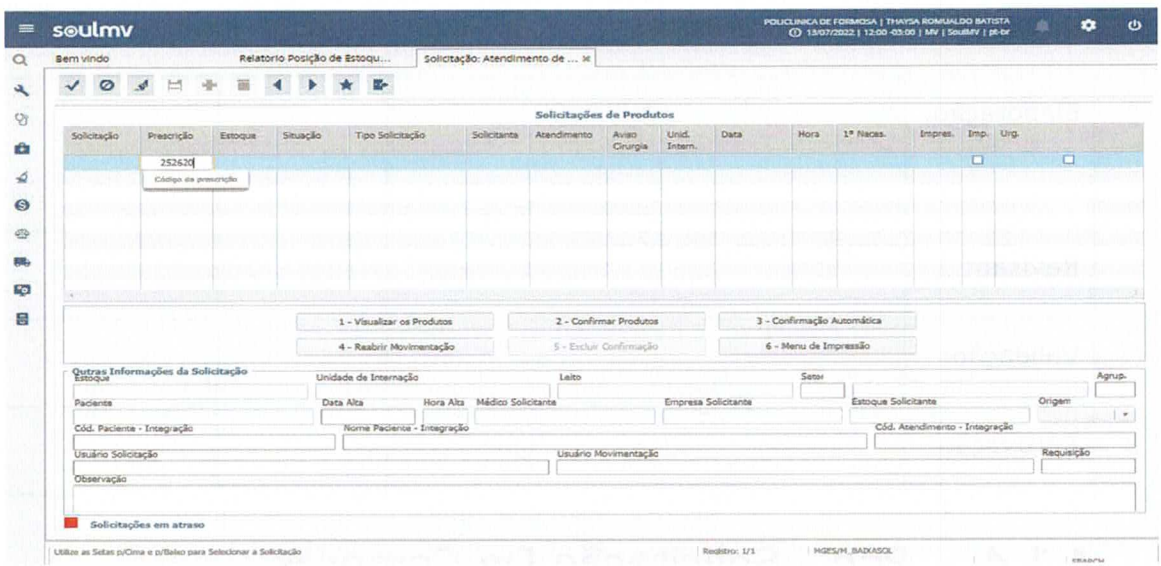


Figura 3- Página do MV passo a passo para atender à solicitação de medicamentos por prescrição.

ANEXO IV

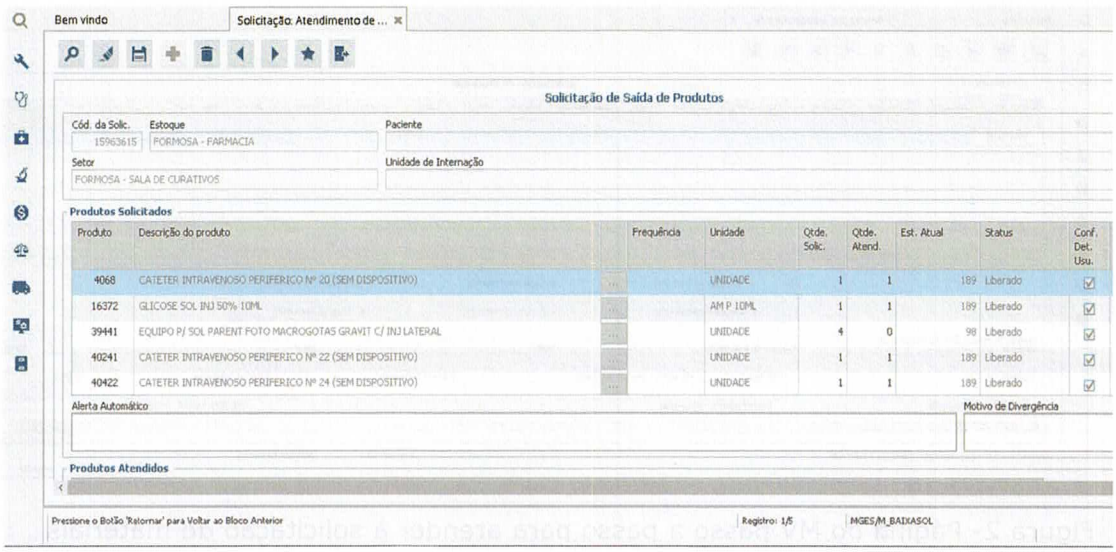


Figura 4- Página do MV conferencia e confirmação da solicitação.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.1.4 Pop - Solicitação De Compras

1. OBJETIVO

Otimizar as compras para que cheguem os produtos certos, na quantidade correta, com entrega programada para a data de necessidade, de forma a evitar falta ou excesso de estoque.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV: sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma;

Doccem: sistema de gestão interno para inserção de documentos referentes a compra de mat/med, investimento, serviço e o pagamento referente a cada um desses itens anteriormente listados;

Memorando: é um documento utilizado para estabelecer canais que possibilitem o relacionamento com o público/setor interno e tem o papel de tornar comum a mensagem destinada aos seus colaboradores, com o propósito de solicitar qualquer demanda de serviço e mat/med.

3. SIGLAS

Mat/med: materiais e/ou medicamentos;

Memorando: comunicação interna;

NF: nota fiscal;

OC: ordem de compra;

SC: solicitação de compra.

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de solicitação de compra do Almoxarifado do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

5. RESPONSABILIDADE

Coordenador do almoxarifado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
- Impressora
- Pastas
- Folha A4

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
	As solicitações de mat/med são feitas através de cálculos com base no sistema MV dos consumos médios diários e mensais e tem o prazo para entrega para o setor de compras até o dia 05 de cada mês.	Almoxarife
2	O almoxarifado faz os cálculos de consumo e alimenta a planilha de compras.	Almoxarife
3	Após a confirmação, é aberto uma SC no sistema *SoulMV* e a mesma vai para aprovação da diretoria.	Almoxarife
4	Tendo a aprovação da diretoria, é aberto um processo de compra no sistema *Doccem* e repassado o número desse processo ao setor de compras.	Almoxarife
5	Quando as compras são realizadas, é aberto uma OC no sistema *SoulMV.*	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Comunicação interna com a descrição dos itens equivocados pode causar prejuízos na demanda dos procedimentos.	Conferir as descrições (tipo de material, tamanho, quantidade) das solicitações para evitar a compra de produtos errados.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.1.5 Pop - Recebimento De Produtos

1. OBJETIVO

Garantir que os produtos recebidos dos nossos fornecedores estejam de acordo com a Ordem de Compra e Nota Fiscal enviadas e que estejam em perfeitas condições, sem danos externos aparentes.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV - Sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma;

Doccem: sistema de gestão interno para inserção de documentos referentes a compra de mat/med, investimento, serviço e o pagamento referente a cada um desses itens anteriormente listados.

3. SIGLAS

Mat/Med - Materiais e/ou Medicamentos

NF - Nota Fiscal

OC - Ordem de Compra

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de recebimento de materiais do Almoxarifado do HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

5. RESPONSABILIDADE

Coordenador do Almoxarifado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
  - Impressora
  - Pastas
  - Papel A4

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	A mercadoria proveniente do fornecedor é recebida pelo almoxarife e as caixas descarregadas são colocados sobre paletes de plástico. Durante o recebimento dos produtos, utilizando a OC que vem anexada junto aos documentos, deve ser feita a conferência com os dados relacionados na NF, observando atentamente nome, número de lote, quantidade e validade dos produtos recebidos. Também é importante observar a situação física das caixas e só então, os produtos serão liberados para armazenamento nos locais específicos;	Almoxarife
2	Após a conferência, o documento de entrega e os canhotos da NF devem ser assinados, datados e encaminhados ao motorista responsável pela entrega;	Almoxarife
3	Em caso de existir alguma divergência do produto recebido com os dados relacionados na NF (avarias, lote trocado, produto trocado ou vencido, quantidade recebida com falta ou com sobra, entre outras) o almoxarife deve confirmar tal divergência com o fornecedor, emitir o Formulário de Devoluções. Os produtos que chegarem avariados, identificados durante ou após o recebimento, devem ser devolvidos ao fornecedor para as providências cabíveis.	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Documentação enviada pelo fornecedor sem que a OC esteja anexada junto.	Reforçar junto ao fornecedor o envio das documentações solicitadas no ato da compra.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.1.6 Pop - Organização E Armazenamento De Produtos Em Geral

1. OBJETIVO

Garantir que os produtos recebidos dos nossos fornecedores estejam de acordo com a OC e NF enviadas e que estejam em perfeitas condições, sem danos externos aparentes e que sejam armazenados de forma correta.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV - Sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma.

3. SIGLAS

Mat/Med: Materiais e/ou Medicamentos

NF - Nota Fiscal

OC - Ordem de Compra

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de organização e armazenamento de materiais do Almoxarifado.

5. RESPONSABILIDADE

Almoxarife.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Armário de aço
- Estante de aço
- Paletes de plástico

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	A mercadoria proveniente do fornecedor é recebida pelo almoxarife e as caixas descarregadas são colocados sobre paletes de plástico.É importante observar a situação física das caixas e só então, os produtos serão liberados para armazenamento nos locais específicos;	Almoxarife

2	Todos os produtos para serem armazenados são colocados sobre paletes de plástico, armário de aço e estante de aço. Após conferidos, são devidamente organizados no estoque de acordo com a sua classificação;	Almoxarife
3	Para garantir a qualidade da embalagem, devem ser seguidas as orientações quanto ao empilhamento máximo recomendado pelo fabricante.	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Espaço físico pequeno.	Aumentar o espaço físico para melhorar a eficiência no armazenamento e separação dos produtos no estoque.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.1.7 Pop - Conferência Das Validades

1. OBJETIVO

Garantir que os produtos recebidos dos nossos fornecedores estejam dentro do prazo de validade e que sejam usados dentro desse prazo, evitando possíveis perdas.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV - Sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma.

3. SIGLAS

Mat/Med - Materiais e/ou Medicamentos

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de conferência das validades do Almoxarifado do HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

5. RESPONSABILIDADE

Almoxarife do HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
- Impressora
- Papel A4

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Emitir relatório de mat/med que estão próximos do vencimento via sistema de gestão Soul MV;	Almoxarife

2	Deve ser observado o prazo de validade dos produtos, para evitar a permanência de vencidos no local destinado aos considerados utilizáveis;	Almoxarife
3	Organizar o mat/med de acordo com a data de validade e fazer a dispensação daqueles que estão com a data de validade mais próxima;	Almoxarife
4	Retirar o mat/med fora do prazo de validade e armazená-lo em local separado;	Almoxarife
5	Dar baixa no mat/med fora do prazo de validade, solicitar a conferência pela coordenação e fazer o descarte correto;	Almoxarife
6	Organizar a planilha com as perdas e entregar para a empresa responsável por incinerar e arquivar uma cópia com assinatura do recolhimento.	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Chegada de mat/med já próximos do vencimento.	Reforçar com o setor de compras para que o mesmo solicite ao fornecedor a entrega de mat/med com o prazo de validade maior (1 ano).

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.1.8 Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços institucionalizada pelo INSTITUTO CEM

INTRODUÇÃO:

Esta Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores tem a finalidade de informar os procedimentos a serem adotados para avaliar e monitorar a performance dos fornecedores e prestadores de serviços, bem como, as regras gerais de fornecimento.

Dentro da sua política de acompanhamento dos fornecedores e prestadores de serviços, designa-se a estabelecer condições comerciais adequadas e fornecer informações necessárias nos pedidos de compras de produtos e contratação de serviços.

O "Regulamento de Compras e Contratações para a Gestão de Unidades Públicas Estaduais", disponível no sítio eletrônico do INSTITUTO CEM, opção "Transparência" / "Regulamentação de Contratação de Bens e Serviços") faz parte indissociável desta Política.

NOSSA POLÍTICA DE RELACIONAMENTO COM OS FORNECEDORES

Nosso principal objetivo é o de prestar a assistência aos usuários/pacientes respeitando as normas técnica, qualidade e humanização.

Para atendimento desta condição, necessitamos contar com a participação de fornecedores que apresentem as melhores tecnologias, processos de produção e prestação de serviços.

SOBRE O CADASTRO DE FORNECEDORES

Através do site, os fornecedores e prestadores de serviços interessados podem ter acesso ao Regulamento de Compras, acessando o link "Transparência"; bem como se cadastrando poderão ter acesso aos instrumentos convocatórios (Edital ou Solicitação de Orçamento), acessando o link "Compras e Contratações" ("Em andamento" e/ou "Concluídas").

Não obstante aos cadastros de fornecedores e prestadores de serviços, o INSTITUTO CEM, solicita informações complementares necessárias para a correta identificação destes nas Ordens de Compra e Contratos emitidos, haja vista a utilização de recursos públicos.

A inclusão dos fornecedores e prestadores de serviços no cadastro não implica vínculo de aquisição ou contratação, ou consultas para o fornecimento e/ou serviços.

CLASSIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

O INSTITUTO CEM classifica os fornecedores e prestadores de serviços como:

"Críticos" – fornecedores de produtos e/ou serviços cujo volume financeiro comprometa os maiores investimentos;

"Não-Críticos" - demais fornecedores de produtos e/ou serviços.

Não obstante à classificação de fornecedores, não existe nenhum tipo de prioridade ou vantagens a quaisquer fornecedores ou prestadores de serviços.

POLÍTICA DE PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE

Definiu-se, dentre outros, como um de seus valores institucionais a consciência ecológica. Desta forma, a instituição busca sempre atender à legislação ambiental, com

investimentos voltados a novas tecnologias que mitiguem as causas de danos ao meio ambiente.

Destaca-se a obtenção do Certificado "Green IT", representando a destinação correta dos cabos elétricos e da rede lógica que foram substituídos.

ÉTICA PARA COM OS FORNECEDORES

Todo o processo ético visa a inspirar confiança na manutenção de uma relação transparente, sólida, duradoura e de elevado nível entre as partes, por isso buscamos oferecer um cuidado ético e humanizado, orientado por valores como respeito, comprometimento e

responsabilidade individual e coletiva para a prestação de serviços e/ou fornecimento de bens / produtos com qualidade.

Parceiros e Fornecedores: Agir eticamente nas relações comerciais e de parceria, orientando-se pela qualidade, transparência, idoneidade e o respeito nas relações profissionais. Não poderão participar das compras ou contratações com o INSTITUTO CEM, dirigente ou empregado da entidade, cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo ou afim, até o 3º grau.

Não será permitido o recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, sob pena da exclusão do fornecedor/prestador de serviços e punição aos profissionais envolvidos.

MODALIDADES DE COMPRAS

As modalidades de compra e contratação utilizadas pelo INSTITUTO CEM são previstas no respectivo Regulamento de Compras e Contratações.

DOCUMENTOS DE COMPRAS/CONTRATAÇÃO

Ordem de Fornecimento/Compra:

Ordem de Fornecimento/Compra é o documento que rege as disposições gerais de garantia de fornecimento, condições comerciais, requisitos da qualidade, regras de atendimento aos prazos de fornecimento e outros, autorizando aos setores competentes ao recebimento produto ou serviço.

Contrato de Prestação de Serviço/Fornecimento Parcelado de Produtos:

Para contratação de serviços de mão de obra ou fornecimento parcelado de produtos, o INSTITUTO CEM poderá utilizar-se, conforme a complexidade do objeto, das normas e procedimentos amparados por contratos específicos e estabelecidos em comum acordo com seus fornecedores/prestadores de serviços. Esses contratos visam à garantia de todos os fornecimentos de serviços ou entrega de bens dentro das especificações estabelecidas e atendimento a todos os requisitos legais pertinentes.

ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

Os Setores que estão autorizados a enviar documentações aos fornecedores e prestadores de serviços são:

Supervisão de Compra/Setor de Contratos e Licitações: Solicitação de Compras, Contratos, Especificações Técnicas e Desenhos;

Diretoria: Relatórios de Performance de fornecedores, ofícios, notificações, autorização de compras de urgência e, ou qualquer outro tipo de documento;

Supervisão de Material e Patrimônio / Farmácia / Almoxarifado e Executores de Contrato: Programações de Entrega de Materiais e Notificações de Não-Conformidades.

Não serão reconhecidos quaisquer outros documentos que eventualmente autorizem a aquisição de materiais ou serviços emitidos por outras áreas, ficando sob responsabilidade do fornecedor/prestador de serviços qualquer entrega de bens ou prestação de serviços sem a devida aprovação.

SISTEMA DA QUALIDADE

É de inteira responsabilidade do fornecedor o atendimento aos requisitos dos produtos/serviços fornecidos. Neste, reservamo-nos no direito de inspecioná-los sempre que julgar necessário.

Nos processos de inspeção, poderão ser utilizados métodos amostrais para certificar a conformidade do produto, e outros que se julgarem pertinentes ao caso in concreto; o que não exime o fornecedor de prover um produto livre de defeitos e em conformidade com os requisitos especificados (desenhos, narrativas, especificações técnicas, etc.).

Produtos ou serviços que apresentarem características críticas, que não possam ser detectadas nos processos de manufatura ou que necessitem de inspeção contínua, podem ser auditados nas instalações do fornecedor/prestador de serviços, com ou sem aviso prévio, conforme requisitos especificados.

Visitas ao Setor de Compras / Gerência de Contratos:

A visita de fornecedores e prestadores de serviços para apresentação de produtos ou serviços ocorrerá em dias e horários previamente agendados, com o responsável pelo Setor.

GARANTIA DA QUALIDADE DE PRODUTOS E / OU MATERIAIS FORNECIDOS

Considera-se que os fornecedores e prestadores de serviços devem garantir seus produtos e serviços desde a entrega em perfeitas condições, sem quaisquer vícios ou defeitos, assim como a manutenção durante o prazo de garantia.

Se o produto ou serviço apresentar defeito ou estiver em desconformidade com as especificações acordadas, os seguintes procedimentos serão adotados:

> Se a ocorrência for constatada antes da sua concretização ou utilização, esta o rejeitará e efetuará a sua devolução por conta e risco do fornecedor/prestador de serviço, devendo este ressarcir ao Contrato de Gestão pelo valor correspondente ao preço vigente do produto/serviço e demais custos logísticos ou, poderá o INSTITUTO CEM, alternativamente, a seu critério, em consenso com o fornecedor/prestador de serviço, promover a sua recuperação, arcando o contratado com os custos correspondentes;

Se a ocorrência for constatada posteriormente à instalação ou utilização, o fornecedor/ prestador de serviços, além das obrigações referidas no item 1, responderá pelos custos decorrentes da troca e/ou reparo do produto ou serviço defeituoso, bem como pelos custos agregados inerentes;

Independentemente do momento em que for detectada a ocorrência (produtos, equipamentos e/ou serviços), se esta representar risco ao paciente ou a quem vier a manusear, deverá ser notificada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e a outros órgãos competentes.

AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES NA ENTREGA DE PRODUTOS E SERVIÇOS

A avaliação dos itens referentes ao processo de compras e entrega de produtos/serviços será realizada de acordo com o contrato firmado e a autorização de fornecimento (Ordem de Compra) encaminhada ao fornecedor/prestador de serviços.

Este processo consiste no monitoramento do desempenho da Qualidade e da Logística de seus fornecedores no momento da entrega, sendo que os eventuais problemas detectados posteriormente à entrega serão notificados aos contratados para providências que se façam necessárias.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de produtos em geral:

- Cumprimento dos prazos de entrega/contrato;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;

- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos para pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Produtos entregues dentro do prazo de validade;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de insumos de Nutrição:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Relacionamento entre cliente-fornecedor;
- Cumprimento de normativas legais de produtos específicos.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos Almoxarifado Geral:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Integridade e condições de embalagem;

- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Os materiais e produtos estão devidamente registrados nos órgãos e ou autarquias competentes (ANVISA, MS, INMETRO);
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos da Farmácia

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Temperatura dos insumos termolábeis.
- Produtos entregues dentro do prazo de validade
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores serviço em geral

- Número de profissionais conforme contratado;
- Substituição de profissionais em caso de faltas, período de férias e atestados;
- Cumprimento do cronograma de treinamento;
- Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (validade do C.A);
- Fornecimento de uniformes e crachás;
- Apresentação ao SESMT de documentos, referentes à segurança do trabalhador;
- Apresentação de documentação fiscal (Certificados, alvarás, licenças dentre outros);
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);

- Cumprimento do prazo de recolhimento e entrega do enxoval na rouparia e clínicas;
- Cumprimento do horário para servir as refeições;
- Prazo de atendimento para avaliação (laudo técnico);
- Prazo para apresentação dos orçamentos;
- Cumprimento dos prazos de conclusão dos serviços;
- Integridade física dos bens patrimoniais;
- Bens patrimoniais higienizado na devolução;
- Qualidade dos serviços fornecidos;
- Cumprimento das garantias dos serviços.

A avaliação de fornecedores e prestadores de serviços será definida como:

- SATISFATÓRIO para Produtos: Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- INSATISFATÓRIO para Produtos: Quando o resultado da avaliação for inferior a 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- SATISFATÓRIO para Serviços: Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- INSATISFATÓRIO para Serviços: Quando o resultado da avaliação for inferior a 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho.

Quanto à avaliação de critérios subjetivos que dependem de julgamento do Supervisor de Compras e/ou dos supervisores (de almoxarifado, farmácia e nutrição) ou executores dos contratos, esta, se dará através da apresentação escrita (e-mail ou ofício) dos questionamentos e da respectiva resposta do fornecedor/prestador de serviços.

Quando da ocorrência de não conformidades, o fornecedor/prestador de serviço será prontamente comunicado pelo executor do contrato, através de e-mail, para tomar ciência e providências no sentido de solucionar as falhas apontadas.

Quando a avaliação de insatisfatório se mantiver por mais de duas entregas, o fornecedor será oficiado e/ou notificado extrajudicialmente para apresentação de ações de correção da

não conformidade, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses.

Em se tratando de prestação de serviços, a comunicação feita via e-mail pelo executor do contrato sobre eventuais não conformidades, será para ciência e providências imediatas, podendo ser suspensa execução das atividades até a correção das falhas. Caso o problema persista e conforme os riscos envolvidos aos pacientes e profissionais, o prestador do serviço deverá ser oficiado e/ou notificado extrajudicialmente, devendo apresentar as ações de correção das não conformidades, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses, além das demais penalidades contratuais.

Os ofícios, notificações extrajudiciais e as comunicações de eventuais punições aos fornecedores/prestadores de serviços serão expedidas pelo INSTITUTO CEM.

QUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

Visitas Técnicas para Qualificação da Capacidade Técnica:

Quando da contratação e, a cada 02 (dois) anos, os fornecedores críticos receberão visitas in loco para avaliação da capacidade técnica para cumprimento das obrigações assumidas no contrato de compra e venda de produtos e/ou de prestação de serviços. Os fornecedores críticos são definidos pelos supervisores, executores de contratos, coordenadores de serviços e supervisão de compras. As visitas técnicas serão realizadas pelo executor do contrato e um profissional técnico, de acordo com a especificidade de cada setor.

No caso de fornecedores de fora do estado que forem acreditados, a visita técnica poderá ser dispensada, utilizando-se, apenas, avaliação documental.

Método de Qualificação da Capacidade Técnica

A avaliação será realizada in loco a partir da coleta de informações através de um checklist elaborado pela supervisão de cada setor. As notas variam de 0 (zero) a 10 (dez) pontos sendo:

1 Qualificado - entre 08 (oito) a 10 (dez) pontos ou entre 80% a 100%;

1 Necessita melhorias - entre 06 (seis) a 7,9 (sete inteiros e nove décimos) pontos ou entre 60% a 79%;

1 Não qualificado - abaixo de 06 (seis) pontos ou < 60%.

DESENVOLVIMENTO DE FORNECEDORES

O fornecedor que alcançar entre 06 (seis) e 7,9 (sete inteiros e nove décimos) pontos ou entre 60% e 79% será notificado, via e-mail, indicando as não conformidades e deverá apresentar plano de ação de melhorias para o cumprimento das exigências apontadas no relatório de visita técnica em até 15 (quinze) dias. O desenvolvimento das ações propostas será acompanhado pelos coordenadores dos setores e validado de acordo a metodologia de qualificação.

Ressalta-se que nos casos de fornecedores/prestadores de serviços críticos/estratégicos; ou seja, aqueles relacionados a fornecedor único (exclusividade de representação/assistência), importação e ausência de produto similar, bem como aqueles cuja ausência dos produtos ou serviços representem riscos para os pacientes e/ou profissionais e que tiverem avaliação abaixo de 6 (seis) pontos ou 60%, serão igualmente notificados e instados a apresentarem em até 15 (quinze) dias, plano de ação de melhorias para correção das não conformidades; sendo que a continuidade do fornecimento de produtos/serviços deverá ser acompanhada pelos supervisores/executores, visando a garantia da segurança dos pacientes e profissionais.

Objetivando desenvolver qualitativamente os fornecedores/prestadores de serviços que forem avaliados com pontuação inferior a 8 (oito) pontos ou 80% e fortalecer a cadeia de suprimentos, os supervisores/executores deverão:

- Dar suporte indicando a legislação aplicável a cada caso;
- Orientar sobre os critérios de avaliação utilizados;
- Apresentar as empresas com melhores desempenhos como referência para o aperfeiçoamento dos processos (benchmarking);
- Buscar novos fornecedores.

CRITÉRIOS DE DESQUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

As empresas contratadas poderão ser desqualificadas e impedidas de fornecer produtos e/ou serviços o INSTITUTO CEM sempre que ocorrer:

- Ausência de registro de materiais, equipamentos e medicamentos nos órgãos competentes;

- Ausência de registro da empresa nos órgãos competentes;
- Ausência de registro do responsável técnico da empresa no órgão de classe;
- Dificuldade ou impedimento de acesso às instalações do fornecedor para fins de Vistorias Técnicas;
- Pontuação abaixo de 6 (seis) na visita técnica (exceto fornecedores críticos/estratégicos);
- O não cumprimento do Plano de Ação de Melhoria apresentado;
- Descumprimento das garantias dos produtos e/ou serviços.

Nos casos de pareceres negativos emitidos pela equipe técnica do Hospital sobre produtos e serviços, a aquisição / contratação destes será suspensa, podendo as contratadas fornecerem os demais itens de seu portfólio. O mesmo se aplica às suspensões definidas pela ANVISA.

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE ENTREGAS DE MATERIAIS

O INSTITUTO CEM poderá planejar o manejo do estoque, conforme a demanda e disponibilidade de espaço. Para isso, poderá programar com os fornecedores prazos para entregas de grandes volumes, bem como para compras urgentes.

Esta programação será enviada aos fornecedores por meio de e-mail, com a devida antecedência.

Ao fornecedor cabe a responsabilidade de analisar criticamente o Edital – Termo de Referência – onde constará a Programação de Entregas. A não manifestação por parte d fornecedor indica a aceitação das condições estipuladas neste documento.

Sendo aceita a Programação de Entrega pelo fornecedor, as Ordens de Compra serão monitoradas pelos Indicadores de Avaliação dos Fornecedores.

GARANTIA DE ENTREGA DOS PRODUTOS E OU SERVIÇOS

A mora do fornecedor na entrega dos produtos em conformidade com as especificações exigidas ou acordadas autorizará o INSTITUTO CEM, de pleno direito e independentemente de qualquer formalidade extrajudicial ou judicial, a decidir-se por promover a devolução dos produtos / reexecução dos serviços, suportando o fornecedor, com exclusividade, todas as despesas, notadamente as de transporte e as fiscais, ou, postergar o pagamento dos produtos/serviços na proporção da mora incorrida pelo fornecedor na sua entrega.

Se o fornecedor, contrariando a previsão da Solicitação de Compra, antecipar a entrega dos produtos/serviços, poderá o INSTITUTO CEM, a seu critério, de pleno direito e independentemente de qualquer formalidade extrajudicial ou judicial, optar por promover a devolução dos produtos / reexecução dos serviços, suportando o fornecedor, com exclusividade, todas as despesas, notadamente as de transporte e as fiscais, ou efetuar o pagamento dos produtos de acordo com as condições previstas na Ordem de Compras.

A entrega de produtos / realização de serviços deverá ser efetuada no endereço estipulado, em local específico e horário previamente / estipulado na Ordem de Compra;

Caso o fornecedor não promova a entrega/realização do produto/serviço, no prazo ora acordado, poderá ser penalizado de acordo com o previsto no Regulamento de Compras e Contratações.

SEGURANÇA E HIGIENE DO TRABALHO

São requisitos obrigatórios e indispensáveis a todos os fornecedores os cumprimentos à legislação pertinente à Segurança do Trabalho.

Quando se tratar de produtos que necessitem de transporte especial deve-se atender à legislação vigente.

Em face disso, o INSTITUTO CEM adotará rígida disciplina, coibindo atividades ou ações que exponham a riscos as pessoas ou ambientes da Unidade.

CIÊNCIA – FORNECEDORES

Os fornecedores interessados em cotar seus produtos e serviços para o INSTITUTO CEM devem ter ciência e estarem de acordo com o "REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES", bem como desta POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES.

4.1.8.1 Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços E Alienações

Capítulo I

DA FINALIDADE

Art. 1° O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pelo

INSTITUTO CEM, com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas à unidade de Assistência à Saúde, bem como para regulamentar a alienação de bens.

§ 1º Na condição de Organização Social, qualificada no âmbito do Estado de Goiás por meio do Decreto nº 9.184/18, este regulamento se submete aos princípios constitucionais e da Administração Pública, com observância aos princípios da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

§ 2º O INSTITUTO CEM adotará procedimentos de compra, contratação de obras contratação de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento, sempre que os termos da legislação ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

§ 3º Os procedimentos deste regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do INSTITUTO CEM, bem como àqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

II. Contratação: vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. Obra: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrantes de execução de obra.

V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. Carta Cotação: documento formal emitido INSTITUTO CEM dando conhecimento público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, contendo todas as informações necessárias.

VII. Relatório de Compras: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VIII. Ordem de Compra: documento formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo da descrição detalhada do produto/serviço, unidade de medida, marca, quantidade, valor unitário e total, descontos, prazo de entrega, forma de pagamento, obrigações das partes e outras consideradas relevantes para a gestão do processo.

IX. Contrato: documento formal que em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. Aquisição/Contratação de Grande Vulto: refere-se àquela cujo valor total da aquisição/contratação ultrapassa a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais)

XI. Aquisição/Contratação Comum: refere-se àquela cujo objeto adquirido/contratado é usualmente comercializado no mercado, ou seja, cuja qualidade, medida e especificação técnica são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Aquisição/Contratação Complexa: refere-se àquela que exigem um grau de dificuldade que não são conhecidas no mercado, e/ou exigem uma personalização, com especificação técnica inédita para atendimento da necessidade do INSTITUTO CEM .

XIII. Aquisição/Contratação de Pequeno Valor: considera-se para todos os efeitos as aquisições de bens e contratações de serviços definidas de pequeno valor aquelas cujo valor estimado se limite a R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) e que em virtude de sua natureza (materialidade) não necessitam aguardar procedimento de maior formalidade, vedado o fracionamento de despesas.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Art. 3° Na operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento o INSTITUTO CEM deverá:

§ 1° Manter os registros referentes às compras/contratações em processos identificados e numerados cronologicamente, de forma a permitir a operacionalização dos procedimentos, rastreabilidade e auditoria do conteúdo dos mesmos.

§ 2° Determinar os responsáveis pela realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que permitam o adequado gerenciamento da contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.

§ 3° Manter distintas, em sua estrutura, as funções: COMPRA/CONTRATAÇÃC RECEBIMENTO e PAGAMENTO, descentralizando as respectivas tarefas e atribuições.

§ 4° Cumprir as rotinas estabelecidas, observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, divulgação e cumprimento dos prazos, sistemática de cotação, análise técnica e eleição da melhor proposta.

§ 5° Observar nas alienações, a necessidade, a possibilidade e a realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.

§ 6° Realizar procedimentos de registro contábil-financeiro das contratações de obras, serviços, compras e alienações, permitindo diferenciar a origem dos recursos, provenientes do Contrato de Gestão, em conformidade com as melhores práticas contábeis.

CAPÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

Art. 4º Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:

I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal com a descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.

II. Publicação da Carta Cotação com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares no sítio próprio do INSTITUTO CEM na internet, obrigatoriamente, podendo ainda publicar em plataforma eletrônica de compras, jornais de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás, de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas na Carta Cotação.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas na Carta Cotação e emissão de parecer técnico, quando for o caso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos na Carta Cotação, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das empresas que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do INSTITUTO CEM na internet, contendo o nome da empresa vencedora e o preço total da compra ou contratação.

Art. 5º A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço.

II. Especificações técnicas.

III. Quantidade e forma de apresentação.

IV. Documentação relativa a qualificação técnica, quando necessário.

V. Justificativa da compra ou contratação.

VI. Valor estimado.

§ 1º A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida à autorização do Diretor da Unidade e encaminhada ao INSTITUTO CEM .

§ 2º A indicação de marca ou fabricante, quando imprescindível, será admitida como mera referência.

§ 3º As compras e contratações no valor de até R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) poderão ser realizadas sem o valor estimado, seguindo o rito no art. 6º ou art. 15, desde que comprovada a compatibilidade de preço praticado no mercado, por meio de no mínimo três propostas de preços ou PR meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM, poderão ser utilizados como valor estimado.

Art. 6º O INSTITUTO CEM dará publicidade previa aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações comuns e de no mínimo 10 (dez) dias úteis para aquisições/contratações complexas ou de grande vulto nos seguintes canais de comunicação:

I. Sitio eletrônico do INSTITUTO CEM, www.institutocem.org.br, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquelas que foram realizadas por meio de plataform eletrônica de compras;

II. Diário Oficial do Estado, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 100.000,00 (cem mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

III. Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

§ 1º Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

§ 2º O INSTITUTO CEM divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e a forma de apresentaçã do preço entre outros.

§ 3º Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I, II e III deste artigo, deverão ser disponibilizadas no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM, as versões integrais das Cartas Cotações das aquisições/contratações a serem realizadas.

Art. 7º Para o recebimento das propostas o INSTITUTO CEM definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.

§ 1º A proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.

§ 2º No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos na Carta Cotação, o INSTITUTO CEM poderá solicitar a retificação da proposta, sob pena de desclassificação.

§ 3º O descumprimento de qualquer das condições impostas neste regulamento ensejará no não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 8º O Setor de Compras poderá determinar a análise técnica da proposta, que será realizada pelo solicitante do bem, serviço ou obra.

§ 1º Na análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição da Carta Cotação, facultando-se quando necessário para subsidiar a análise, solicitar do proponente informações complementares do bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.

§ 2º A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovado pelo INSTITUTO CEM, com as informações devidamente registradas no banco de dados próprio.

II. Quando por sua natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

§ 3º Quando as empresas orçarem produtos com marcas ainda não aprovadas e registradas no banco próprio, e o INSTITUTO CEM não puder aguardar o resultado da análise da amostra para aquisição em andamento, as empresas somente poderão fornecer para o INSTITUTO CEM em aquisições futuras.

Art. 9º Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade.

II. Preço.

III. Prazo de entrega.

IV. Faturamento mínimo.

V. Prazo de validade.

VI. Análise técnica.

VII. Durabilidade do produto/serviço.

VIII. Garantia do produto/serviço.

IX. Avaliação de fornecedores.

X. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega.

XI. Economia na execução, conservação e operação.

XII. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho.

XIII. Impacto ambiental.

XIV. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas.

XV. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem.

XVI. Comprovação de capacidade técnica nos casos de fornecimento de bens, serviços ou obras, especialmente aqueles que envolvam importação de matéria-prima ou equipamentos, detenham conhecimento técnico específico, se constitua em alta complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

§ 1° O INSTITUTO CEM a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito de indenização, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira e técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, relativo a entrega e qualidade dos produtos.

§ 2° Em busca da economicidade em suas compras/contratações o INSTITUTO CEM poderá, durante a análise das propostas, convidar as empresas habilitadas a apresentar novas propostas de preços, dando tratamento isonômico a todas as participantes.

§ 3° O Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com o intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

Art. 10 Para se habilitarem no certam os proponentes deverão apresentar os seguinte documentos:

I. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) dos representantes da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

VII. Prova de Regularidade com a Fazenda Federal, concernente aos tributos federais e à Dívida Ativa da União, por meio de "Certidão Conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN;

VIII. Prova de situação regular para com a Fazenda Estadual do Estado de Goiás, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

IX. Prova de situação regular para com a Fazenda Municipal da Sede do proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos aos tributos Municipais;

X. Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do CRC - Certificado da Regularidade do FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal;

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

§ 1º A documentação que tratam os incisos II e VI deste artigo poderá ser dispensada nos casos de aquisição/contratação via ordem de compra.

§ 2º A documentação de que tratam os incisos VII a XI deste artigo poderá ser dispensada nos seguintes casos:

I. Aquisições/contratações no valor de até o limite de R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais);

II. Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente colocar em risco de perecimento os bens jurídicos postos sob a tutela do INSTITUTO CEM, ou ainda impuser risco a saúde e/ou integridade física de pessoas ou pacientes;

III. Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade.

§ 3º Admitir-se como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

§ 4º As certidões negativas poderão ser apresentadas até a emissão do Relatório de Compras ou da comunicação interna direcionada ao Gerente Administrativo.

§ 5º O INSITITUTO INSTITUTO CEM aceitará o Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado – CADFOR, emitido pelo ComprasNet.GO, em substituição aos documentos determinados no caput deste artigo.

§ 6º É vedada a realização de aquisição/contratação sem qualquer comprovação da regularidade jurídica do terceiro, sendo recomendável a exigência dos documentos previstos nos incisos I ao VI deste artigo, notadamente aqueles obtidos pela internet. Entretanto, circunstâncias especificas da contratação podem possibilitar o cumprimento desse requisito por meio de outros documentos indicativos da existência e formalidade perante a ordem jurídica e o mercado em que atua.

Art. 11º Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma empresa habilitada, observando o valor estimado para a compra/contratação.

§ 1º Em caso de não restar nenhuma empresa habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termo do art. 6º.

§ 2º Persistindo a ausência de fornecedores habilitados, poderá ser realizada aquisição/contratação nos mesmos termos do parágrafo 2º do art. 15 deste Regulamento.

§ 3º A observância do valor estimado para a compra/contratação de que trata a parte final do caput será dispensada quando as propostas de preço comprovarem que o valor estimado esteja desatualizado ou fora da realidade do mercado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM, poderão ser utilizados como comprovação de preços de mercado, durante a fase de negociação.

Art. 12 Todas as compras ou contratações deverão ser autorizadas e efetivadas das seguintes formas:

I. Nos casos de ordem de compra serão autorizadas pelo Gerente Administrativo;

II. Nos casos de contrato pelo Gerente Administrativo previamente no Relatório de Compras e pelo Gerente Geral no Contrato;

III. As compras/contratações cujo valor global seja superior a R$ 100.000,00 (cem mil reais) serão autorizadas pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM, independente de convocação, sem prejuízo da autorização do Gerente Administrativo e Gerente Geral da Filial do INSTITUTO CEM .

§ 1º A autorização do Conselho de Administração poderá se dar ad referendum sempre que a autorização prévia não for possível.

§ 2º O Gerente Administrativo e Geral da Filial do INSTITUTO CEM, são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências, na assinatura dos Relatórios de Compras das Ordens de Compras e dos Contratos, facultando-se ao Gerente Geral a delegação de poderes por meio de instrumento administrativo próprio.

Art. 13 Os resultados de todas as compras/contratações, incluídas aquelas previstas no artigo 15, e as alienações serão disponibilizadas no sito do INSITUTO INSTITUTO CEM, durante a vigência do Contrato de Gestão, observadas as seguintes informações:

I. Nos casos de Ordem de compra

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Descrição do item.

d) Quantidade do item.

e) Valor total.

II. Nos casos de Contrato

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Objeto do contrato.

d) Vigência do contrato.

e) Valor mensal.

f) Valor total.

Parágrafo único – Os contratos e seus aditivos, também deverão ser disponibilizados integralmente no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM .

Art. 14 Concluída a compra ou contratação cumprirá as áreas competentes o recebimento do bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo.

II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes.

III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços.

IV. O Serviço de Engenharia Clínica é competente para o recebimento de serviço especializados realizados nos equipamentos médico-hospitalares e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais médico-hospitalares.

§ 1º Ficam os referidos Serviços, da mesma forma responsáveis em atestar a conclusão da Ordem de Compras ou do Contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

§ 2º Nos contratos celebrados pelo INSTITUTO CEM, bem como nas Ordens de Compras, devem constar a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas e/ou documentos equivalentes o número do Contrato de Gestão e seus aditivos a que a despesa se refere.

Art. 15 Ficam excepcionalizados da publicidade prévia disposta no art. 6º os seguintes casos:

I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objetos do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão.

II. Contratação com empresas cujo objeto tenha preço submetido a tabela controlada pelo governo, que não for possível o estabelecimento da concorrência.

III. Contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento.

IV. Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca.

V. Contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado.

VI. Contratação de empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de educação profissional, encaminhamento para pesquisa científica, tecnologia, Organizações Sociais, universidades nacionais ou estrangeiras.

VII. Aquisição/contratação cujo valor não exceda R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por ano, considerando o valor total da aquisição e/ou contratação vedado o fracionamento de despesas.

VIII. Aquisição/contratação realizada em caráter de urgência ou emergência, caracterizada pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração.

IX. Grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade do INSTITUTO CEM, reconhecidos pela administração.

X. Quando não acudirem interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do art. 6º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas.

XI. Aquisição/contratação que utilizar dos valores registrado em Atas de Registros de preços vigentes, para formalizar negociação diretamente com fornecedor vencedor e propor a contratação nos mesmos moldes do Poder Público contratante.

§ 1° Nas hipóteses dos incisos IV, V e VI deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 2º As compras ou contratações realizadas com fundamento nos incisos VII, VIII, IX e X deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a , no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrados no respectivo processo de compras/contratação ou comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para a validação do valor contratado.

§ 3º As compras ou contratações realizadas com fundamento no inciso XI deste artigo, poderão ser aplicadas somente nos casos em que a licitação tiver sido promovida por órgão ou entidade da União, dos Estados, ou do Distrito Federal, devendo constar no respectivo processo de compra/contratação a Ata de Registro de Preços que serviu de referência para negociação, bem como cópia de sua publicação na imprensa Oficial.

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16 O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos, e para compras e serviços onde não haja entrega imediata e facultativo nos demais casos em que o INSTITUTO CEM puder substituir por outros instrumentos hábeis.

§ 1º Entende-se por compras/contratações para entrega imediata, aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra.

§ 2º Ficam excepcionalizados da formalização de contratos os seguintes casos de compras/contratações:

a) Aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra;

b) Aquelas cuja contratação de serviços de engenharia seja de valor inferior a R$ 150.000,00.

c) Aquelas cuja aquisição de bem ou serviço, exceto de engenharia, seja de valor inferior a R$ 80.000,00

§ 3º Para os casos que se tratem as alíneas "a", "b" e "c" do § 2º, o instrumento contratual será substituído pela ordem de compra nos termos do inciso VIII do art. 2º deste Regulamento.

§ 4º A ordem de compra passará a ter efeito de contrato quando ostentar a expressa concordância através da assinatura do fornecedor no referido documento.

Art. 17 Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, por escrito, com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que estejam em conformidade com o instrumento de seleção e com a proposta a que se vinculam, devendo conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam necessariamente:

I. Qualificação das partes;

II. O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço ou do bem;

III. Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;

IV. O prazo de vigência do contrato;

V. Quantitativos;

VI. Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

VII. As penalidades cabíveis e, quando aplicável, os valores das multas;

VIII. Os índices de reajustes e, quando aplicável, as garantias;

IX. Os casos de rescisão;

X. Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§ 1º Os contratos firmados com o INSTITUTO CEM terão vigência inicial de até 12 meses, salvo as situações devidamente justificadas.

§ 2º Os contratos firmados poderão ser prorrogados até o limite total de 60 (sessenta) meses, devendo O INSTITUTO CEM, anualmente, nesses casos, comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade.

§ 3º Os contratos firmados com recursos oriundos de contratos de gestão, deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 4º A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas estabelecidas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

§ 5º As contratações realizadas por meio de contratos de adesão, à exceção daquelas em que houver monopólio ou exclusividade da atividade, deverão ser reavaliadas no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) meses, podendo, em casos excepcionais devidamente justificados, entender por um período não superior a 12 (doze) meses, com o objetivo de comprovar a vantagem da manutenção do contrato.

Art. 18 As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, deverão constar em termo aditivos.

Parágrafo único – Os contratos poderão ser aditados nas hipóteses de acréscimo que se fizerem necessários nas obras, serviços ou compras, até 25% do valor inicial atualizado, e no caso particular de reforma predial ou de equipamento, até o limite de 50%, e poderão ser suprimidos em qualquer quantidade.

Art. 19 O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento de seleção ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de contratar com o INSTITUTO CEM por prazo não superior a 1 (um) ano.

Art. 20 As relações contratuais estabelecidas pelo INSTITUTO CEM com seus fornecedores e prestadores de serviços devem prever a obrigação de que as partes ajam de modo leal, responsável e probo, além de perseguir a boa-fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

CAPÍTULO VII

DOS PROCEDIMENTOS DE ALIENAÇÃO

Art. 21 Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do INSTITUTO CEM por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com a Secretaria de Estado de Saúde, do Estado de Goiás, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

Parágrafo Único: O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

Art. 22 A alienação de bens de que trata o art. 20 se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pela Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser proposta pelo Gerente Administrativo, e confirmada pelo Gerente Geral e pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM .

§ 1° Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

§ 2° A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverá ser precedida de autorização da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Art. 23 Os bens imóveis pertencentes ao Estado de Goiás dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo INSTITUTO CEM com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art. 24 Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao INSTITUTO CEM por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM e pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás em conformidade com o disposto no inciso VIII, do art. 4º e parágrafo único, do art. 17, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 26 É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Art. 27 É vedado ao INSTITUTO CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Art. 28 O INSTITUTO CEM reserva-se o direito de revogar o processo d aquisição/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo, antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

Art. 29 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 30 Este Regulamento entrará em vigor após a sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

Goiânia-GO, 03 Janeiro de 2019.

_____

Thadeu de Morais Grembecki

Presidente do Conselho de Administração

O almoxarifado é um importante setor das empresas, sejam públicas ou privadas, e consiste no lugar destinado à armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno. O tema é uma das principais matérias de estudo no campo da administração.

1. Histórico

O almoxarifado se constituía em um depósito, quase sempre o pior e mais inadequado local da empresa, onde os materiais eram acumulados de qualquer forma, utilizando mão-de-obra desqualificada. Com o tempo surgiram sistemas de manuseio e de armazenagem bastante sofisticados, o que acarretou aumento da produtividade, maior segurança nas operações de controle e rapidez na obtenção das informações. O termo Almoxarifado é derivado de um vocábulo árabe que significa "depositar".

2.Conceituação

Almoxarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna acondicionada à política geral de estoque da empresa.

3. Funções

Assegurar que o material adequado esteja, na quantidade devida, no local certo, quando necessário;

Impedir que exista divergência de inventário e perda de qualquer natureza;

Preservar a qualidade e as quantidades exatas;

Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

4. Eficiência no almoxarifado

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente:

Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;

Do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas;

Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

5. Outros conceitos sobre almoxarifados

Analisando o organograma funcional de um almoxarifado podemos resumir as suas principais atribuições:

Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela empresa;

Entregar os materiais mediante requisições autorizadas aos usuários da empresa;

Manter atualizados os registros necessários.

Controle:

Embora não haja menção na estrutura organizacional do almoxarifado, o controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja recebimento, armazenagem e distribuição.

O controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

Recebimento:

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais é módula de um sistema global integrado, com as áreas de contabilidade, compras e transportes, e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

O recebimento compreende quatro fases:

1ª fase: Entrada de materiais;

2ª fase: Conferência quantitativa;

3ª fase: Conferência qualitativa;

4ª fase: Regularização.

Armazenagem:

Ao guardar materiais no almoxarifado, são necessários alguns cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

FASES DESCRIÇÃO

1ª fase Verificação das condições de recebimento do material

2ª fase Identificação do material

3ª fase Guarda na localização adotada

4ª fase Informação da localização física de guarda ao controle

5ª fase Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento

6ª fase Separação para distribuição

Distribuição: Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

Documentos Utilizados:

São utilizados os seguintes documentos no Almoxarifado para atendimento das diversas rotinas de trabalho:

Ficha de controle de estoque (para empresas ainda não informatizadas): documento destinado a controlar manualmente o estoque, por meio da anotação das quantidades de entradas e saídas, visando o seu ressuprimento;

Ficha de Localização (também para empresas ainda não informatizadas): documento utilizado para indicar as localizações, através de códigos, onde o material está guardado;

Comunicação de Irregularidades: documento utilizado para esclarecer ao fornecedor os motivos da devolução, quanto os aspectos qualitativo e quantitativo;

Relatório técnico de inspeção: documento utilizado para definir, sob o aspecto qualitativo, o aceite ou a recusa do material comprado do fornecedor;

Requisição de material: documento utilizado para a retirada de materiais do almoxarifado;

Devolução de material: documento utilizado para devolver ao estoque do almoxarifado, as quantidades de material, porventura, requisitadas além do necessário.

O profissional escolhido para cuidar das mercadorias e documentos deve possuir alto grau de sentimento de honestidade, lealdade, confiança e disciplina.

4.1.8.2 Funcionamento do Almoxarifado

O setor de almoxarifado exige o controle do estoque (quantidade, reposição, armazenagem, validade, controle do uso, etc.), mercadorias e produtos (de limpeza, de escritório, serviços, etc.), aquisição (levantamento de preços, pesquisa de fornecedores, registro das compras feitas e a fazer, arquivamento de notas) e outras tarefas afeitas ao almoxarife ou estoquista. Estas funções necessitam observar critérios de racionalização, acondicionamento, localização, precisão, padronização, indicadores e documentação.

Na racionalização do almoxarifado deve-se ter em conta o cálculo das quantidades de produtos que se deve possuir em estoque.

No acondicionamento deve-se buscar a otimização das distâncias entre o local de estocagem e onde será usada, a adequação do espaço de guarda com o melhor uso de sua capacidade volumétrica.

Para a localização deve-se observar a facilidade em se encontrar aquilo que é procurado, através de etiquetagem, por exemplo, a fim de se evitar a entrega errônea de material, o que acarreta problemas no controle, tempo desperdiçado, etc.

Precisão de operação implica na exatidão das informações de controle com a realidade dos bens armazenados. A inexatidão dos dados provoca falhas de contabilidade, fornecimento, dentre outras.

Os materiais do almoxarifado devem ser padronizados, para fins de melhor controle das compras (fornecimento), e evitar falhas como a duplicidade de itens no registro.

O setor deve apresentar os indicadores de suas atividades, como relatórios de eficiência, fim de proporcionar otimização do gerenciamento, controle do histórico dos itens, etc.

Documentação implica na confecção do manual técnico de almoxarifado, em que se defina de modo preciso as normas de identificação dos produtos, inventário, inclusão de novos itens, entre outros.

4.1.8.3 Logística de Materiais de Saúde: Estoque, Almoxarifado E Transporte Seguros

Na logística, é fundamental que alguns critérios sejam estabelecidos e que se tenha atenção a alguns cuidados no estoque, almoxarifado e transporte de produtos. Mas, antes de iniciar nossa conversa, vamos esclarecer alguns pontos:

O almoxarifado deve conservar os materiais de saúde e assegurar que estejam adequados, na quantidade e no local certos, quando necessário, além de também impedir que tenha, divergências de inventário e perdas de qualquer natureza.

Ao colocar os materiais em um almoxarifado, o cuidado é comparado ao funcionamento de um banco, com entrada para estoque, ficha de depósito bancário, nota fiscal de compra, saída do estoque, cheque, requisição de material. A sua eficiência depende da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do aumento do número de viagens de ida e de volta, além do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas e da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

O controle precisa fazer parte das atribuições de cada setor envolvido no organograma funcional, seja recebimento, armazenagem e distribuição, fornecendo as quantidades que estão à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

O recebimento dos materiais de saúde inicia na recepção junto ao fornecedor até os estoques, integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e funcionando como suporte entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. No recebimento, é possível observar quatro fases: entrada de materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- verificação das condições de recebimento do material
- identificação do material
- guarda na localização adotada
- informação da localização física de guarda ao controle
- verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

Nas rotinas de trabalho do almoxarifado, os documentos utilizados frequentemente são: ficha de controle de estoque, ficha de localização, comunicação de irregularidades, relatório técnico de inspeção, requisição de material e devolução de material.

RECEBIMENTO

As atribuições para o recebimento basicamente são em quatro fases: entrada de materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização. Para a entrada de materiais, primeiramente a recepção dos veículos de transporte marca o início do processo de recebimento e precisa de uma triagem da documentação suporte do recebimento, além da verificação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, está autorizada pela empresa, assim como a constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual e se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal, cadastramento das informações referentes a compras autorizadas no sistema, e encaminhamento dos veículos para descarga.

As irregularidades e divergências constatadas em relação às condições de contrato, e sendo insanáveis, devem ser motivo de recusa do recebimento, incluindo anotações sobre as circunstâncias no verso da nota fiscal.

Para prosseguir com o recebimento dos materiais de saúde, é preciso efetuar o cadastramento dos dados atualizando os sistemas: Sistema de Administração de Materiais e gestão de estoques, Sistema de Contas a pagar e Sistema de Compras.

CONFERÊNCIAS DE MATERIAIS DE SAÚDE

Aqui temos as conferências em duas frentes: quantitativa e qualitativa.

A Quantitativa certifica se a quantidade de materiais declarada pelo fornecedor na nota fiscal corresponde à quantidade recebida. A confrontação do material recebido e do material faturado é efetuada posteriormente pelo regularizador que providenciará a recontagem. Essa recontagem pode seguir o método manual, para pequenas quantidades; por meio de cálculos, em embalagens padronizadas com grandes quantidades; balanças contadoras pesadoras, em grande quantidade de pequenas peças; pesagem, quando forem materiais de maior peso ou volume; medição por trenas.

A conferência Qualitativa garante a adequação do material ao seu fim, com uma análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica, confrontando as condições contratadas na Autorização de Fornecimento com as consignadas na Nota Fiscal pelo Fornecedor. E para que o recebimento dos materiais seja de acordo com o contratado, são examinados os seguintes itens: características dimensionais, características específicas e restrições de especificação.

ARMAZENAGEM DE MATERIAIS DE SAÚDE

A utilização ideal do espaço disponível para armazenamento dos materiais necessita de uma análise das cargas, dos níveis de armazenamento, das estruturas para armazenagem e dos meios mecânicos que serão utilizados.

Conforme as características do material de saúde a ser armazenado, os critérios podem seguir alguns parâmetros, como: fragilidade, combustibilidade, volatilização, oxidação, explosividade, intoxicação, radiação, corrosão, inflamabilidade, volume ,peso, forma.

A disposição dos materiais não é definida por regras taxativas e por isso é preciso analisar os parâmetros acima para escolher a alternativa mais conveniente que melhor atenda ao fluxo de materiais, como: armazenamento por tamanho, armazenamento por frequência,

armazenamento especial, armazenamento em área externa, coberturas alternativas quando não é possível a expansão do almoxarifado.

Para otimizar a localização de materiais, é preciso estabelecer os meios necessários que facilitem as operações de movimentação e estocagem. Os sistemas de endereçamento ou localização dos estoques que podem ser considerados são o sistema de endereços fixos e o sistema de endereços variáveis.

Classificar e codificar os materiais facilitam o processo posteriormente, pois o acesso às informações estará mais claro e prático. E com a tecnologia, a identificação de materiais está sendo revolucionada, automatizando os processos para acelerar o seu manuseio.

ORGANIZAÇÃO INTERNA

A Unidade de Almoxarifado, no que se refere a sua organização interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuários procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operação, utilização do espaço e informação.

FUNCIONAMENTO

Os horários de expediente dos Almoxarifados para fins de atendimento e liberação de materiais serão:

Entrada de Materiais

O local de recebimento físico dos itens, como regra, será sempre o depósito do Almoxarifado Geral, apenas. Em nenhuma circunstância os materiais poderão ser recebidos outros setores diferentes do descrito acima.

De acordo com a IN 205/88, o "recebimento é o ato pelo qual o material encomendado é entregue ao órgão público no local previamente designado, não implicando em aceitação. Transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor ao órgão recebedor".

Como pode ser observado, o recebimento é o ato prévio à aceitação do material, transferindo apenas a responsabilidade pela guarda e não se confundindo com a aceitação. Temos neste caso o recebimento provisório. Para que o recebimento não ocasione problemas futuros, deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. Ainda, de acordo com a supracitada IN, são documentos hábeis para o recebimento das mercadorias:

- Nota Fiscal, Fatura e Nota fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à Permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- Guia de Produção.

Conformidade Nota Fiscal

A maior parte das entradas será realizada através de Nota Fiscal de venda, sendo esta, portanto, instrumento de maior necessidade de estudo. Como verificação inicial e imprescindível para o recebimento da mercadoria, deverão ser verificados os dado constantes no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas), razão social, endereço, número da nota de empenho, as informações do transportador, quantidade de volumes, espécies, número de lote, prazo de validade, dentre outros. Segundo a IN 205/88, constarão, necessariamente, as informações: descrição do material, quantidade, unidade de medida, preços (unitário e total).

Conferência de Volumes

O quantitativo relatado na Nota Fiscal deve conferir com os volumes efetivamente entregues.

Como em alguns casos é inviável a contagem unitária de todos os componentes no ato da entrega, principalmente quando estes quantitativos forem demasiadamente elevados, deve-se atentar aos volumes (pacotes, caixas) os quais foram entregues, adotar procedimentos com metodologia devidamente justificada para fins de realização de contagem, dentre outras alternativas. recusado de imediato. Se não houver indícios de danos ao conteúdo da embalagem, pode ser aceito, entretanto o fato deve constar no termo de recebimento provisório.

Entrega de produto errado: Havendo divergência completa entre o material a ser entregue e o relatado na Nota Fiscal, o recebedor deverá recusar a entrega, informando o licitante acerca do ocorrido, sempre via correio eletrônico (e-mail) corporativo.

Regularização de Inconformidades

A responsabilidade de regularizar todas e quaisquer inconsistências no produto a ser entregue é do fornecedor, sendo, inclusive, obrigado a arcar com os custos logísticos de substituição e envio do produto correto.

Havendo problemas na entrega do material solicitado, o responsável pelo atesto definitivo deverá anotar preferencialmente em formulário padrão do Almoxarifado os problemas encontrados que impossibilitam o aceite. Após o preenchimento do termo, a Unidade de Almoxarifado entrará em contato com o fornecedor para corrigir o problema encontrado. Todas as tratativas entre Almoxarifado e fornecedor devem ocorrer por intermédio de e-mail institucional.

Comunicação Formal de Chegada

No ato do recebimento, conforme já mencionado, é transmitida apenas a responsabilidade pela guarda dos bens, até o aceite definitivo. Neste momento (recebimento provisório), o setor de Almoxarifado deve proceder a comunicação formal de chegada dos materiais ao setor demandante ou área técnica responsável no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, através de notificação via correio eletrônico e agendamento de data para conferência. A partir do conhecimento, o setor técnico/demandante ficará responsável pelo aceite da mercadoria, procedendo e firmando o aceite definitivo.

No corpo do e-mail e no agendamento deverá constar o prazo para recebimento definitivo, a localização física do material, a área responsável pelo aceite e as implicações que o não recebimento no prazo pode ocasionar. O setor de Almoxarifado deve obter confirmação de que o e-mail ou memorando foi recebido pela área técnica responsável.

Com relação ao fato de, ocasionalmente, não ocorrer o aceite definitivo dentro do prazo estipulado, deve constar no corpo da mensagem que neste caso será aberto processo de pagamento de ofício, independente de aceitação técnica.

Isso deve ocorrer pois o fornecedor não deve arcar com os custos da inércia da Administração,

respeitando a razoável duração do processo administrativo. Neste caso, o setor técnico/demandante que ensejar no aceite tácito ficará sujeito a apuração de responsabilidade.

Recebimento definitivo

Após a constatação da área técnica de que os bens correspondem de fato ao que foi aceito no certame licitatório, ou que foi acordado previamente, surge o recebimento definitivo. A partir deste momento, a Instituição reconhece a entrega nos conformes, e autoriza o pagamento do material entregue.

O responsável pelo recebimento definitivo é a área técnica ou demandante, dependendo do caso.

No caso de itens de almoxarifado, a área técnica será confundida com o próprio Setor, representado por responsável pelo recebimento e, neste caso, o recebimento provisório e o definitivo deverão ser realizados por servidores diferentes.

Com relação ao recebimento definitivo na Administração Pública, a IN 205/88 entende como exame qualitativo, que poderá ser realizado através de técnico especializado ou comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o encarregado do almoxarifado, nos moldes da referida IN.

Acerca deste aspecto, os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 01(um) dia, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado.

Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Diante da omissão da Administração em atestar o recebimento da mercadoria, tem-se o recebimento tácito, conforme já mencionado. Nesta hipótese, extinguindo o prazo para atesto, o Almoxarifado deverá, de ofício, relatar o ocorrido, quer seja a omissão da área técnica/demandante, e apontar o recebimento tácito, encaminhando o referido processo para pagamento, pois o particular contratante não pode arcar com a inércia injustificada da Administração, ressalvando-se a possibilidade de caso fortuito ou força maior. Caberá, nes caso, apuração de responsabilidade.

Destinação do bem

O bem definitivamente recebido será encaminhado ao setor demandante mediante registro de saída do material, exceto os materiais que irão compor o estoque da Unidade de Almoxarifado. Para os bens que por algum motivo deverão permanecer sob guarda temporária do Almoxarifado, será criado o "Almoxarifado Especial", que será o local reservado para a custódia dos bens até a entrega definitiva.

Entrada para o estoque

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os itens de almoxarifado, ou seja, os itens de uso comum do Hospital . Para estes serão realizadas entradas para composição do estoque, restrito ao gestor de tais itens.

Entrada com saída imediata

Para os bens com demanda líquida e certa, cuja função do Almoxarifado for apenas o de recebimento, serão dadas entradas com saída imediata, sendo o material entregue diretamente ao demandante mediante registro de saída do material.

Transporte

O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas. O pessoal de transporte deve ser treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade:

Evitar exposição dos produtos ao calor excessivo;

Usar veículo fechado;

Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou à chuva;

Não deixar o veículo estacionado ao sol;

Manusear a carga com cautela;

Realizar o transporte adotando velocidade e manobras compatíveis com o tipo de carga a ser transportado.

Itens de segurança

A Unidade de Almoxarifado é destinada à estocagem de materiais e produtos para a saúde e em suas dependências trabalham inúmeros colaboradores. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere a situação dos extintores.

Em síntese, deverão ser adotados procedimentos no intuito de verificar se o extintor está na validade adequada, visualizar se está carregado, observar se o acesso não está obstruído, dentre outros. O cilindro nunca deve estar amassado ou enferrujado, devendo conter o selo do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A constatação de situações e adoção de procedimentos que comprometam a segurança dos profissionais que atuam no local deve ser relatada a chefia imediata mediante a confecção

de documento para fins de posterior encaminhamento à USOST (Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho).

Mapa de risco

Conforme a Portaria NR 05, de 17 de agosto de 1992, do Ministério do Trabalho e Emprego, a elaboração do Mapa de Riscos é obrigatória para empresas com grau de risco e número de empregados que exijam a constituição de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

O Mapa de Riscos da Unidade de Almoxarifado será a representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devend ser afixado em locais acessíveis e de fácil visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitem pelo local.

Limpeza e Conservação

Os locais de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados (local específico para este fim).

Os resíduos deverão ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem.

Gestão de materiais

A gestão dos estoques deve ser baseada em dados e relatórios que possibilitem a melhor utilização dos recursos disponíveis visando a melhor alocação destes entre materiais permanentes e de consumo, sempre visando a segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Itens de alto custo/risco

Como forma de prevenção de danos ou eventuais furtos, será destinada uma sala exclusiva para o acondicionamento de itens de alto custo/risco, que por razões de alto valor ou de facilidade de danos ou furtos, terá seu acesso restrito.

O acesso às salas será restrito ao Chefe da Unidade de Almoxarifado, e nas suas ausências, por um substituto. Todo e qualquer acesso será registrado pelos seguranças patrimoniais e

Atividade de suprimentos em consonância com a IN/NR 205, de 08 de abril de 1988, em seu tópico "racionalização", a responsabilidade de ressuprimento dos itens essenciais de uso comum será centralizada no Almoxarifado, através de reposições constantes dos itens, mantendo o estoque necessário para atender a Unidade de Saúde em suas atividades.

Cabe ressaltar que a Unidade de Almoxarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da Instituição. Os bens de uso e consumo para os Setores de Laboratórios, Lavanderia, Hotelaria, Nutrição (uso e consumo imediato) dentre outros, ficarão sob responsabilidade, controle e tutela dos respectivas Setores, ocasião em que a Unidade de Almoxarifado somente será responsável pela guarda dos bens para melhor utilização dos espaços físicos, quando necessário e mediante justificativa.

Mutirões de cirurgias, projetos, alteração de procedimentos que acarretem alteração relevante de consumo, dentre outras circunstâncias que demandem grande vulto de materiais e/ou que fogem a demanda normal deverão, necessariamente, ser inseridos no planejamento de ressuprimento do Almoxarifado com antecedência.

Nesse caso, deverá haver planejamento e comunicação prévia para fins de viabilizar as aquisições, respeitando um prazo razoável mínimo de 30 (trinta dias) para adoção dos trâmites administrativos/burocráticos necessários.

Distribuição

Ao receber os produtos o responsável procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, a Unidade de Saúde ou Administrativa deverá comunicar formalmente o almoxarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pela Unidade de Saúde ou Administrativa, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, esta deverá devolver os itens.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome da Unidade de Saúde ou Administrativa, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pela Unidade de Saúde ou Administrativa. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução

Na entrega, o servidor da Unidade de Saúde ou Administrativa, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais expedido pela Unidade de Saúde ou Administrativa, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída.

Inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto à sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada na própria Unidade de Saúde ou Administrativa para eventuais conferências/fiscalizações.

Estoques de bens de consumo comum

Os bens de consumo comuns essenciais a toda comunidade de Assistência à Saúde e administrativa serão mantidos com estoques que atendam às demandas do HC, sempre com uma projeção de abastecimento de, pelo menos, 3 (três) meses. A lista dos materiais considerados de consumo comuns será taxativa e poderá ser revista sempre que houver a necessidade de inclusão ou supressão de itens.

Para a referida lista, a área responsável pelo gerenciamento e reposição dos estoques será a Unidade de Almoxarifado e/ou o Setor de Padronização de Materiais, não senc necessário, portanto, requisição para compra por outras unidades. Acerca destes itens será utilizada a estratégia de ressuprimento sempre que o estoque atingir o mínimo determinado no sistema.

Não serão mantidos estoques ou atas de registro de preços, sendo a aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros, nos moldes apresentados pelo Setor de Padronização de Materiais.

Aquisições de materiais para o estoque

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de

consumo, para fins de reposição de estoque. O almoxarife (sob a figura dos responsáveis) efetua o pedido, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender, satisfatoriamente, as necessidades dos setores requisitantes, até a compra de nova remessa.

Para tanto, deve-se pesquisar a saída de materiais durante o período de um ano e requisitar a quantidade necessária para atender por no mínimo 03 (três) meses, sempre observando o disposto no item 2.5 da IN/NR 205, de 08/04/1988, que menciona que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso e também aqueles propensos ao obsoletismo.

Manutenção dos estoques

A movimentação dos materiais deve sempre ser realizada com máxima cautela e segurança, a fim de evitar perdas de materiais e acidentes de trabalho. Para que o manuseio seja efetuado de forma segura, alguns pontos devem ser destacados e observados, obrigatoriamente, por todos os responsáveis:

Os materiais paletizados com maior peso deverão ser alocados no chão, apenas sobre o pallet;

Não é permitido o acondicionamento de caixas, materiais ou embalagens diretamente no solo, visto que a umidade danifica toda a proteção e pode, inclusive, danificar o bem;

Materiais de mesma natureza deverão ser alocados próximos nas prateleiras para facilitar a localização e o inventário;

Não é permitido estocar materiais, mesmo que provisoriamente, nos corredores, áreas livres ou áreas demarcadas para outros fins. As áreas de circulação deverão sempre permanecer livres;

O empilhamento dos materiais não deve incorrer em riscos para os trabalhadores, além de preservar as características dos materiais, levando em consideração a pressão ocasionada no empilhamento;

Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT-NBR) 14725-4:2009;

Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;

Materiais estranhos ao pertencente ao HC não devem permanecer, em hipótese alguma, no prédio;

Materiais inservíveis ou em desuso deverão ser separados para desfazimento;

Produtos mais antigos ou com prazos de vencimento menores deverão ser entregues primeiro.

Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada unidade gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício. A contagem compreenderá o universo de 100% dos itens, a fim de levantar informações acerca do andamento do controle dos materiais e sua realização dar-se-á através de comissã especialmente designada por Portaria específica para o inventário;

Inicial: realizado quando da criação de uma unidade gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;

De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma unidade gestora;

De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da unidade gestora;

Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade gestora ou por iniciativa do órgão fiscalizador.

Objetivos dos inventários

O inventário de bens materiais de uso e consumo terá como objetivos:

Verificar a existência e localização dos bens, possibilitando a atualização dos termos de responsabilidade e contribuindo para uma melhor eficiência e transparência da gestão patrimonial;

Permitir a confrontação entre os registros de movimentação de bens e os registros do Sistema

Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI);

Fornecer subsídios para melhorar a eficiência da gestão patrimonial permitindo melhor planejamento, avaliação e controles gerenciais dos materiais permanentes, mantendo constantemente atualizados os devidos registros;

Confirmar as responsabilidades dos gestores das unidades pela guarda dos bens patrimoniais;

Informar o estado de conservação dos bens e materiais;

Confirmar os agentes responsáveis pelos bens.

Constituição da comissão de inventário

Os inventários de almoxarifado são realizados por comissão, composta por, no mínimo, 3 (três) servidores titulares e seus respectivos suplentes, nomeados pela Superintendência deste Hospital, preferencialmente, do quadro permanente, com conhecimentos técnicos específicos e grau de instrução adequado. Os servidores nomeados devem pertencer a unidades distintas.

Entre os membros da Comissão de Inventário, será designado um servidor, preferencialmente com experiência na área de Administração de Material, para presidir os trabalhos da Comissão.

Trabalhos da comissão de inventário

A comissão de inventário, de posse do ato de designação, comunicará, formalmente, às unidades a serem inventariadas, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, da data e hora de início de seus trabalhos.

Na comissão de inventário anual do Almoxarifado, é vedada a participação de mais de um servidor da Unidade de Almoxarifado, não podendo esse ocupar a Presidência da referida comissão.

Na realização dos inventários analíticos a comissão também deverá direcionar os seus trabalhos à verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos bens pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso na unidade.

Comissão permanente de avaliação, destinação e desfazimento de bens Após a realização dos trabalhos pela Comissão de Inventário, esta deverá elaborar relatório circunstanciado e fundamentado da avaliação, recomendando a destinação dos bens por meio de ata da Comissão subscrita por todos os membros.

Além disso, deverá repassar as informações para fins de que a Comissão Permanente de Avaliação e Destinação e Desfazimento de Bens possa realizar seus trabalhos no sentido de indicar a destinação para os bens que forem considerados inservíveis para a Administração.

Ademais, deverão avaliar os bens passíveis de desfazimento, classificando-os como ociosos, recuperável, antieconômico ou irrecuperável, recomendando o leilão, a cessão, a doação ou o abandono, conforme estabelece a legislação vigente.

O procedimento para o desfazimento de bens deverá ser efetuado mediante abertura de processo administrativo, devidamente autuado com anuência da Superintendência, ocasião em que cópia deste documento será arquivado na Unidade de Almoxarifado.

Publicidade dos atos

Procedida a realização de inventários, mesmo rotativos, os relatórios pertinentes ao balanço dos estoques das Unidades de Almoxarifados, e o balanço patrimonial dos itens deverão ser publicados, haja vista a necessidade de atender a publicidade aos atos administrativos e de gestão, e ao mesmo tempo possibilitar, com isso, o conhecimento e a fiscalização da legitimidade de seus atos pelos administrados.

Empréstimo

Às vezes o empréstimo entre as instituições públicas é uma solução imediata para evitar o desabastecimento ou para evitar perdas. Deve ser realizado somente após autorização da chefia imediata e mediante consulta e autorização escrita e justificada da parte envolvida. Deve-se informar o item, a quantidade, prazo para devolução, o lote e o prazo de validade do material em questão.

Deve seguir os mesmos fluxos de entrada e saída no controle de estoque, identificando a procedência. Os documentos relacionados ao empréstimo devem ser mantidos organizados, assinados, datados e arquivados, identificando assim a movimentação efetuada.

Em nenhuma hipótese serão fornecidos materiais pelo almoxarifado com a finalidade de empréstimo a instituições privadas. A Unidade de Almoxarifado não reconhecerá e tampouco autoriza empréstimos (concedidos/recebidos) realizados pelos setores assistenciais e/ou integrantes de equipes que não sejam afetos as Unidades de Almoxarifado.

Doações

A doação de material pode trazer benefício para os serviços de saúde, principalmente em situações de emergência, nas quais o abastecimento dos itens esteja prejudicado. No entanto, é preciso atentar para o fato de que em algumas situações as doações podem constituir problema para os serviços receptores. Como por exemplo, o recebimento de material médico não-padronizado no HC ou ainda em quantidade superior ao consumo do serviço até o final do prazo de validade, itens misturados ou quebrado, dentre inúmeros problemas que podem acontecer quando as doações não seguem orientações previamente estabelecidas.

O doador deve informar o receptor sobre todos os materiais que estão sendo considerados no processo de doação. A informação deve ser clara e detalhada sobre quantidades, apresentações, prazos de validade, dentre outros.

Princípios para doação

As doações devem atender a princípios que servirão de linha de julgamento para a decisão por parte do receptor sobre a aceitação ou não da doação, principalmente para as situações não previstas por estas diretrizes.

Devem ser avaliados sempre que houver oferta para a doação de produtos para a saúde. A observância dos mesmos evita que sejam aceitas doações que possam vir a configurar problemas mais sérios para os serviços de saúde.

O doador deve arcar com o custo de transporte e demais custos que por ventura surjam, até a entrega definitiva do material no local identificado pelo receptor, a menos que seja acordado o contrário.

Oferecer benefício máximo ao recebedor (as doações de itens não solicitadas devem ser desencorajadas);

O doador deve respeitar a vontade e a autoridade do recebedor;

Não deve haver nenhuma dúvida sobre o padrão de qualidade dos materiais/itens doados (se a qualidade do produto é inaceitável para que o mesmo seja comercializado, também será inaceitável para que seja utilizado pelos serviços públicos de saúde);

A comunicação entre o doador e o receptor deve ser efetiva, ou seja, as doações devem se basear na necessidade expressa do receptor e não devem ser realizadas sem o seu conhecimento.

INDICADORES DE GESTÃO -ALMOXARIFADO

A Unidade de Almoxarifado deverá procurar estabelecer um indicador de problemas apresentados e monitorá-lo ao longo do tempo, tais como:

Tempo de resposta do serviço;

Tempo de execução;

Quantidade de reclamações dos clientes;

Solicitações por cliente;

Quantidade de erros;

Entrega de material errado;

Entrega na quantidade errada;

Entrega de material sujo ou sem condições de uso;

Entrega fora do prazo especificado;

Demora na entrega;

Material entregue sem identificação;

Descortesia na entrega.

Desempenho

A falta de indicadores de desempenho, e de relatórios de apoio à gerência dificultam o controle do almoxarifado e impedem a tomada de decisão eficiente. A inexistência de relatórios de controle de movimentação impede consultas históricas sobre a utilização de cada item (kardex), dificulta a análise de consumo para estabelecer políticas de compras e impede a observação dos prazos de ressuprimento.

Acurácia

A diferença entre a quantidade de peças de um item existente no almoxarifado e àquelas registradas no sistema de gerenciamento de estoque constitui um grave problema de integridade e confiabilidade de dados.

Este fato ocorre devido à falha no registro, seja na entrada ou na saída de materiais, além de

digitação e baixa incorreta do código do material. Desta feita, a falta de acurácia no almoxarifado provoca erro no setor de escrituração, contabilidade, estoques e no custo dos setores.

ACESSO AO ALMOXARIFADO

O acesso à Unidade de Almoxarifado será restrito aos agentes públicos e colaboradores terceirizados, previamente identificados e autorizados, apenas. De igual forma, o acesso ao depósito dos bens que compõem os estoques do Almoxarifado será restrito estritamente para manutenção, guarda e acondicionamento dos mesmos, não podendo quaisquer agentes públicos ou colaboradores terceirizados adentrar no depósito, alterar a localização física, retirar ou inserir bens sem prévia autorização da Chefia da Unidade de Almoxarifado.

Todas e quaisquer entradas e saídas de materiais e bens patrimoniais no depósito serão registradas, não se admitindo que outro setor, agente público ou colaborador registre a entrada ou sua saída no sistema, ou até mesmo retire o bem do depósito sem prévia anuência da Chefia da Unidade de Almoxarifado.

SEGURANÇA PATRIMONIAL

O primeiro alvo da ação de invasores é, com certeza, o almoxarifado, pois é neste local que se encontram objetos de maior valor. É importante intensificar a guarda por esse ambiente com seguranças patrimoniais, câmeras de monitoramento em pontos estratégicos, além de mantê-los sempre bem fechados, seguro e com acesso restrito apenas aos funcionários autorizados.

RISCO DE INCÊNDIO

Deverá haver rotina interna estabelecida para vistorias periódicas e manutenção de equipamentos contra incêndio, verificar prazos de validade e necessidade de recarga, além de adoção de medidas que visem mitigar fragilidades que denotem riscos à proteção patrimonial.

Ademais, a utilização desses equipamentos ficará prejudicada devido ao acúmulo de materiais e ausência de ordenação do espaço físico do Almoxarifado, dificultando a circulação e acesso rápido aos itens. Tais fragilidades podem incorrer em risco à segurança dos profissionais, bem como danos aos estoques.

SEGURANÇA DOS TRABALHADORES

O uso do EPI (Equipamentos de Proteção Individual) é fundamental para garantir a saúde e a proteção do trabalhador, evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. Além disso, o EPI também é usado para garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida dos profissionais durante e depois da fase ativa de trabalho.

Os equipamentos de proteção individual devem ser fornecidos aos funcionários que atuam nas dependências do Almoxarifado, ocasião em que se faz necessário a elaboração de um estudo dos riscos ocupacionais. Esse tipo de trabalho facilita a identificação dos perigos dentro da Unidade de Almoxarifado e ajuda o Setor à reduzi-los ou neutralizá-los.

Deverá também ser disponibilizada a FISPQ (Ficha de Informação e Segurança dos Produtos Químicos) para consulta e informação em caso de derramamento, vazamento ou contaminação.

4.1.8.4 Política Ambiental

A proposta de uma efetiva Política Ambiental a ser implantada no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, voltada a partir de uma metodologia de controle de atividades, processos e ações. São evidenciados temas como: resíduos sólidos, hospitalares, energia elétrica; águas residuárias; consumo de água, reciclagem de materiais. O ambiente educacional e institucional propicia que as atividades no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** possam ser certificadas, em busca da excelência nos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Ao assumir o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, o INSTITUTO CEM efetuará um diagnóstico e uma avaliação da situação ambiental, a fim de promover a sustentabilidade .

DEFINIÇÕES

A auditoria ambiental, regida pelas Normas ISO 14000 — Sistema de Gestão Ambiental - SGA, visa à minimização dos efeitos nocivos ao ambiente proveniente de atividades industriais e similares. A Norma avalia as consequências ambientais das atividades, produtos e serviços da instituição que atendem à demanda dos usuários.

Neste contexto, o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** deverá seguir uma política ambiental de tal modo que demonstrem estar comprometidas e que se estabeleça um fluxo de informações entre funcionários e os usuários. O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** devera buscar a melhoria contínua de seus serviços e criar objetivos e metas que devem refletir os aspectos ambientais.

Neste panorama, será possível evidenciar o quanto a Política Ambiental congregada ao sistema de gestão ambiental é importante para a instituição, pois atesta a conformidade de seus fluxos e processo perante os serviços a serem prestados. Vale ressaltar que quando se trata de saúde é imprescindível buscar a excelência nos serviços prestados.

A presente Política Ambiental aborda a avaliação das atividades ambientais a serem efetuadas no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e a consolidação da política no aspecto institucional.

Objetivos

Diagnosticar o andamento das ações implementadas, com ênfase nas estratégias adotadas

Propor modelagem para continuidade da atuação da Política Ambiental visando obter a certificação das atividades.

Diretrizes

Avançar no desenvolvimento de planos, projetos e ações voltadas para a melhoria contínua da sustentabilidade ambiental;

Atender as legislações vigentes direcionadas a Gestão Ambiental;

Reduzir a geração de resíduos, o consumo de energia, água, papel e plástico.

Prevenir a poluição, executar projetos de reforma, implantação e operação, visando sempre à proteção do meio ambiente.

Incentivar por meio do Setor de Compras, para que os fornecedores de produtos e serviços possuam certificação e que representem menor impacto a modelagem dos sistemas ambientais agregados.

Manter diálogo permanente com funcionários, comunidades vizinhas, órgãos de controle ambiental e o público em geral, com o objetivo de abertura nas discussões para a adoção das melhores práticas de sustentabilidade.

4.1.8.5 Sistema de Gestão Ambiental —ISO 14000

A Gestão Ambiental consiste em um conjunto de medidas e procedimentos definidos e adequadamente aplicados que visam reduzir e controlar impactos introduzidos por um empreendimento sobre o meio ambiente. A Gestão Ambiental tem, como premissa básica, um comprometimento da alta direção da instituição com 0 estabelecimento de uma política ambiental clara e definida que irá nortear as atividades da organização com relação ao meio ambiente, assumindo compromisso formal com a sociedade, definindo suas intenções e princípios com relação ao seu desempenho ambiental.

Para cumprir sua missão institucional, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, estabeleceremos como um de seus valores a responsabilidade com o meio ambiente

Um sistema de Gestão Ambiental (SGA) proporciona ordem e coerência aos esforços de uma instituição por considerar as preocupações ambientais, mediante a destinação de recursos, designação de responsabilidades e da avaliação contínua de práticas, procedimentos e processos.

A política ambiental adotada oferece diretrizes para o desenvolvimento e implementação de princípios e sistemas de gestão ambiental, bem como sua coordenação com outros sistemas gerenciais.

É necessário considerar que a integração da gestão ambiental nas distintas atividades requereu e gerou ao mesmo tempo uma enorme quantidade de informações, das quais os profissionais têm necessidade para executar suas tarefas. Entretanto, as informaçõe geradas em uma área de competência podem ser de utilidade para os profissionais de outra área. Para que não haja duplicação de esforços, as informações e os conhecimentos gerados quando se incorpora a gestão ambiental nas distintas áreas de competência de uma organização não podem permanecer isolados, dentro dessas respectivas áreas, mas circular entre elas, de modo a serem partilhados pelos profissionais na instituição.

Salienta-se que os benefícios de uma Política Ambiental bem como 0 Sistema de Gestão Ambiental - SGA são muitos e, entre eles destacam-se as economias pelo melhoramento da produtividade e da redução no consumo de energia, água e materiais de expediente; o estabelecimento das conformidades com a legislação ambiental reduzindo, assim, os riscos de incorrer penalidades ou gerar passivos ambientais; a evidência de práticas responsáveis e melhora na imagem externa da instituição e a geração de oportunidades de pesquisa

No caso do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, a Política Ambiental bem como o Sistema de Gestão Ambiental - SGA passa a ser peça importantíssima na administração, pois traz consigo vantagens imensuráveis, como a melhoria da imagem da instituição perante os usuários e a própria melhoria do clima organizacional. O SGA contribui na redução do desperdício, na redução do índice de Infecção Hospitalar e na melhoria da qualidade.

Metodologia

A metodologia utilizada foi desenvolvida através dos dados setoriais e do diagnóstico / laudo efetuado no início da gestão, o que serviu de instrumento para nortear a ações a serem empreendidas. Sendo capitaneada pelas boas práticas já empreendidas no INSTITUTO CEM.

Ações Ambientais e Resultados

INFORMAÇÕES

Considerando 0 exposto sobre a Política Ambiental instituída e a possibilidade futura de pleitear a Certificação Ambiental, o primeiro aspecto a ser avaliado diz respeito ao fluxo de informações e a gestão ambiental estratégica a nível institucional. No caso específico em avaliação, a ações a serem evidenciadas, 0 que se observara na sobreposição de ações oportunas para que seja dado arranjo específico via criação de uma comissão que tenha dedicação exclusiva para lidar com as questões voltadas para a Política Ambiental do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

CONSIDERAÇÕES

É possível ter a imagem voltada para os aspectos ambientais. Dentro da Política Ambiental, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** sobe a gestão do INSTITUTO CEM, poderá ser uma chave para um grande passo no sentido de praticar o desenvolvimento sustentável em virtude de ser composto por especialistas em diversos assuntos os quais muitos tangem o meio ambiente.

Pequenas atitudes como a arrecadação do papel para reciclagem, promover campanhas do uso consciente de água e energia, uma vez que este influi diretamente a todos, estes ligados

A implantação de um sistema e modelagens ambientais mostrara-se bastante efetivo, uma vez que aumenta a vida útil da estrutura predial e diminui as indexações a passivos e ativos ambientais.

Neste sentido, a Política Ambiental Institucional pode criar melhores condições de trabalho para os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e profissionais, com ambiente diferenciado, tendo como princípios, a sustentabilidade, a prevenção, a precaução, a integração, a transversalidade do planejamento e execução, frente a interação das ações de educação ambiental e o acesso livre às informações.

4.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade

APRESENTAÇÃO

Este Regimento Interno, situa-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência médico- ambulatorial e área administrativa.

O Regimento Interno do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional aprovada pela Assembleia do *INSTITUTO CEM*.

O Regimento Interno consta de 05 (cinco) Capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

Os Capítulos abordam sobre o tema, detalhando as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações, Supervisões e Equipes de Trabalho que compõem o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO HERSO**.

Esperamos que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento da Unidade, com base neste Regimento Interno, possa produzir avanços significativos em direção à Administração do contrato de gestão entre a SES e o *INSTITUTO CEM*.

É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação de cada área de atuação, ao tempo em que se instrumentalize todos os responsáveis para o cumprimento deste Regimento Interno, visando o ordenamento da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E DAS FINALIDADES

Art. 1 – O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO é um hospital Geral de Média e Alta Complexidade em Urgência e Emergência, de demanda regulada e/ou referenciada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), conforme classificação de risco, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões, com suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual, de forma referenciada, nos limites de sua capacidade instalada, com qualidade e atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS.

I. Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e recuperação da saúde no âmbito das especialidades que lhe compete;

II. Prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência no âmbito das especialidades que lhe compete;

III. Realizar exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade obedecendo as especialidades que lhe compete;

IV. Atender aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer no Hospital para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas, em regime de hospital dia;

V. Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população dentro da área de abrangência geográfica que lhe compete;

CAPITULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2 – O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** tem a seguinte estrutura:

1) Diretoria Executiva (Instituto CEM)
   a) Diretoria Geral
   b) Diretoria Técnico-Assistencial
      (1) Gerência Médica Assistencial
         (a) Coordenação Emergência / Urgência

(b) Coordenação UTI
(c) Coordenação Centro Cirúrgico
(i) Central OPME
(d) Coordenação Internação/Enfermaria
(i) Clínica Médica
(ii) Clínica Cirúrgica
(e) Coordenação Ambulatório
(f) SADT Tomografia e Radiologia
(g) Serviço de Endoscopia
(h) Laboratório
(i) Agência Transfusional

(2) Gerência do Ambulatório Integrado
(a) Coordenação do Ambulatório
(b) Coordenação Diagnóstico Imagem
(c) Coordenação Laboratório A. Clínicas
(d) Coordenação Hospital Dia
(e) Coordenação Agência Transfusional

(3) Gerência de Enfermagem
(a) Coordenação Centro Cirúrgico
(b) Coordenação da CME
(c) Coordenação do Serviço de Emergência
(d) Coordenação Internação/Enfermarias
(e) Coordenação da UTI
(f) SCIRAS
(g) Núcleo Interno Regulação (NIR)

(4) Gerência Multiprofissional
(a) Coordenação Serviço Social
(b) Coordenação Fisioterapia
(c) Coordenação Nutrição e Dietética
(d) Coordenação Fonoaudiologia
(e) Coordenação Psicologia
(f) Coordenação Farmácia Ambulatorial
(g) Coordenação Cirurgia Buco Maxilo Facial

(5) Gerência Ensino e Pesquisa
(a) Supervisão de Estágio (Obrigatório e Voluntário)

(b) Coreme
(c) Coremu
(d) NEP (Núcleo de Educação Permanente)
(e) CEP (Comitê de Ética e Pesquisa)
(f) Biblioteca

c) Diretoria Administrativa
(1) Gerência Administrativa
(a) Coordenação Assistência Farmacêutica
(b) Coordenação Almoxarifado e Patrimônio
(c) Coordenação Tecnologia Informação
(d) Coordenação Same
(e) Coordenação Faturamento e Prontuário
(f) Coordenação Nutrição e Dietética
(2) Gerência Operacional
(a) Coordenação Manutenção Predial
(b) Coordenação Engenharia Clínica
(c) Coordenação Higienização e Limpeza
(d) Coordenação Resíduos de Saúde
(e) Segurança Patrimonial e Transporte
(f) Necrotério
(g) Pastoral da Saúde
(h) Hotelaria
(i) Portarias
(j) Recepção
(k) Serviço de processamento de roupas
(l) Telefonia
(3) Gerência de Recursos Humanos
(a) Supervisão de Formalização de Pessoal
(b) Coordenação Avaliação de Desempenho
(c) Serviço de Desenvolvimento e Recursos Humanos
(d) Coordenação SESMT
(4) Gerência Qualidade

d) Diretoria Financeira
(1) Gerência Financeira
(a) Coordenação Prestação de Contas

(b) Coordenação Compras e Suprimentos

(2) Gerência Contábil

(a) Coordenação de Auditoria Interna e Externa

(3) Gerência Planejamento e Orçamento

(4) Coordenação de Custos

e) Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE

f) Comunicação

g) Secretaria Geral

h) Relacionamento ao Usuário Ouvidoria

i) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

j) Núcleo de Compliance e Integridade

k) Comissões

l) CIPA

Art. 3 – A Diretoria Geral é o órgão executivo de direção superior do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, com função normativa e deliberada e será exercida, em comissão, reconhecida capacidade administrativa, indicado pelo Conselho de Administração do Instituto CEM.

§ 1º – A Diretoria Geral contará com as seguintes Assessorias: Secretaria, Assessoria de Planejamento, Assessoria Jurídica/Compliance, Ouvidoria, Comissões.

§ 2º – A Secretaria, Assessoria Jurídica/Compliance, Ouvidoria, serão indicadas e nomeadas pelo Diretor.

§ 3º – As seguintes Comissões serão:

- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho SESMT;

- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiologia Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;

Art. 4 – As demais Diretorias e Gerência constituem a compartimentação do Hospital para fins assistenciais e administrativos, cada uma abrangendo atividades afins no contexto do Hospital.

Art. 5 – As Coordenações e Supervisões do Hospital estão subordinadas administrativamente e tecnicamente aos respectivos Diretores e Gerentes, estes

subordinados ao Diretor Geral, que está subordinado diretamente a Diretoria Executiva do Instituto CEM e Conselho de Administração.

Art. 6 – As funções de Diretor Técnico Assistencial, Diretor Administrativo e Diretor Financeiro, Gerências e Coordenações serão preenchidas por profissionais com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral.

Art. 7 – A função de Supervisor será preenchida por profissional com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral.

CAPITULO III -DA COMPETÊNCIA

SEÇÃO I - DA DIRETORIA GERAL

ART. 8 - À DIRETORIA GERAL COMPETE:

1) coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para o hospital;
2) coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria do Serviço de Pronto Socorro, Diretoria do Ambulatório Integrado e Gerência de Enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
3) coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos:
4) coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através das Assessorias de Planejamento, Jurídica e Unidade de Controle Interno, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;
5) estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
6) colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
7) promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição Hospitalar.

§1 – À SECRETARIA GERAL COMPETE:

I. prestar assistência à Diretoria Geral, participando de reuniões para elaboração de Atas e/ou Relatórios;
II. recepcionar as pessoas que procuram a Diretoria, esclarecendo-se sobre o assunto a tratar e encaminhá-las, se for o caso;
III. recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral;

IV. redigir, digitar, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral;

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

§2 – À OUVIDORIA COMPETE:

I. Receber e encaminhar, quando devidamente apresentadas, as reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias que lhe forem dirigidas pelos interessados; acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, mantendo o interessado informado desse procedimento;

II. Propor à diretoria geral e técnica medidas de aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do hospital, assim como a edição, alteração e/ou revogação de atos normativos internos, com vistas à simplificação e ao aperfeiçoamento administrativo; e encaminhar relatório mensal das atividades à Diretoria e ao setor da qualidade da gestora do contrato para a devida análise e divulgação.

III. Manter registro das atividades atualizadas e informar via sistema ouvidor SUS;

IV. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da ouvidoria do hospital, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;

V. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho e ética da ouvidoria

VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX. Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

X. As atividades da ouvidoria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

XI. Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XV. Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XVII. As atividades da Supervisão de Formalização de Pessoal serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de ouvidor SUS deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC e ter capacitação de OUVIDORIA DO SUS.

§2 - As atividades de ouvidor SUS serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3– À ASSESSORIA JURÍDICA/COMPLIANCE COMPETE:

I. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades voltada para o Direito Público, em especial ao Direito Administrativo inerente a área hospitalar;

II. prestar assessoria à Comissão Permanente de Licitação, através da emissão de pareceres a respeito da legislação pertinente (Lei nº 8.666/93 – Lei de Licitações e Contratos);

III. manifestar-se sobre procedimentos sindicantes, requerimentos administrativos, recursos e demais documentos que tenham teor jurídico;

IV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

ART. 9 – COMISSÕES:

§1 – À COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA COMPETE:

I. colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

II. supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;

III. fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

IV. após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;

V. atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

VI. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

VII. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

VIII. colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

IX. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética Médica;

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

XI. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

XII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§2 – À COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM COMPETE:

I. colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;

II. divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;

III. assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;

IV. trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;

V. analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem no hospital, sempre que necessário;

VI. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;

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

VIII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§3 – À COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA COMPETE:

I Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, entre outras.

§4 – À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR COMPETE:

I. estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção hospitalar;

II. sugerir medidas para controle e diminuição de infecção hospitalar;

III. auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção hospitalar.

IV. verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho no Hospital;

V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

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

VII. elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§5 – À COMISSÃO INTERNA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS COMPETE:

I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;

II. zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;

III. promover a avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;

IV. sugerir à Diretoria Técnico-Assistencial ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas de desvios do padrão do prontuário médico;

V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

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

VII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§6 – À COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS COMPETE:

I. auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, avaliação dos indicadores de mortalidade do hospital;

II. sugerir / adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade hospitalar dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar;

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

IV. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

V. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§7 – À COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME) COMPETE:

I. Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;

II. Deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade mais um dos seus membros;

III. Transcrever e disponibilizar em ata a pauta das reuniões;

IV. coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar o programa de residência do HOSPITAL.

V. acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;

VI. definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;

VII. ser responsável por toda comunicação entre e tramitação de processos junto ao Instituto CEM;

VIII. manter fichário individual dos residentes, por meio de sua secretaria, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;

IX. deliberar, em última instância, sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente

§8 – À COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU) COMPETE:

I. reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;

II. Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRM's nas diferentes áreas;

III. supervisionar a. execução dos PRM's;

IV. propor a criação, extinção ou modificações do PRM;

V. propor a substituição de supervisor de PRM;

VI. propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;

VII. deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;

VIII. apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;

IX. discutir temas e documentos relacionados com a RM e:

X. elaborar relatório anual.

§9 - À COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA COMPETE:

I. identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;

II. elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;

III. controlar a qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. participar das discussões promovidas pelo Hospital para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII. requerer ao Hospital a paralisação de máquina ou serviço onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII. colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

IX. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

X. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§10 – À SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO COMPETE:

Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho: (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

I. aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;

II. determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;

III. colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";

IV. responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

V. manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;

VI. promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos Este texto não substitui o publicado no DOU trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

VII. esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

VIII. analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);

IX. registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos

nos modelos de mapas, devendo o empregador manter a documentação à disposição da inspeção do trabalho; (Alterado pela Portaria MTE n.º 2.018, de 23 de dezembro de 2014)

X. manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não inferior a 5 (cinco) anos; l) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente prevencionistas, embora não seja vedado atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

§11 – À COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA COMPETE:

I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos médico-assistenciais;

II. supervisionar e avaliar a produção de dados estatísticos e dos indicadores de desempenho hospitalares, desde o levantamento do censo diário;

III. avaliar sistematicamente o desempenho da assistência médico-hospitalar, através dos indicadores hospitalares, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

IV. estabelecer e fazer cumprir o fluxo da documentação médica no hospital;

V. supervisionar a manutenção, guarda, conservação e circulação dos prontuários no hospital;

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

VII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§12 – À COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) COMPETE:

I Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida no hospital e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas.

II Manter atualizadas as normas de funcionamento.

III Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas.

IV Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos.

V Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS n 196/96.

VI Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares.

VII Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.

IX O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo.

X Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEP não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

§13 – À COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA COMPETE:

I Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

II Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

III Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

IV Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

V Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.

VI Reduzir os custos hospitalares.

VII Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.

VIII Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

IX Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.

X Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

XI Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.

XII Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

XIII Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

XIV Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

§14 – À COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPETE:

I Elaborar o Plano de Ação, em conjunto com a Gerência de Resíduos, para implementação do PGRSS do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**;

II Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;

III Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV Desenvolver, juntamente com a Gerência de Resíduos, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

V Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**;

VI Colaborar com a Gerência de Resíduos, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII Trabalhar em conjunto com a Gerência de Resíduos a atualização anual do PGRSS do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**;

VIII Auxiliar a Gerência de Resíduos na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX Auxiliar a Gerência de Resíduos na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X Auxiliar os diversos setores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Gerência de Resíduos;

XII Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, o Regulamento da Gerência de Resíduos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, o PGRSS e demais normas do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

§15 – AO COMITÊ TRANSFUSIONAL COMPETE:

I. Desenvolver programas educacionais na área de medicina Transfusional;

II. Padronizar (protocolos) critérios de indicação de hemocomponentes;

III. Orientar o correto preenchimento das solicitações de transfusão (APAC);

IV. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pela unidade;

V. Investigar os incidentes transfusionais e notificar à Gerência de Risco através dos Formulários de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionais (FIT);

VI. Criar e monitorar indicadores da eficácia das padronizações propostas;

VII. Analisar estatísticas e gerar relatórios relacionados com o consumo de sangue e hemocomponentes;

VIII. Criar mecanismos de auditoria clínica Transfusional;

§16 – À NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP), COMPETE:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**;

VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

VII. Divulgar via on-line as alterações realizadas no âmbito Hospitalar sempre que correrem, aos Serviços;

VIII. Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não-conformidade na entrega de materiais;

IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

§17 – À NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR COMPETE:

I. Estudar e propor aos representantes da alta administração e da comunidade da unidade, medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;

II. Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração;

III. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;

IV. Assegurar a implantação das medidas aprovadas;

V. Orientar os processos de trabalho elencados prioritariamente:

a) organizar um sistema de coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

b) notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

c) enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

d) analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

e) participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

§18 – À COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE COMPETE:

I - Cumprir o Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade;

III - Realizar a avaliação interna no HERSO;

IV - Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

V - Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da avaliação;

VI - Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela comissão da qualidade no Hospital.

VIII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

§19 – À COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE COMPETE:

I Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

II Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

III Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

IV Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

V Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.

VI Reduzir os custos hospitalares.

VII Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.

VIII Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

IX Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.

X Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

XI Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.

XII Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

XIII Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

XIV Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

§20 – À COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR COMPETE:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;

III. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

IV. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e

Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

V. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

VI. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

VII. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;

VIII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

IX. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

X. Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

XI. Articular-se com as respectivas Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO), Organização e Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XII. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei N 9.434, de 1997;

XIII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei No-9.434, de 1997;

XIV. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XV. Definir os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

XVI. Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e

XVII. Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

§21 – À NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) COMPETE:

I Apoiar as equipes da unidade no correto fluxo do paciente no complexo da unidade;

II Conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico hospitalar/ambulatorial;

III Auditar a regulação das consultas, Inter consultas, medicamentos, procedimentos clínicos e cirúrgicos e do SADT seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida da Unidade.

IV Acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de vagas, utilizar critério de admissão por risco e demandas reprimidas;

V Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;

VI Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar/ambulatorial, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado integral;

VII Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;

VIII Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;

IX Participar da criação e implementação do Plano de Alta hospitalar/ambulatorial baseado no perfil de morbimortalidade, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;

X Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria estadual de Saúde (SES), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);

XI Integrar o serviço às outras unidades de saúde da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação hospitalar/ambulatorial e rodiziamento da Instituição.

§22 – À COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB) COMPETE:

I. Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;

II. Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes;

III. Implementar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;

IV. Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho;

V. Colaborar e participar da seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;

VI. Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança;

VII. Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;

VIII. Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes

A partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes, a Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deve estabelecer as prioridades, considerando obrigatoriamente os seguintes aspectos:

IX. Situações de risco e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

X. Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;

XI. Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;

XII. Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfuro cortantes.

§23 – À COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA COMPETE:

I. estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;

II. elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital;

III. estabelecer condutas terapêuticas;

IV. fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;

V. desenvolver programas de farmacovigilância;

VI. estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição d medicamentos não padronizados;

VII. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

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

IX. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

X. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§24 – À COMITÊ DE COMPLIANCE COMPETE:

I. Promover uma cultura de integridade no Hospital, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;

II. Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, d Código de Conduta e demais políticas da Unidade;

III. Desenvolver parcerias confiáveis, em todos os aspectos do negócio da Unidade, de forma a minimizar os riscos;

IV. Capacitar os gestores e equipes da Unidade para que conduzam os negócios sempre de maneira ética, garantindo que a cultura de Compliance seja a base da estratégia, metas e objetivos da Unidade;

V. Revisar os riscos chave de Compliance, garantindo que as iniciativas estratégicas relacionadas à Compliance e à ética nos negócios sejam priorizadas e controladas;

VI. Receber e analisar as comunicações feitas pelos canais de denúncia e ocorrências que chegarem ao seu conhecimento

conduzindo investigações, baixando as regras complementares ao Código de Conduta, e decidindo pelas penalidades cabíveis (se for o caso) para mitigar os riscos;

VII. Detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados tanto contra a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, como a nível internacional;

VIII. Realizar apontamentos ao Comitê de Auditoria e Risco e/ou ao Conselho sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito à lei e/ou Código de Conduta, acompanhando o andamento de tais apontamentos, bem como da aplicação das penalidades que possam vir a ser impostas;

IX. Deliberar sobre a execução e aplicação do contrato de Indenidade dos administradores decorrente de ato praticado ou fato ocorrido em razão do seu mandato no exercício das atribuições que ao mesmo competem, provendo, inclusive, o pagamento de quaisquer despesas no âmbito do referido contrato. Caso o administrador envolvido seja um membro do Comitê de Compliance, o Conselho deverá deliberar sobre a execução e aplicação do referido contrato.

X. Definir os nomes dos profissionais com os quais a unidade celebrará Contrato de Indenidade. Caso o indicado seja membro do Comitê, deverá abster-se de votar nessa matéria.

§25 – À COMISSÃO DE SUPORTE NUTRICIONAL, ENTERAL E PARENTERAL COMPETE:

I. estabelecer as diretrizes técnicas administrativas que devem nortear as atividades da Comissão e suas relações com o hospital;

II. criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional, a serem encaminhados aos cuidados da Comissão;

III. assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e enteral, visando obter os benefícios máximos dos procedimentos, evitando riscos;

IV. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

V. estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional parenteral e enteral;

VI. analisar o custo-benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da terapia parenteral e/ou enteral;

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

VIII. elaborar regimento interno da Comissão;

IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata

.

§28 – À COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE (CPPS) COMPETE:

Normatizar e implementar no Hospital o processo de padronização dos produtos para saúde e deverão estar vinculadas à Diretoria técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

- Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;
- Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no hospital; IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede; V. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;
- Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;
- Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;
- Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

- Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;
- Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;
- Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;
- Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no hospital;
- Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;
- Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;
- Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;
- Divulgar no hospital as atualizações da padronização;
- Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver; emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;
- Recomendar a diretoria técnica, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial do hospital;
- Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;
- Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;
- Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;
- Informar ao Serviço de Planejamento de Tecnologias em Saúde sobre as inclusões e exclusões da relação de padronização através do e-mail;
- Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;
- Assessorar a Diretoria de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;
- Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Abastecimento (ou unidade equivalente) do hospital;

- Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente, acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;
- Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;
- Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;
- Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";
- Solicitar a Unidade de Abastecimento a convocação de fornecedor para formalizar queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;
- Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;
- Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;
- Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

§26 – À COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE COMPETE:

I Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos na unidade;

IV Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;

V Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

VI Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

VII Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso da unidade, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

VIII Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

XII Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no Hospital;

XIII Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

XIV Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

XV Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados na unidade, para os casos excepcionais;

XVI Divulgar no Hospital as atualizações da padronização;

XVII Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;

XVIII Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;

XIX Recomendar a diretoria técnica e administrativa, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial da unidade (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos para a unidade);

XX Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

XXI Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

XXIIReceber assessoria jurídica da unidade, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XXIII Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

XXIV Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;

XXV Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde da unidade;

XXVI Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

XXVII Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

XXVIII Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

XXIX Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";

XXX Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

XXXI Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde na unidade;

XXXII Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades da unidade, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXIII Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIV Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

XXXV Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;

XXXVI Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

XXXVII Divulgar cronograma anual para revisão e atualização Lista de Materiais Médico-Hospitalares Padronizados;

§27 – À COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES –CIHDOTT COMPETE:

I. organizar, no âmbito hospitalar, o processo de captação de órgãos;

II. articular-se com as equipes médicas do hospital no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

III. articular-se com a Central de Transplantes de Órgãos, sob cuja coordenação está subordinada, possibilitando o adequado fluxo de informações;

IV. apresentar, mensalmente, Relatório de Atividades para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO;

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

VI. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

VII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§28 – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL(EMTN)

COMPETÊNCIA

I.Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;

II.Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados ao serviço da EMSTN.

III.Atender as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;

IV.Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de estudos dirigidos, devidamente registrados;

V.Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;

Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

SEÇÃO II - DA DIRETORIA TECNICO ASSISTENCIAL

ART. 10 - À DIRETORIA TECNICO ASSISTENCIAL, COMPETE:

Parágrafo único: A Diretoria Técnico Assistencial será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a operação Médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Gerencias e Coordenações:

- Gerência Médica Assistencial
  - Coordenação Emergência / Urgência
  - Coordenação UTI
  - Coordenação Centro Cirúrgico
    - Central OPME
  - Coordenação Internação/Enfermaria
    - Clinica Médica
    - Clinica Cirurgica
  - Coordenação Ambulatório
  - SADT Tomografia e Radiologia
  - Serviço de Endoscopia
  - Laboratório
  - Agência Transfusional
- Gerência do Ambulatório Integrado
  - Coordenação Ambulatório
  - Coordenação Diagnóstico Imagem
  - Coordenação Laboratório A. Clínicas
  - Coordenação Hospital Dia
  - Coordenação Agência Transfusional
- Gerência de Enfermagem
  - Coordenação Centro Cirúrgico
  - Coordenação CME
  - Coordenação Serviço de Emergência

- Coordenação Internação/ Enfermarias
- Coordenação UTI
- SCIRAS
- Núcleo Interno Regulação (NIR)

- Gerência Multiprofissional
  - Coordenação Serviço Social
  - Coordenação Fisioterapia
  - Coordenação Nutrição e Dietética
  - Coordenação Fonoaudiologia
  - Coordenação Psicologia
  - Coordenação Farmácia Ambulatorial
  - Coordenação Cirurgia Buco Maxilo Facial
- Gerência Ensino e Pesquisa
  - Supervisão Centro de Estudo e Biblioteca
  - Coreme
  - Coremu
  - NEP

São atribuições do Diretor Técnico-Assistencial:

I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II. despachar com o Diretor Geral;

III. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

IV. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

V. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

VI. elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;

VII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

VIII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

IX. comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;

X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 11 - À GERÊNCIA MÉDICA ASSISTENCIAL COMPETE:

Parágrafo único: A Gerência assistencial será subordinada à Diretoria Técnico Assistencial e será o órgão que representará a operação Médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

- Gerência Médica Assistencial
  - Coordenação do Centro Cirúrgico
    - Central OPME
  - Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva
  - Coordenação do Pronto Socorro
  - Coordenação Internação/Enfermaria
    - Clínica Médica
    - Clinica Cirúrgica
    - Obstetrícia
    - Pediatria
  - Núcleo Interno de Regulação (NIR)

§1 - À COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO COMPETE:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, visando ao melhor nível de assistência;

II. decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para as Unidades;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

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

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

XIV. Parágrafo Único – As atividades da Coordenação do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À CENTRAL OPME COMPETE:

Parágrafo único: A central de **OPME,** Órteses, Próteses e Materiais Especiais, compete toda a cadeia referente a esses materiais, desde a procura do fornecedor até a aplicação do insumo em uma cirurgia.

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento das necessidades das OPMEs, visando ao melhor nível de assistência;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

IV. preencher e controlar adequadamente as solicitações das OPME, dos pacientes;

V. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VIII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

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

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

§3 – À COORDENAÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMPETE:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VII. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

VIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XI. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e materi utilizado;

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

Parágrafo Único – As atividades da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 ao médico intensivista compete:

XV. Prestar assistência médica a todos os pacientes internados no Hospital;

XVI. o médico intensivista deve ser exclusivo da UTI;

XVII. conhecer o caso de todos os pacientes sob seus cuidados na UTI e possíveis intercorrências durante o plantão;

XVIII. realizar evolução clínica dos pacientes internados no Hospital;

XIX. prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de plantão;

XX. realizar diariamente a prescrição médica dos pacientes da unidade;

XXI. coordenar a equipe multidisciplinar do plantão, de acordo com as necessidades dos pacientes internados e conforme as orientações do médico diarista;

XXII. acompanhar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu plantão, junto com o diarista e/ou coordenador da equipe, participando das discussões e decisões tomadas;

XXIII. passar o plantão presencial, idealmente elaborando documento escrito ("handover"), nos turnos específicos;

XXIV. ser pontual;

XXV. zelar pelas condutas e decisões tomadas na visita de leitos (rounds) multiprofissional e no planejamento terapêutico, não realizando alterações sem prévia comunicação e contato, salvo em caso de necessidades urgentes, em acordo com o médico diarista/rotina (e.g., troca de antibióticos, altas não programadas);

XXVI. preencher o prontuário do paciente, registrando todos os procedimentos realizados e as decisões tomadas;

XXVII. realizar durante a visita diária o contato com familiares de pacientes internados;

XXVIII. elaborar relatórios de alta e transferência do paciente de alta da UTI, bem como estabelecer contato médico com médico assistente e/ou outras clínicas;

XXIX. cumprir sua escala de plantão, previamente elaborada e informada pela coordenação da unidade;

XXX. participar das reuniões clínicas realizadas pela coordenação de UTI ou outras lideranças médicas, quando convocadas;

XXXI. preencher o livro de ocorrência do plantão, sendo obrigatória sua disponibilização no Hospital, e comunicar de forma oficial ao médico diarista/rotina e/ou coordenador da UTI sempre que necessário;

XXXII. nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, auxiliar na orientação dos residentes que estão atuando no Hospital, de acordo com sua disponibilidade e em comum acordo com o coordenador e preceptores do programa. Deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente durante seu turno. Poderá atuar na condição de preceptor caso haja interesse e disponibilidade.

§4 - À COORDENAÇÃO DO PRONTO SOCORRO COMPETE:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação Administrativa, Coordenação de Urgência / Emergência (Supervisão de Clínica);

III. prestar assistência de urgência e emergência aos pacientes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, incluindo cirurgias de urgência em pacientes internados nas Unidades onde não haja cirurgião compondo seu corpo clínico;

IV. coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;

V. coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;

VI. fazer registro diário dos serviços prestados;

VII. estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares na Urgência e Emergência, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

VIII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

IX.

fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – A função de Coordenador do Serviço de Pronto Socorro deverá ser exercida por médico de reconhecida qualificação e experiência profissional, e serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§6 - À COORDENAÇÃO INTERNAÇÃO/ENFERMARIA COMPETE:

I. planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar diariamente a evolução dos pacientes nos diversos setores, discutindo com o médico responsável as características daquele atendimento ou adotando medidas administrativas para o melhor atendimento aos pacientes e ao serviço;

II. orientar os profissionais de saúde para que seja dada assistência intensiva e urgente aos pacientes, encaminhando-os para o destino que for determinado pelas normas hospitalares;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

V. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VIII. manter contato com a Coordenação de Urgência e Emergência, objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 -O médico diarista/rotina deve:

I. liderar a equipe multiprofissional na assistência ao paciente grave;

II. implantar e discutir, em conjunto com a equipe multiprofissional, o plano e planejamento terapêuticos dos pacientes internados no Hospital;

III. certificar-se da documentação do plano e planejamento terapêutico dos pacientes em evolução própria do médico diarista ou em conjunto com a evolução do plantonista;

IV. implementar e garantir processos de assistência seguros e de qualidade (ex.: implementação de protocolos, dupla checagem dos processos);

V. revisar as prescrições médicas, garantindo a execução do plano e planejamento terapêuticos necessários para a segurança do paciente;

VI. auxiliar procedimentos difíceis e/ou tecnicamente complexos sempre que necessário;

VII. revisar e zelar pelo adequado preenchimento do prontuário do paciente, assim como de todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VIII. realizar visitas beira-leito (rounds) médicas e multidisciplinares com discussão e programação conjunta de condutas e decisões do tratamento;

IX. discutir com o médico coordenador da unidade as condutas e decisões do tratamento, bem como as pendências e dificuldades encontradas na condução dos casos sempre que necessário;

X. cumprir a missão de conduzir os pacientes de forma segura e com qualidade, por meio de assistência presencial, e também orientar e discutir de modo não presencial os casos e suas intercorrências com o médico plantonista ou com a coordenação da unidade e, ainda, em caráter de sobreaviso remunerado (disponibilidade) sempre

que necessário, conforme delineado pela coordenação médica, de forma a garantir a supervisão das condutas e a horizontalidade na assistência, evitando descontinuidade na linha de cuidados;

XI. decidir admissão e alta de pacientes, junto com os demais componentes da equipe;

XII. certificar-se da execução de relatórios e pareceres de alta do paciente da UTI, inclusive da realização de contato médico com outras clínicas, necessário à saída do paciente;

XIII. realizar o contato com familiares de pacientes internados durante a visita em situações especiais;

XIV. assumir a coordenação da UTI na ausência ou impossibilidade do coordenador;

XV. auxiliar o plantonista em suas funções em casos de sobrecarga de atribuições, se necessário;

XVI. nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente. O médico diarista/rotina pode atuar como coordenador ou preceptor do programa de especialização ou residência caso seja de seu interesse e de acordo com a instituição.

§7 - À CLINICA MÉDICA COMPETE:

I. Observar e seguir o presente Regimento e o Regulamento do Corpo Clínico;

participar de Comissões para as quais foram escolhidos;

Zelar pela perfeita ordem e preencher com letra legível os prontuários dos pacientes, bem como os impressos exigidos pela legislação vigente e as normas do Hospital, prescrevendo e assinando pessoalmente, não se admitindo prescrições por telefone;

Seguir a padronização de materiais e medicamentos existente no Hospital;

Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional, as funções administrativas e as atribuições das chefias fixadas neste Regimento;

Manter atualizado seu registro no conselho de classe;

Fazer cumprir com o código de ética médica.

§8 - À CLÍNICA CIRÚRGICA, COMPETE:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos oriundos da Emergência, nas especialidades de cirurgia geral, plástica, vascular, torácica, buco-maxilo-facial e urológica, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica do Serviço de Pronto Socorro;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial e do Serviço de Pronto Socorro do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

VII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;

VIII. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

IX. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

X. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XIV. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

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

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

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cirúrgica do Pronto Socorro serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§9 - À NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) COMPETE:

I. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial; fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;

II. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

III. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;

IV. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

V. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

VI. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

VII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

VIII. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;

IX. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.

X. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da instituição e outros que venham ser determinados;

XI. Executar outras tarefas correlatas à área;

XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no setor;

XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

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

§1 - a função de coordenador da Coordenador da NIR hospitalar deverá ser exercida por um profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades do coordenador da Coordenador NIR hospitalar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO II

Art. 53 - À Gerência do Ambulatório Integrado compete:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das Coordenações: Coordenação do Ambulatório, Coordenação Diagnóstico Imagem, Coordenação Laboratório Análises. Clínicas, Coordenação Hospital Dia e Coordenação Agência Transfusional

III. estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e Supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;

IV. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

V. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação de Odontologia, Coordenação Multidisciplinar, Coordenação de Fisioterapia (Supervisão de Fisioterapia Hospitalar) e Supervisão Administrativa;

VI. proporcionar ao SAME, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística, jurídicos e outros;

VII. desenvolver ações de saúde pública e colaborar com programas de medicina comunitária;

VIII. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

IX. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

X. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XIII. manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

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

Parágrafo único: A Gerência do Ambulatório Integrado será subordinada à Diretoria Técnico - Assistencial e será o órgão que representará a operação Médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

- Coordenação do Ambulatório
- Coordenação Diagnóstico Imagem
- Coordenação Laboratório A. Clínicas
- Coordenação Hospital Dia

- Coordenação Agência Transfusional

§10 - À COORDENADOR DO AMBULATÓRIO COMPETE:

I. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados, de ambulatório e visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. Emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;

III. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

V. Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

VII. Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros das clínicas de especialidades ofertadas no Hospital (cardiologia/risco cirúrgico; Ginecologia; Infectologia; Angiologia);

VIII. Solicitar e manter atualizado no CNES os respectivos nomes dos especialistas da unidade hospitalar;

IX. Solicitar e manter atualizados os registros de RT's de especialidades medicas e não medicas sob sua responsabilidade junto aos conselhos de classe;

X. Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XI. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

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

§1 - a função de Diretor da Clínica Médica deverá ser exercida por Medico qualificado com graduação em escola de medicina reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades da Diretoria da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§11- À COORDENAÇÃO DIAGNÓSTICO IMAGEM COMPETE:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;

II. observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;

III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

IV. estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;

V. fazer registro diário dos serviços prestados;

VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Diagnóstico por Imagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§12 - À COORDENAÇÃO LABORATÓRIO ANÁLISES CLÍNICAS COMPETE:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;

II. realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais do Hospital;

III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

IV. estabelecer plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;

V. fazer registro diário dos serviços prestados;

VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§14 - À COORDENAÇÃO AGÊNCIA TRANSFUSIONAL COMPETE:

I. Promover a conscientização da comunidade no que concerne à doação voluntaria de sangue, de medula óssea e de sangue de cordão umbilical e placentário;

II. Promover a captação, a seleção de doador de sangue total e por aférese, a coleta de sangue total e por aférese, a realização dos exames de triagem, o armazenamento e a distribuição do Hemocomponentes, garantindo o seu abastecimento;

III. Promover a captação, seleção de candidato a doação para transplante de medula óssea e coletas de sangue para a realização dos exames para o REDOME – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea;

IV. Promover a captação, seleção de doadoras grávidas, coletas de sangue, realização dos exames de triagem, armazenamento e distribuição do sangue de cordão umbilical e placentário no hospital;

V. Atualizar os cadastros do REDOME – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea, e de sangue de cordão umbilical e placentário;

VI. Manter estoques estratégicos de sangue e hemocomponentes para atender as emergências hospitalares;

VII. Elaborar e fazer cumprir normas técnicas de acordo com os regulamentos nacionais vigentes, aplicáveis às atividades de Hemoterapia;

VIII. Promover integração entre as equipes atuantes na área de hemoterapia da com as outras áreas do hospital

IX. Elaborar protocolos, realizar treinamentos periódicos e conscientizar profissionais de saúde da unidade quanto ao Uso Racional de Hemocomponentes e Hemoderivados;

X. Elaborar protocolos sobre as Hemoglobinopatias Hereditárias e Coagulopatias, Hereditárias e manter atualizados;

XI. Normatizar, quando necessário, e fazer cumprir os regulamentos referentes ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Boas Práticas e Práticas de Biossegurança nos Serviços de Hemoterapia do hospital;

XII. Garantir a realização dos processos acima, dentro dos padrões de qualidade e normas sanitárias vigentes;

XIII. Fomentar a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade no serviço hospitalar;

XIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XV. Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XVII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XVIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIX. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no setor;

XX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

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

§1 - a função de coordenador da Agencia Transfusional/Banco de Sangue deverá ser exercida por um profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades do coordenador da Agencia Transfusional/Banco de Sangue serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO III

ART. 12 - À GERÊNCIA DE ENFERMAGEM COMPETE:

I. Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Diretoria Técnica-Assistencial do hospital;

II. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas pelas seguintes áreas: Unidade de Internação; UTI's; Unidade de Urgência e Emergência; Unidade Ambulatorial/SADT; Centro Cirúrgico; Agencia Transfusional/banco de sangue; Qualidade e Segurança do Paciente.

III. Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;

IV. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;

V. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;

VI. Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade do hospital;

VII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX. Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro/técnico de enfermagem;

X. Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;

XI. Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;

XII. Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;

XIII. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XIV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XV. Manter contato com a Direção Geral e diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVI. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem;

XVII. Representar a instituição hospitalar junto aos órgãos competentes sempre que lhe for solicitado pela Diretoria Geral e Diretoria Técnica;

XVIII. Responder aos serviços de comunicação, interna e externa, sempre em questões relativas a assistência da enfermagem do hospital;

XIX. Exercer outras atribuições que lhe forem solicitadas pela SES e/ou gestor do contrato sempre em observância da lei vigente.

Parágrafo Único - a função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§1 - À COORDENAÇÃO DO AMBULATÓRIO COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. atender os pacientes para marcação de consultas e encaminha-los para ao Serviço de Internação e Alta;

V. orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

XVII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Ambulatório serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. compete:

XXII. Verificar instrumentos normativos (formulários, Instruções de Trabalho, Manuais e Protocolos) no que diz respeito a aspectos técnicos da prática hospitalar;

XXIII. Estimular a segurança aos usuários através do Gerenciamento de Riscos;

XXIV. Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde;

XXV. Contribuir na avaliação das ocorrências (não conformidades, eventos sentinela, reclamações, sugestões, elogios e outros);

XXVI. Desenvolver atividades delegadas pela chefia imediata;

XXVII. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor;

XXVIII. Cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;

XXIX. Auxiliar e acompanhar na adesão dos planos terapêuticos;

XXX. Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos;

XXXI. Gerenciar a auditoria clínica;

XXXII. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de iteração de processos, políticas do hospital/unidade e outros que venham ser determinados;

XXXIII. Participar de comissões do hospital/unidade indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição;

XXXIV. Executar outras tarefas correlatas à área.

XXXV. Supervisionar equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem.

XXXVI. Manter os prontuários médicos atualizados.

XXXVII. Atuar no controle e prevenção de infecções hospitalares.

XXXVIII. Preparar os pacientes para a realização de exames.

XXXIX. Preparar instrumentos e auxiliar a equipe técnica em procedimentos como intubação, desfibrilação, aspiração e monitoramento cardíaco.

XL. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área da enfermagem, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XLI. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XLII. Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XLIII. Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor;

XLIV. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XLV. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

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

§1 - a função de Supervisão da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. deverá ser exercida por enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades da Supervisão da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação, pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;

V. executar e supervisionar a prescrição médica;

VI. providenciar a transferência dos pacientes às suas Unidades de origem após liberação pelo médico Anestesista;

VII. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela – Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VIII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

IX. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

X. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

XI. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XII. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XVI. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVII. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

XVIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XIX. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3 - À COORDENAÇÃO DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

II. prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva e Tratamento de Queimados, Centros Cirúrgicos, Ambulatórios e Serviço de Pronto Socorro, mantendo estoque para as emergências;

III. preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;

IV. proceder ao controle de entrada e saída de material;

V. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o desempenho das atividades do serviço;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminha-los mensalmente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XIV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XV. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;

XVI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XVII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Central de Material e Esterilização serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§4 - À COORDENAÇÃO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS COMPETE:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;

XX. realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais do Hospital;

XXI. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

XXII. estabelecer plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;

XXIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

XXIV. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXV. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXVI. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

XXVII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XXVIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXIX. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXX. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§5 - À COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. prestar assistência integral de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. executar e supervisionar a prescrição médica;

V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Emergência serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§6 - À COORDENAÇÃO INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS COMPETE:

I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Unidades de Internação: Ortopédica, Cirúrgica, Urológica, Ginecológica, Médica, otorrinolaringológica e Traumatológica, visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. executar e supervisionar a prescrição médica;

V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§7 - À COORDENAÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando a adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. prestar assistência de enfermagem intensiva aos pacientes internados nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. executar e supervisionar a prescrição médica;

V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

XXI. Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO IV

ART. 13 - À GERÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMPETE:

I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes ambulatoriais, visando um melhor nível de assistência;

II. prestar assistência ambulatorial nas áreas médica, psicológica, nutricional enfermagem e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. organizar e normatizar o atendimento ambulatorial dos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas;

V. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

VIII. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XI. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

XII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

XIII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

XV. manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§6 - À COORDENAÇÃO ESPECIALIDADES MÉDICAS COMPETE:

PARAGRAFO 1 - À CARDIOLOGIA COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cardiológicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Cardiologia;
- preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Cardiologia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

PARAGRAFO 2 - À CLÍNICA MÉDICA COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

PARAGRAFO 3 - À CLÍNICA CIRURGICA COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;

- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cirúrgica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

PARAGRAFO 5 - À ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes Angiologia e Cirurgia Vascular, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Angiologia e Cirurgia Vascular;
- preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Angiologia e Cirurgia Vascular serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

ART. 14 - À GERÊNCIA ENSINO E PESQUISA COMPETE:

I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento do ensino e pesquisa, acompanhar cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência;

II. prestar assistência ambulatorial nas áreas médica, psicológica, nutricional, enfermagem e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. organizar e normatizar o atendimento aos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas, preceptores e tutores;

V. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

VIII. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XI. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

XII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

XIII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

Parágrafo Único – As atividades da Gerência de Ensino e Pesquisa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SEÇÃO III - DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA

ART. 15 - À DIRETORIA ADMINISTRATIVA, COMPETE:

Parágrafo único: A Diretoria Administrativa será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a operação Administrativa no hospital. Será assessorada pelas seguintes Gerencias e Coordenações:

- Gerência Administrativa
  - Coordenação Assistência Farmacêutica
  - Coordenação Almoxarifado e Patrimônio
  - Coordenação Tecnologia Informação
  - Coordenação Same
  - Coordenação Faturamento e Prontuário
  - Coordenação Nutrição e Dietética

- Gerência Operacional
  - Coordenação Manutenção Predial
  - Coordenação Engenharia Clínica
  - Coordenação Higienização e Limpeza
  - Coordenação Resíduos de Saúde
  - Segurança Patrimonial e Transporte
  - Necrotério
  - Pastoral da Saúde
  - Hotelaria
    - Portarias
    - Recepção
    - Serviço de proc. de roupas
    - Telefonia
- Gerência de Recursos Humanos
  - Supervisão de Formalização de Pessoal
  - Coordenação Avaliação de Desempenho
  - Serviço de Desenvolvimento e Recursos Humanos
  - Coordenação SESMT
- Gerência Qualidade

São atribuições do Diretor Administrativo:

I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos e Financeiros, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II. aprovar requisições, especificações e pedidos de compra de equipamento, material e serviços, se forem o caso;

III. despachar com o Diretor Geral;

IV. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

V. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

VI. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

VII. elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;

VIII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

IX. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 16 - À GERÊNCIA ADMINISTRATIVA COMPETE

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Assistência Farmacêutica
b. Coordenação Almoxarifado e Patrimônio
c. Coordenação Tecnologia Informação
d. Coordenação Same
e. Coordenação Faturamento e Prontuário
f. Coordenação Nutrição e Dietética

Parágrafo Único – A função de Gerente Administrativo deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - À COORDENAÇÃO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMPETE

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação Médica;

II. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta do hospital;

V. elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do hospital;

VI. receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;

VII. controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;

VIII. emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;

IX. elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;

X. desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;

XI. manipular e preparar soluções desinfetantes e anti-sépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;

XII. controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados no hospital;

XIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XIV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XVI. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

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

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

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À COORDENAÇÃO ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;

II. receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;

III. efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Diretoria do hospital permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;

IV. manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;

V. fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria do hospital;

VI. obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria do hospital;

VII. manter o estoque dos materiais padronizados no hospital em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;

VIII. atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;

IX. providenciar o tombamento dos bens patrimoniais do hospital, conforme orientação d Administração Central, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente;

X. controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;

XI. efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais do Hospital, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;

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

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3 - À COORDENAÇÃO TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet do hospital;

IV. emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados do hospital;

V. manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;

VI. efetuar o processamento de dados relacionados à folha de pagamento e produção médica;

VII. proporcionar aos demais setores do hospital os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção do hospital;

VIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

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

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§4 –À COORDENAÇÃO SAME/FATURAMENTO

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Faturamento;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades de Enfermagem;

IV. classificar as contas por médico e por especialidade médica;

V. calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;

VI. calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares;

VII. promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;

VIII. enviar documentação de faturamento a SESAPI;

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

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Faturamento serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO II

ART. 17 - À GERÊNCIA OPERACIONAL COMPETE

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

   a. Coordenação Manutenção Predial
   b. Coordenação Engenharia Clínica
   c. Coordenação Higienização e Limpeza
   d. Coordenação Resíduos de Saúde
   e. Segurança Patrimonial e Transporte
   f. Necrotério
   g. Pastoral da Saúde
   h. Hotelaria
      i. Portarias
      ii. Recepção
      iii. Serviço de proc. de roupas
      iv. Telefonia

III. Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direç. do Hospital;

IV. Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

V. Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

VI. Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

VII. Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos profissionais;

VIII. Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;

IX. Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

X. Propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos profissionais subordinados;

XI. Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

XII. Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

XIII. Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

XIV. Requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

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

XVII. As atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

XVIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXI. Prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;

XXII. Analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais do Hospital e sugerir medidas para um adequado funcionamento;

XXIII. Elaborar planos, programas e projetos de trabalho do Hospital;

XXIV. Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XXV. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XXVI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXVII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXVIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXIX. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXX. As atividades da Gerente de Operações serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de Gerente de Operações deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Gerente de Operações serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Parágrafo Único – A função de Gerente Operacional deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

- oordenação Manutenção Predial
- Coordenação Engenharia Clínica
- Coordenação Higienização e Limpeza
- Coordenação Resíduos de Saúde
- Segurança Patrimonial e Transporte
- Necrotério
- Pastoral da Saúde
- Hotelaria
    - Portarias
    - Recepção
    - Serviço de proc. de roupas
    - Telefonia

§1 - À COORDENAÇÃO MANUTENÇÃO PREDIAL COMPETE

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pe Serviço;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. operar, manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgotos do hospital, colocando-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica;

IV. proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis do hospital, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;

V. manter plantão de atendimento de emergência nas 24 (vinte e quatro) horas para os serviços elétricos e hidráulicos;

VI. realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;

VII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

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

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Manutenção Predial serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À COORDENAÇÃO ENGENHARIA CLÍNICA COMPETE

I. Elaborar, em consonância com a unidade, o Plano de Manutenção do Parque Tecnológico do hospital;

II. Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;

III. Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos; acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos entregues no hospital, bem com as instalações nas suas unidades;

IV. Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos realizados por empresas contratadas pelo hospital;

V. Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, nas unidades do hospital;

VI. Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital;

VII. Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital.

VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

XI. As atividades da Supervisão de Gestão de Pessoas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

XII. Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XVI. Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

As atividades da Supervisão de Engenharia Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de Supervisão de Engenharia Clínica deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Supervisão de Engenharia Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3 - À COORDENAÇÃO HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. executar a limpeza, visando higiene, nas dependências do hospital, nos móveis e equipamentos em uso;

IV. limpar as áreas externas e de circulação do hospital;

V. promover o combate a insetos e roedores nas dependências do Hospital, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;

VI. controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;

VII. efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;

VIII. realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

XI. manter contato com a Coordenação Operacional objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

As atividades da Supervisão de Higienização e Limpeza serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§4 - À COORDENAÇÃO RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPETE

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde;

II. elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Saúde

III.- RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;

IV. gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos

V. trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;

VI. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§5 - À COORDENAÇÃO LAVANDERIA COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. coletar nas diversas dependências do Hospital roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;

III. proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;

IV. elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;

V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

VII. manter contato com a Coordenação Operacional objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

SUB-SEÇÃO III

ART. 18 - À GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pel Unidade;

elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;

promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;

cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Recrutamento e Seleção
b. Coordenação Treinamento e Educação Permanente
c. Coordenação Departamento Pessoal
d. Coordenação Avaliação de Desempenho

programar e avaliar os estágios desenvolvidos por área do hospital;

desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro do hospital, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;

encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;

propor e implementar políticas de benefícios sociais;

zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;

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

elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Supervisão de Gestão de Pessoas;

estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Parágrafo Único – A função de Gerencia de Recursos Humanos deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - À COORDENAÇÃO RECRUTAMENTO E SELEÇÃO COMPETE

I. Organizar e executar o processo de RECRUTAMENTO E SELEÇÃO dos perfis mais aderentes às funções;

II. Proporcionar treinamento e desenvolvimento do profissional durante toda a sua permanência na empresa;

III. Realizar avaliações de desempenho;

IV. Organizar o plano de carreira;

V. Realizar e manter atualizada toda COMUNICAÇÃO INTERNA;

VI. Adotar e monitorar medidas para que todos estejam engajados com a CULTURA REALIZAR ORGANIZAR O PROCESSO ORGANIZACIONAL, motivados e, consequentemente, produtivos.

VII. As atividades da Analista de RH serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

Parágrafo Único: a função de recrutamento e seleção deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Analista de RH serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À COORDENAÇÃO TREINAMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE COMPETE

I. Planejar, coordenar e supervisionar o trabalho dos profissionais da unidade que executam atividades de ensino (estagio, internatos residências)

II. Analisar e viabilizar a execução das propostas de ensino no âmbito do hospital; representar o Setor junto à diretoria técnica e RH, ouvindo seus pares;

III. Promover, apoiar e coordenar programas de educação continuada;

IV. Coordenar e apoiar os programas de estágios de nível médio do hospital.

V. Monitorar e avaliar o desempenho das linhas de cuidado;

VI. Participar da elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêutica das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;

VII. Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou renovação de tecnologias afetas às linhas de cuidado;

VIII. Integrar os processos de trabalho das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;

IX. Implantar a alta responsável do ambiente hospitalar – ambulatorial e de internação – em articulação com os demais pontos de atenção da rede de saúde;

X. Implantar visita ampliada;

XI. Instituir protocolo unificado;

XII. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde.

XIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XIV. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XVI. Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

XVII. Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XVIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXI. Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

§1 - a função Coordenação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão- NEPE deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Coordenação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão- NEPE serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3 - À COORDENAÇÃO DEPARTAMENTO PESSOAL COMPETE

I. Realizar a admissão;

II. Manter o controle de frequência;

III. Acompanhar e monitorar a inclusão e manutenção dos benefícios oferecidos pela companhia;

IV. Organizar as férias;

V. Planejar e executar a FOLHA DE PAGAMENTO e seus impostos;

VI. Realizar a demissão.

VII. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;

VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

IX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Manter contato com a Departamento Pessoal, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

§4 - À COORDENAÇÃO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Unidade de Recursos Humanos;

II. realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor do Hospital;

III. manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores do hospital;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. controlar a concessão de férias e licenças dos servidores, mediante cronogramas elaborados pelas Coordenações e Supervisões;

VI. controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;

VII. informar ao Coordenador ou Supervisor imediato o afastamento do servidor por gala, nojo e serviços obrigatórios por lei;

VIII. receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado no Hospital;

IX. informar regularmente à Diretoria de Gestão de Pessoas da SESAPI notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores para fins de elaboração de folha de pagamento e registro na ficha funcional;

X. elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

ART. 19 - À GERÊNCIA DE QUALIDADE COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Qualidade e Unidade de Recursos Humanos;

II. realizar levantamento das necessidades de qualidade em cada setor do Hospital;

III. manter atualizado o Sistema de Gestão de Qualidade com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores do hospital;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. informar ao Coordenador ou Supervisor sobre notificações, e buscar imediato resposta e solução;

VI. receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado no Hospital;

VII. informar regularmente à Diretoria de Gestão de Administrativa notificação de todas as ocorrências;

VIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

SEÇÃO IV - DA DIRETORIA FINANCEIRA

A Diretoria Financeira será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará os profissionais de apoio ao planejamento, execução financeira e contábil assistencial, e logístico operacional no hospital. Será assessorado por:

I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Gerência Financeira
    i. Coordenação Prestação de Contas/controle interno
    ii. Coordenação Compras/suprimentos
b. Gerência Contábil
    i. Coordenação de Auditoria Int / Externa
c. Gerência Planejamento/Orçamento
d. Gerência Custos

III examinar solicitações e sugestões da área administrativa e adotar as providências que julgar necessárias;

IV estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa dos serviços hospitalares;

V proporcionar ao Serviço de Apuração de Custos, através do registro das atividades,

VI condições de coletar dados para fins de estatística e levantamento de custos e de indicadores gerenciais;

VII fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

VIII estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XII Parágrafo Único – a função de Diretor Financeiro deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência.

ART. 20 - À DIRETORIA FINANCEIRA, COMPETE:

Parágrafo único: A Diretoria Financeira será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a operação Administrativa no hospital. Será assessorada pelas seguintes Gerencias e Coordenações:

- Gerência Financeira
  - Coordenação Prestação de Contas
  - Coordenação Compras e suprimentos
- Gerência Contábil
  - Coordenação de Auditoria Int / Externa
- Gerência Planejamento e Orçamento
- Gerência de Custos

§1 - À COORDENAÇÃO PRESTAÇÃO DE CONTAS/CONTROLE INTERNO COMPETE

O Serviço de Prestação de Contas é um órgão de apoio da Gerência Financeira com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas Organizacionais de contas, de forma a possibilitar a consecução dos objetivos do Hospital.

I. prestar assessoria ao Diretor Geral em assuntos relacionados com as atividades de controles internos;

II. elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;

III. antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes;

IV. realizar revisão de todos os processos administrativos de despesas com pessoal, de compras e serviços, seja na isenção ou por procedimento licitatório;

V. emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais do hospital;

VI. apurar os resultados de metas contratuais sobre resultado de produção;

VII. emitir relatório portfólio de indicadores de produção e metas de desempenho, submeter aprovação do Conselho de Administração do Instituto CEM;

VIII. publicar no site SIGOs os arquivos mensais de Portfólio de Indicadores de Produção, Indicadores de Qualidade, Indicadores de Rh, absenteísmos e turnover, Pesquisa de Satisfação, relatório de atividades, relatórios da ouvidoria, Atas e listas de presenças das Reuniões das comissões internas;

IX. produzir os relatórios mensais, trimestrais, quadrimestrais e semestrais para apuração dos resultados

X. realizar auditorias periódicas, observando o estoque, a fim de garantir a obediência das normas e a lisura na contagem e no registro dos mesmos;

XI. avaliar periodicamente o sistema de controle interno do hospital, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

Parágrafo Único – O Serviço da Prestação de Contas é exercido, preferencialmente, por profissional com comprovada experiencia para o exercício da função e suas atribuições serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas do hospital.

§2 - À COORDENAÇÃO COMPRAS E SUPRIMENTOS COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Compras;

II. planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a Supervisão de Almoxarifado e Coordenação de Assistência Farmacêutica, de conformidade com a política de estoque e as necessidades do hospital, identificando no mercado as melhores condições;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos, através de uma política de compras dinâmica e eficaz;

V. manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;

VI. certificar-se de que materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos, através do processo de diligenciamento;

VII. manter atualizadas as informações cadastrais dos fornecedores;

VIII. catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;

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

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Compras e Suprimentos serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 102 - À Gerência Contábil compete

XIV. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gerência Contábil;

XV. fazer registro diário dos serviços prestados;

XVI. elaborar a proposta orçamentária do Hospital;

XVII. solicitar a SES, empenho dos recursos recebidos;

XVIII. emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação – Sistema Integrado de Contabilidade, mantendo atualizado seu controle;

XIX. elaborar os registros contábeis;

XX. manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIPEF;

XXI. enviar a prestação de conta mensal a SES;

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

XXIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XXIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – As atividades da Gerência Contábil serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3 – À COORDENAÇÃO AUDITORIA INTERNA E EXTERNA COMPETE

O Serviço de Auditoria é um órgão de apoio da Gerência Contábil com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas organizacionais dos prontuários de forma a possibilitar a consecução dos objetivos do Hospital composta por:

I. Auditoria Externa:

   a. auditoria externa é executada empresa de auditoria independente, e não possui nenhum tipo de vínculo com a organização a ser auditada;

   b. finalidade o exame das demonstrações contábeis para emissão de um parecer, opinião ou laudo sobre a posição das mesmas.

   c. Objetivo: assegurar que as demonstrações reflitam verdadeiramente a posição financeira e patrimonial da organização.

II. Auditoria Interna:

   a. O processo de auditoria interna é realizado por profissionais da própria empresa auditada

   b. a auditoria interna reporta-se aos gestores e à presidência, sendo tratado como área de assessoramento;

   c. A auditoria interna colabora para que a alta gestão da empresa tenha sempre uma visão ampla da eficiência dos seus controles.

   d. Cabe também a este setor que avalie continuamente a aderência dos setores e colaboradores, ao seguimento dos controles e o cumprimento das normas e instruções estabelecidas no sistema de controle interno implantado.

   e. Objetivo: servir como aliada para a administração da empresa, sendo a base da certificação do cumprimento das normas, regimentos e políticas, provenientes dos controles internos.

   f. A auditoria interna pretende medir o nível de segurança dos controles internos existentes na empresa e, na constatação da ineficiência destes sugerir melhorias ou indicar inconformidades

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Auditoria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas do hospital

Art. 104 - À Gerência Planejamento, Orçamento e Custos compete

III. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

IV. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação de Custos

V. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;

VI. após um estudo da realidade e exame de perspectiva, sugerir definição de metas e prioridades para o planejamento da política de ação do Hospital;

VII. analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais do Hospital e sugerir medidas para um adequado funcionamento;

VIII. elaborar planos, programas e projetos de trabalho do Hospital;

IX. avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;

XIII. acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar, desenvolvido e implantado pelo Serviço de Apuração de Custo (Planisa);

XIV. controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos do hospital, que servem para:

a. determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços do hospital;

b. auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento das atividades; e a tomada de decisões.

XV. avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços do hospital, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

XVI. emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

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

XVIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 105 – À Gerência de Custos compete:

XIX. estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;

XX. acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar, desenvolvido e implantado pelo Serviço de Apuração de Custo;

controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos do hospital, que servem para:

a. determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços do hospital;

b. auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento das atividades; e a tomada de decisões.

avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços do hospital, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

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

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

CAPÍTULO IV -DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

ART. 21 - À GERÊNCIA FINANCEIRA COMPETE

I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Prestação de Contas

b. Coordenação Compras e suprimentos

III planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;

IV executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

V fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VII estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – A função de Gerência Financeira deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

ART. 22 - À GERÊNCIA CONTÁBIL COMPETE

I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direçã Financeira do hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação de Auditoria Int / Externa

III planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;

IV executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

V fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VII estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – A função de Gerência Contábil deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

ART. 23 - À GERÊNCIA DE CUSTOS COMPETE

I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

III planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;

IV executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

V fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VII estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – A função de Gerência de Custos deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

CAPÍTULO IV -DO FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I DO PESSOAL

Art. 24 – O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** terá Quadro de Pessoal, estruturado em cargos e funções definidos e consoante composição e regime jurídico determinado pelo Poder Executivo.

Art. 25 – Os funcionários do Hospital estarão submetidos ao Regimento de Recursos Humanos do Instituto Cem.

Art. 26 – O afastamento, as disposições e requisições de servidores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, para serventia em outros órgãos, somente poderão ser atendidos sem ônus para o Hospital, exceto para o exercício de funções de confiança, respeitada a necessidade do Serviço e após previa anuência da Direção Geral do Hospital.

SEÇÃO II DO HORÁRIO

Art. 27 – O horário de trabalho em todo o Hospital é fixado pela Direção Geral do Hospital, respeitada a legislação vigente, com funcionamento do hospital sendo 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

Art. 28 – Por conveniência de serviço, poderá ser proposto pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramento à Direção Geral do Hospital, horários especiais, respeitando-se o número de horas estabelecido na legislação.

Art. 29 – O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelo ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramentos, nos termos da legislação que reza a espécie.

SEÇÃO III DAS SUBSTITUIÇÕES

Art. 30 – O Diretor Geral do Hospital, será substituído em suas faltas ou impedimentos pelo Diretor Técnico Assistencial.

Art. 31 – Os titulares das Diretorias e Gerência serão substituídos em suas faltas ou impedimentos por Supervisor indicado pelo Diretor Geral do hospital;

Art. 32 – O titular de qualquer Coordenação, Supervisão e Assessoria será substituído em suas faltas ou impedimentos por colaborador indicado pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador e autorizado pelo Diretor Geral do hospital.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 33 – Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na Gerência de Recursos Humanos, em cumprimento a determinação do Diretor Geral do Hospital.

Art. 34 – É obrigatório o registro de "ponto" de todo o pessoal do Hospital.

§ 1º – São dispensados do "ponto" os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores do Hospital, os quais deverão, entretanto, observar o horário normal de trabalho;

§ 2º – O registro de "ponto" do pessoal de nível superior será feito por meio de ponto eletrônico..

Art. 35 – O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados do hospital mediante autorização expressa do Diretor Técnico -Assistencial.

Art. 36 – Caberá ao Diretor Geral do Hospital estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços do hospital, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

Art. 37 – As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito do hospital só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral.

Art. 38 – O Diretor Geral do Hospital, tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

Art. 39 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção do hospital, respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 40 – Este Regimento, aprovado pelo Diretor Geral, entrará em vigor na data de sua publicação.

4.3 Proposta para Regimento Serviço Multiprofissional

O presente Regimento traz, aspectos diretivos, estruturais do Serviço da Equipe Multiprofissional do HERSO e institui as normas gerais de funcionamento do serviço aplicável a todos profissionais lotados nestes serviços.

Art. 1º – DOS OBJETIVOS

São objetivos das especialidades multiprofissionais o cuidado em Saúde por meio das linhas de cuidado prioritárias estabelecidas pela SES-GO de forma humanizada, integrada, interdisciplinar e com ênfase nas ações educativas, estímulo ao autocuidado e projeto terapêutico singular, por meio de uma abordagem biopsicossocial, com atenção centrada no paciente.

Art. 2º – DA COMPOSIÇÃO

A equipe multiprofissional será constituída de acordo com a necessidade da carteira de serviço atual do HERSO, desta forma segue a seguinte composição:

- Coordenador Multidisciplinar
- Assistente Social
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Psicólogo
- Terapia Ocupacional

Art. 3º – DAS COMPETÊNCIAS

I. Compete ao Coordenador Multidisciplinar

a) Coordenar, dirigir, controlar e monitorar os assuntos relativos à equipe multidisciplinar;

b) Gerenciar os recursos humanos, materiais, insumos, equipamentos, medicamentos, no âmbito da sua competência e garantir a sua utilização de forma eficiente.

c) Desenvolver trabalho integrado com todos os setores da unidade, apoiar a equipe de qualidade na supervisão e identificação de referências inadequadas ao perfil do serviço;

d) Garantir a utilização de diretrizes clínicas baseada em evidências e boas práticas em saúde;

e) Agir de forma integrada com o RT Médico nas questões técnicas assistenciais, e com os demais responsáveis técnicos da unidade para assuntos relacionados a cada área, buscando otimizar os processos operacionais;

f) Promover e manter o desenvolvimento da equipe, estimular e garantir a interdisciplinaridade da equipe;

g) Convocar, coordenar e elaborar pautas das reuniões da Equipe Multidisciplinar;

h) Conhecer os serviços ofertados em toda a rede assistencial da região e avaliar as opções e serviços disponíveis;

i) Consolidar informações, avaliações e documentos do usuário, orientar o usuário quanto aos encaminhamentos, e condutas propostas no projeto terapêutico;

j) Implementar e monitorar a realização do projeto terapêutico singular, estabelecer, junto à equipe, estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

k) Reforçar, junto à equipe, a importância do compartilhamento do cuidado;

l) Promover a articulação entre os pontos e entre os níveis de Atenção;

m) Comunicar às equipes sobre o Projeto Terapêutico Singular desenvolvido e as condutas sugeridas, quando o usuário for encaminhado a outros serviços de saúde;

n) Participar da avaliação global e do gerenciamento do cuidado dos pacientes, com o apoio da equipe e monitorar os resultados obtidos.

o) Participar de atividades de Educação Permanente;

p) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

II. Compete ao Assistente Social

a) Acolher, escutar e realizar avaliação social dos pacientes encaminhados para as linhas de cuidado prioritárias (cardiometabólica, pré natal de alto risco, pediatria de alto risco e doente crônico renal);

b) Fazer articulação com serviços de assistência social e saúde do território de residência do paciente (informações sobre encaminhamentos, contrarreferência, buscas ativas);

c) Orientar sobre direitos, programas sociais e outras políticas assistenciais;

d) Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

e) Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;

f) Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.

g) Participar de atividades de Educação Permanente;

h) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

III. Compete ao Enfermeiro Assistencial

a) Acolher o paciente e realizar avaliação global do paciente com outros profissionais da equipe;

b) Realizar consulta de enfermagem;

c)Orientar o autocuidado e monitorar o tratamento;

d)Realizar reuniões de equipe para divulgação e discussão do PTS e levantar as necessidades de reavaliações multiprofissionais.

e) Orientar o paciente a levar o PTS para sua APS de referência para conhecimento e manutenção de condutas;

f) Auxiliar a equipe de qualidade na identificação de referências inadequadas ao perfil do serviço;

g) Reforçar junto a equipe a necessidade de contrarreferência de todos os pacientes atendidos;

h) Estabelecer junto às equipes estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

i) Realizar o gerenciamento do cuidado das gestantes e puérperas no ambulatório e monitorar a consonância dos atendimentos com as diretrizes clínicas adotadas;

j) Atualizar a estratificação de risco gestacional;

k) Realizar o exame de cardiotocografia basal;

l) Orientar questões relacionadas ao parto e aleitamento materno, planejamento familiar preencher a Caderneta da Gestante.

m) Participar de atividades de Educação Permanente;

n) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

IV. Compete ao Farmacêutico

a) Prevenir, identificar, avaliar, monitorar e intervir nos incidentes relacionados aos medicamentos e a outros problemas relacionados à farmacoterapia e demais produtos utilizados na assistência ao paciente;

b) Conhecer as condições fisiopatológicas do paciente;

c) Fazer a anamnese farmacêutica, incluindo a história da doença atual, comorbidades, hábitos de vida, alergias conhecidas, uso prévio de medicamentos, entre outros;

d) Participar da avaliação global;

e) Verificar se o paciente faz uso contínuo de outros medicamentos não contemplados no CEAF e avaliar se existem possíveis interações medicamentosas entre os mesmos, para que seja realizado o ajuste do plano terapêutico;

f) Orientar sobre as possíveis reações adversas esperadas com o uso da medicação;

g) Avaliar a farmacoterapia quanto à indicação, doses, frequência, horários, vias de administração, formas farmacêuticas, diluição, duração do tratamento, com o objetivo de atender às necessidades individuais do paciente;

h) Monitorar a necessidade de ajuste de dose de acordo com as características do fármaco, função renal e sistema de diálise.

i) Registrar os eventos adversos relacionados ao tratamento, caso ocorram;

j) Orientar sobre a possibilidade de mudanças na apresentação e/ou formato dos medicamentos ao longo do tratamento, nos casos de mudança de fabricantes;

k) Avaliar se há algum problema que dificulte a adesão ou o acesso do paciente ao tratamento, e trabalhar junto ao usuário e à equipe multiprofissional suporte para saná-lo;

l) Controlar o estoque otimizando a utilização do mesmo, evitando faltas de medicamentos, vencimentos ou subestoques na unidade;

m) Planejar, organizar e controlar as atividades do setor;

n) Ser responsável pelo reabastecimento e pela validade dos medicamentos utilizados para os casos de emergência;

o) Monitorar registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;

p) Receber as requisições das prescrições e dispensar as medicações;

q) Participar de atividades de Educação Permanente;

r) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

V. Compete ao Fisioterapeuta

a) Realizar atendimento fisioterapêutico individual ou grupal para atenção especializada e orientações;

b) Estabelecer junto a equipes estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

c)Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;

d) Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.

e) Realizar atendimento fisioterapêutico para gestantes e puérperas;

f) Realizar avaliação fisioterapêutica específica considerando as comorbidades, idade queixas do usuário;

g) Diagnosticar disfunções e elaborar projetos terapêuticos;

h) Realizar orientação para as principais disfunções musculoesqueléticas dos pacientes das linhas de cuidado.

i)Intervir no tratamento e prevenção de disfunções ginecológicas e urológicas, antes e após parto;

j) Realizar preparação para o parto, com exercícios respiratórios, relaxamentos, orientações posturais, alongamento, fortalecimento do assoalho pélvico e abdominal e drenagem linfática;

k) Realizar orientação sobre as situações da gravidez com restrição de atividades físicas;

l) Participar de atividades de Educação Permanente;

m) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

VI. Compete ao Fonoaudiólogo

a) Acolher o paciente e realizar a avaliação global juntamente com outros membros da equipe;

b) Avaliar e orientar sobre a postura/pega correta para o aleitamento materno;

c) Orientar sobre cuidados com as mamas durante o período de lactação e incentivar o aleitamento materno;

d) Orientar sobre a manutenção da produção láctea caso o bebê necessite de internação em UTIN/UCIN;

e) Orientar sobre a importância da realização das triagens (teste da orelhinha e da linguinha) após o nascimento do bebê.

f) Realizar atendimento fonoaudiológico individual para avaliação, atenção especializada e orientações;

g) Avaliar possíveis distúrbios da deglutição, em paciente com Doença Renal Crônica;

h) Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;

i) Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem;

j) Participar de atividades de Educação Permanente.

k) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

VII. Compete ao Nutricionista

a) Prestar assistência nutricional integral aos pacientes das linhas de cuidado, por meio de avaliação e acompanhamento nutricional, consultas individuais, em grupos e/ou em conjunto com a equipe multidisciplinares baseadas em protocolos preestabelecidos;

b) Desenvolver grupos de orientação sobre educação alimentar;

c) Estabelecer junto às equipes estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

d) Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;

e) Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.

f) Aplicar o inquérito alimentar junto ao paciente e acompanhante;

g) Elaborar proposta de plano de melhoria alimentar individualizado, considerando as preferências do paciente, comorbidades diagnosticadas, contexto socioeconômico e cultural, disponibilidade de alimentos, sazonalidade, capacidade de autocuidado, letramento em saúde, suporte familiar e social;

h) Realizar monitoramento nutricional do paciente doente renal crônico, gestantes com sobrepeso, obesidade, diabetes, síndromes hipertensivas e outras morbidades diagnosticadas;

i) Orientar sobre a influência da alimentação materna no desenvolvimento do feto e incentivar o aleitamento materno;

j) Supervisionar o alimento fornecido durante as sessões de diálise, se o mesmo está nutricionalmente adequadas e seguro para pacientes dialíticos;

k) Garantir o armazenamento seguro dos alimentos que serão fornecidos aos dialíticos

l) Elaborar e ministrar palestras educativas para pacientes, familiares e colaboradores;

m) Realizar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica, adequando-a de acordo com a avaliação nutricional do paciente;

n) Acompanhar a evolução do paciente e orientar paciente, família e/ou responsável legal, quanto à dieta a ser seguida;

p) Implementar protocolos desenvolvidos pela Unidade e pela equipe multiprofissional em pacientes de acordo com o perfil clínico e a evolução dos pacientes que necessitam de cuidados nutricionais;

q) Garantir o registro claro e preciso, em prontuário eletrônico, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente;

r) Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada a pacientes, propondo planos de ações para melhorias;

s) Participar de atividades de Educação Permanente.

t) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

VIII. Compete ao Psicólogo

a) Acolher, escutar e assistir e apoiar psicologicamente a pacientes e famílias, em todo seu processo de adoecer, identificando e interferindo nos cursos dos desajustes emocionais, por meio de instrumentos/programas multiprofissionais tanto individual como em grupo;

b) Emitir relatórios, disponibilizando-os na forma eletrônica, em tempo hábil para uso de toda equipe de saúde as atualizações das ações e orientações decorrentes do acompanhamento psicológico;

c)Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;

d) Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;

f) Elaborar PTS facilitando a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;

g) Elaborar e ministrar palestras educativas para colaboradores, pacientes e familiares;

h) Proporcionar por meio de atividades de recreação adequadas à faixa etária e possibilidades dos pacientes, aumentando a atividade produtiva, diminuindo a ansiedade e proporcionando maior socialização dos pacientes;

i) Participar de atividades de Educação Permanente;

j) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

IX. Compete ao Terapeuta Ocupacional

O terapeuta ocupacional presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação da sua saúde e cuidados paliativos, bem como estabelece a diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional de pessoas, famílias, grupos e comunidades, por meio da interpretação do desempenho ocupacional dos papéis sociais contextualizados, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde, de assistência social, educação e cultura, vigentes no Brasil.

Constituem-se deveres fundamentais do terapeuta ocupacional, segundo sua área e atribuição específica:

I – assumir responsabilidade técnica por serviço de Terapia Ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à Resolução específica;

II – exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;

III – utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e o bem estar, favorecer a participação e inclusão social, resguardar os valores culturais e prevenir condições sócio-ambientais que impliquem em perda da qualidade de vida do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade;

IV – manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo em situações previstas em lei;

V – colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;

VI – oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;

VII – assumir seu papel na determinação de padrões desejáveis do ensino e do exercício da Terapia Ocupacional;

VIII – contribuir para promover a universalização dos direitos sociais, o respeito e a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano oportunizando no âmbito de sua atividade profissional, o acesso e o exercício dos mesmos;

IX – contribuir, com seu trabalho, para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, preenchendo e encaminhando formulários oficiais de notificação compulsória ou quaisquer dessas ocorrências às autoridades competentes ou outros quando constatadas;

X – cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais normatizados pelo COFFITO;

XI – cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupar, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

Art. 4º – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

O horário de trabalho da equipe multidisciplinar é conforme a determinação do conselho de cada profissional dentro do horário de atendimento ambulatorial do HERSO de segunda a sexta-feira das 07:00 às 19:00 horas e enfermarias 24 horas por dia por 7 dias da semana

Todos os profissionais da equipe técnica do HERSO devem ser treinados periodicamente para prestar os atendimentos de urgência e emergência, e todos os colaboradores da unidade devem conhecer os fluxos, protocolos e procedimentos a serem realizados nos casos de intercorrência.

4.4 Proposta para Regimento Serviço de Enfermagem

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

Art. 1º – O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

- Prestar atendimento de enfermagem, utilizando-se de método assistencial.
- Ser campo de ensino, pesquisa e extensão, em cooperação com as unidades de ensino e saúde com as quais o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** for conveniado;
- Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.
- Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.
- Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
- Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
- Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º – O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Técnica Assistencial, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

Art.4º - O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

- Ambulatório Geral, Diagnóstico e Hemodinâmica
- Pronto Socorro
- Bloco Cirúrgico e CME
- UTI Adulto
- Internação e Enfermaria
- Lavanderia e Higienização
- Central de Material e Esterilização – CME
- Controle de Infecção Hospitalar- CCIH

Art. 5º - O quadro funcional para andamento do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

- Gerência de Enfermagem
- Coordenação de Procedimento Cirúrgico e CME
- Coordenação de Enfermagem - Urgência e Emergência
- Coordenação de Enfermagem - Ambulatório, Diagnóstico e Hemodinâmica, Oncologia
- Supervisão de Enfermagem - UTI
- Coordenação de Enfermagem - Assistência à Internação/Enfermarias
- Coordenador de Setor
- Enfermeiros Assistenciais
- Técnicos de Enfermagem
- Estagiários de Enfermagem

Art. 6º - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento,

coordenação e avaliação da assistência de enfermagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

Art. 7º - O Gerente de Enfermagem será o representante do Serviço de Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 8º - A Gerência de Enfermagem será ocupada por enfermeiro com experiência mínima de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

Art. 9º - O Gerente de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado.

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; Licenças regulamentadas em Lei, não superior a seis meses; Participação em eventos; Viagens a serviço.

Art. 10º - Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo Único - As comissões de caráter temporário serão designadas pela Diretoria Técnica, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

Art. 11º - A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 12º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º - A Gerência de Enfermagem compete:

- Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem necessário para atender às necessidades organizacionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR**

FALEIROS MACHADO - HERSO , do próprio serviço, satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados.

- Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, com o objetivo de preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço.
- Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.
- Implantar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

Art. 14º - Compete à Central de Materiais e Esterilização - CME:

- Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado, roupas cirúrgicas e instrumentais utilizados em todos os setores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** .
- Fazer o controle quantitativo e qualitativo de todos os materiais encaminhados aos setores.
- Realizar testes de segurança de esterilização.
- Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCI (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na unidade.
- Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem.
- Preparar as caixas de instrumental para as cirurgias de acordo com as listas atualizadas, seguindo as orientações do enfermeiro supervisor

Art. 15º - Compete ao Setor de Higienização:

- Preparar o ambiente para suas atividades.
- Manter a ordem do ambiente.

- Conservar equipamentos e instalações.
- Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente.
- Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente.
- Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de - Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade.
- Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.
- Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento.
- Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

Art. 16º - Compete à Ambulatorial Geral

- Assistir ao paciente atendendo-o nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua patologia.
- Colaborar com equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do paciente
- Manter o estoque de material, e os medicamentos de seu turno organizados, para bom funcionamento da unidade

Art. 17º - Ao serviço de Controle e Infecção Hospitalar, compete:

- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos.
- Participar da equipe de padronização de medicamentos

Art. 18º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

- Constituir-se obrigatoriamente de acordo com a Resolução COFEN – 172 (1994), que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde.
- Representar o COREN-GO na instituição, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do Exercício Profissional e Ético dos profissionais de enfermagem.

- Garantir a conduta ética dos profissionais na unidade.
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na unidade, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- Notificar ao COREN-GO as reivindicações, irregularidades, sugestões e as Infrações éticas.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 19º - Classificação das categorias profissionais:

- Enfermeiro RT /Gerente de Enfermagem
- Enfermeiros Coordenadores de Setor
- Enfermeiros Assistenciais
- Técnico de Enfermagem
- Estagiários de enfermagem

Art. 20º - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no CORENGO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.
- Enfermeiro Coordenador de Setor: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor.
- Enfermeiros Assistenciais: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe, Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.
- Técnico de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como técnico de enfermagem; estar regularizado com o Órgão de Classe; Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.
- Estagiário de Enfermagem

- Nível Médio: Comprovação de aprovação na disciplina Introdução à Enfermagem ou Fundamentos de Enfermagem. Declaração da Escola Técnica constando a previsão de conclusão do curso.
- Nível Superior: Comprovação de conclusão do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem. Declaração da Universidade constando a previsão de conclusão do curso.

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 21º – São atribuições do pessoal:

Enfermeiro RT/ Gerente do Serviço de Enfermagem:

- Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da instituição, em perfeita conformidade com o regulamento do exercício da Enfermagem.
- Estruturar, organizar e dirigir os serviços sob a sua responsabilidade, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade.
- Organizar, dirigir e supervisionar os serviços executados pela equipe de Enfermagem, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes nas vinte e quatro horas.
- Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da unidade.
- Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias.
- Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, a saber:
- Ambulatório
- Central de Material e Esterilização - CME
- Higienização
- Acompanhar problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção e outros).

- Autorizar trocas de plantões na área de sua responsabilidade que exceda uma carga horária normatizada.
- Aprovar e/ou elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) das áreas de sua responsabilidade.
- Dar sugestão das alterações em Protocolos e Instruções de Trabalho que possibilitem a melhoria contínua.
- Prever com os Enfermeiros Coordenadores de Setor materiais e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas áreas sob sua responsabilidade.
- Realizar controle mensal de: custo com medicamentos, custo com material médica hospitalar; desempenho em relação aos registros de enfermagem; percentual de profissionais que participaram do programa de treinamento; percentual de funcionários novos treinados.
- Propor medidas de redução / eliminação de custos e ampliação de receitas.
- Realizar com os Enfermeiros Coordenadores a programação anual da capacitação para a equipe de enfermagem.
- Colaborar na execução do treinamento da área de sua responsabilidade.
- Colaborar com o Comitê Técnico de Gerenciamento de Resíduos (GTRSS) e com o serviço de Recursos Humanos na capacitação de profissionais da unidade.
- Analisar a avaliação de desempenho semestral.
- Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade.
- Participar das reuniões da CCIH e do CTGRSS.
- Zelar pelo patrimônio e imagem do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.
- Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais.
- Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade.

- Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade.
- Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade.
- Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada.
- Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe.
- Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;
- Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

Enfermeiro Coordenador de Setor:

1. Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar:

- Evolução clínica dos pacientes
- Medicações pendentes (observar as justificativas)
- Materiais em falta
- Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros)
- Supervisionar o horário da passagem do CME
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades.
- Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Técnicos (Assinar e registrar o número do COREN).
- Observar as solicitações de exames e encaminhá-las.
- Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias.
- Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho.

- Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias.
- Supervisionar a realização da evolução dos pacientes, pela (o) enfermeira (o) assistencial.
- Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos.
- Verificar a validade do material em estoque do CME.
- Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas.
- Elaborar distribuição dos técnicos no período da tarde.
- Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo.
- Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames.
- Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde).
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade.
- Controlar entorpecentes e carro de emergência.
- Observar os encaminhamentos de: exames, cirurgias, retornos.
- Realizar reposição dos impressos.
- Dirigir-se a sala do (a) Gerente de Enfermagem:
- Passar o plantão
- Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim
- Realizar treinamento em serviço.
- Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem e posterior aprovação.

PARÁGRAFO ÚNICO: São atribuições do enfermeiro Coordenador do Setor de Lavanderia / Higienização:

- Distribuir diariamente as tarefas a serem realizadas.
- Observar problemas administrativos diversos.
- Autorizar trocas de plantões no serviço de higienização.
- Realizar rondas nos diversos setores da unidade.
- Realizar auditoria do serviço de higienização, utilizando para este fim impresso apropriado.
- Planejar e programar atividades diárias, semanais, quinzenais e mensais do serviço.
- Programar, providenciar e controlar os materiais, equipamentos e saneantes utilizados no serviço.
- Provisionar, controlar e orientar sobre o uso dos EPI's.
- Dimensionar recursos humanos necessários para o serviço.
- Dimensionar área física do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e enxoval.
- Dimensionar equipamentos e materiais utilizados no serviço de higienização e na lavanderia.
- Elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) do serviço de higienização.
- Enviar relatórios administrativos mensalmente à liderança de enfermagem contendo: atividades realizadas, movimentação de pessoal, sugestões de compra de materiais e equipamentos, áreas que devem ser reparadas, e número atualizado de funcionários do serviço.
- Realizar programação anual da capacitação para as equipes da higienização.
- Realizar treinamento da equipe de higienização.
- Colaborar com o CGRSS e com o serviço de Recursos humanos na capacitação de profissionais da unidade no que diz respeito a higienização.
- Realizar controle mensal de: custo com material de limpeza por m^2, média mensal de bombonas de resíduos infectantes geradas, índice de acertos, percentual de colaboradores que participou do programa de treinamento, volume de roupa processada, custo por o quilo de roupa processada.

- Lançar no Sistema os indicadores citados no item 17.
- Participar diretamente do processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção.
- Realizar avaliação de desempenho semestral.
- Participar das reuniões da CCIH quando o assunto pertinente for higienização.
- Participar das reuniões do CGRSS.
- Participar do processo de padronização dos saneantes.
- Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

Enfermeiro Assistencial:

- Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.
- Realizar diagnóstico de enfermagem dos pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.
- Evoluir os pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.
- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
- Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Realizar visita aos pacientes, conferindo a permanência dos mesmos, com o censo eletrônico impresso pela enfermeira do SN.
- Passar para o próximo enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes.
- No início do período, iniciar o relatório de enfermagem.
- Realizar curativos de grande extensão.
- No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências.
- No final do período, participar da passagem de plantão;
- Emitir novo censo da unidade.

Técnico de Enfermagem:

- Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.
- Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira.
- Prestar assistência de enfermagem sob a supervisão da enfermeira.
- Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas.

Estagiário de Enfermagem - Nível Superior

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível superior deverão desempenhar suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro da unidade que o estudante estiver lotado, significando que os registros do graduando de enfermagem no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro do CORENGO de um Enfermeiro.

- Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.
- Fazer diagnóstico de enfermagem.
- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes.
- Evoluir os pacientes.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes acompanhados por um Enfermeiro.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Passar para o Enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes.
- Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia.
- No final do período participar da passagem de plantão.

Estagiário de Enfermagem - Nível Médio

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível médio deverão desempenhar as suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro Principal da unidade que estiver lotado, significando que os registros do estudante no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro no COREN-GO de um Enfermeiro.

- Orientar os pacientes na unidade.
- Executar os cuidados de enfermagem planejados.
- Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.
- Preparar os pacientes para exames complementares.
- Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes.
- Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

CAPÍTULO VI - Do Horário de trabalho

Art.22º - O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 12 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes e serviço de 8 horas por dia:,

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Na elaboração da escala mensal de serviço as folgas consecutivas não deverão ultrapassar a 04 (quatro), sem autorização escrita do Gerente de Enfermagem.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As escalas de serviço, do próximo mês, deverão ser encaminhadas para o Recursos Humanos (RH) até o dia 10 (dez) do mês em curso.

PARÁGRAFO TERCEIRO - As trocas na escala de serviço durante o mês deverão ser realizadas com 48 horas de antecedência, salvo por necessidade do serviço.

PARÁGRAFO QUARTO - Só serão permitidas 04 (quatro) trocas mensais. Uma quinta troca implicará na autorização por escrito do Coordenador Geral de Enfermagem.

PARÁGRAFO QUINTO - As faltas representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares.

PARÁGRAFO SEXTO - As faltas nos feriados sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

PARÁGRAFO SÉTIMO: O ambulatório tem suas atividades de segunda a sexta, sendo 12 horas por dia.

CAPÍTULO VII - Das Disposições Gerais

Art.20º - Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.21º - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art.22º - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art.23º – Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pela Direção Técnica do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e pelo Gerente de Enfermagem.

4.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

4.5.1 Modelo De Gestão Da Informação

O INSTITUTO CEM implementará um conjunto de Sistemas de Tecnologia da Informação que executará a gestão das informações geradas em todos os setores do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** de forma integrada e que atendam aos seguintes princípios:

- Sistema de Gestão da Qualidade.
- Sistema de Gestão Hospitalar.
- Sistema de Prontuários Eletrônicos (PEP).
- Portal da Transparência - Gestão Transparente e Integrada do ponto de vista administrativo-financeiro da Instituição junto à comunidade e entes públicos.
- Gestão integrada de Pessoas, Processos e Prazos

- Gestão Integrada dos protocolos das áreas técnicas (equipe médica e multidisciplinar).

4.5.2 Projeto De Tecnologia Da Informação

A Tecnologia, definida como um conjunto ordenado de conhecimentos científicos, técnicos, empíricos e intuitivos, empregados no desenvolvimento, na produção, na comercialização e na utilização de bens ou serviços, normalmente inseridos numa rede de apoio de relações físicas, informacionais e organizacionais, já foi observada no fim da década de 90 pelo consagrado físico e matemático Freeman Dyson, como apenas uma das forças que impulsionam a humanidade, juntamente com as forças políticas, econômicas e a religião.

A princípio, diante dos grandes avanços tecnológicos, pode-se deduzir que tanto as pessoas quanto as organizações da área da Saúde desfrutam de uma grande evolução e transformação. A realidade, no entanto, poderá se mostrar contrária a esta dedução. A evolução e transformação esperadas estão vindo para as organizações que tiverem a capacidade de gerenciar com competência e eficiência suas tecnologias e o ciclo de vida, externos e internos das mesmas, garantindo desta forma, vantagem competitiva e conquista de mercado.

O fato é que os avanços tecnológicos em especial na Tecnologia da Informação, nos mais diversos setores, exigem um alto grau de investimento, têm um custo operacional e de manutenção altos e tornam-se obsoletos rapidamente, além de em sua grande parte causar impacto operacional no momento da implantação negativo, mesmo que a posteriori os próprios usuários entendam que o processo veio para modernizar e melhorar o fluxo laboral. É por isso que uma gestão competente, que compreenda a dinâmica deste cenário e que tome decisões assertivas alinhadas às estratégias de curto e longo prazo da organização, que saiba entender e compreender e alinhar a visão técnica com a de usuários, é fundamental.

Neste cenário a gestão da Tecnologia da Informação nas organizações, inclusive hospitalares, tem papel determinante, uma vez que a TI é hoje o foco das maiores inovações, permeia toda a organização e vai além, estabelecendo uma nova dinâmica de relacionamento com todos os participantes deste mercado.

Juntamente com sua importância a Gestão da Tecnologia da Informação no ambiente hospitalar traz também suas dificuldades e complexidades. A boa notícia é que outros setores que já vivenciaram estas dificuldades compartilham com outros mercados os

resultados de seus estudos, esforços, implantações e modelagens através de guias de melhores práticas. Algumas destas melhores práticas para a Gestão de TI são mostradas a seguir:

4.5.2.1 Governança de TI

A Governança de TI é um grande arcabouço de metodologias que se prezam a auxiliar na gestão das Tecnologias de Informação.

"A governança de TI é um sistema pelo qual TI é dirigida e controlada na instituição. A estrutura de governança de TI especifica a distribuição de direitos e responsabilidades entre os diferentes participantes da instituição como, por exemplo, a diretoria, os supervisores de negócio e de TI e dita as regras e procedimentos para a tomada de decisão nesta área. Desta forma a governança de TI fornece a estrutura necessária para estabelecer os objetivos de TI e os meios para manter estes objetivos e o monitoramento do desempenho." (Organization of Economic Cooperation and Development)

Através da governança de TI asseguramos que TI está adequadamente alinhada aos processos do negócio e é organizada e controlada corretamente. Ela fornece a estrutura que liga os processos, as informações e recursos de TI às estratégias e objetivos da Instituição.

Ela integra e institucionaliza as melhores práticas de planejamento, organização, aquisição, implementação, entrega, suporte, monitoramento e avaliação de desempenho de TI, para garantir que as informações da instituição e tecnologias associadas suportam os objetivos do negócio.

A governança de TI possibilita que a instituição aproveite todas as vantagens que a informação pode prover, maximiza os benefícios e capitaliza as oportunidades e assim alavanca a vantagem competitiva.

A governança de TI pode ser definida como conjunto de práticas e objetivos que visam o gerenciamento, o controle e a qualidade dos processos e atividades da tecnologia da informação na organização, tendo como foco, a adição de valor ao negócio.

Com sua utilização é possível formular estratégias e metas que irão gerar vantagens competitivas, fazendo com que a organização seja produtiva e proativa, sempre monitorando e antecipando as possíveis futuras falhas e problemas, para fornecer sempre um serviço 100% disponível e confiável.

CICLO DE VIDA DA TI

Identificar quais são as forças que promovem as alterações e evoluções no ambiente de TI da organização é fundamental para que as ações oriundas do BSC sejam conduzidas de forma adequada.

Sob a ótica do ciclo de vida pode-se realizar a perfeita fusão entre os conceitos e metodologias de Governança de TI e os objetivos estratégicos das organizações.

Segundo a ISO/IEC N21846, as fases básicas de TI normalmente são:

- Requisitos;
- Projeto;
- Construção;
- Distribuição;
- Operação e manutenção;
- Melhoria
- Descontinuidade.

Para cada uma destas fases pode-se adotar uma fonte de Governança de TI diferente para gestão.

IMPLANTAÇÃO DE ITIL

Information Technology Infrastructure Library (ITIL) é um conjunto de boas práticas a serem aplicadas na infraestrutura, operação e manutenção de serviços de tecnologia da informação (TI). Foi desenvolvido no final dos anos 1980 pela CCTA (*Central Computer and Telecommunications Agency*) e atualmente está sob custódia da OGC (*Office for Government Commerce*) da Inglaterra.

A ITIL busca promover a gestão com foco no cliente e na qualidade dos serviços de tecnologia da informação (TI).

A ITIL lida com estruturas de processos para a gestão de uma organização de TI apresentando um conjunto abrangente de processos e procedimentos gerenciais, organizados em disciplinas, com os quais uma organização pode fazer sua gestão tática e operacional em vista de alcançar o alinhamento estratégico com os negócios.

ITIL dá uma descrição detalhada sobre importantes práticas de IT com checklists, tarefas e procedimentos que uma organização de Tecnologia da Informação pode customizar para suas necessidades.

Para implementação na unidade serão capacitados todos os profissionais da área de Tecnologia da Informação e áreas correlatadas na última versão do ITIL.

SERVIÇOS

Serviço é uma forma de entregar valor ao cliente facilitando o resultado almejado por eles sem a necessidade de arcar com custos específicos e riscos. O valor do serviço é medido pela sua utilidade e garantia. Utilidade é servir um propósito, melhorando o desempenh médio. Garantia é servir para uso, reduzindo variações de desempenho. Juntos, utilidade e garantia, representam o valor do serviço. O ITIL – Information Technology Infrastructure Libray – é reconhecido mundialmente como um padrão para gerenciamento de serviço e tem como foco principal a operação e a gestão do conjunto de melhores práticas para gerenciamento de processos de TI. A utilização dos processos da ITIL para a implementação da Governança de TI é adotada após o estabelecimento de uma visão conjunta das áreas demandantes com a TI que descreva o objetivo de implementar um Programa de Melhoria Contínua de Serviços e que a organização possua uma resposta clara do que ocorrerá se nada mudar. Os processos do ITIL podem ser subdivididos em: Gerenciamento de Aplicações, Gerenciamento de Serviços e Gerenciamento de Infraestrutura de TI. De modo sucinto o Gerenciamento de Serviço por ser o que contém a maior parte dos processos do ITIL. O principal objetivo do Gerenciamento de Serviços é certificar-se que os serviços de TI estão alinhados com as necessidades do negócio da empresa e seus processos est subdivididos em dois grupos:

Entrega de Serviço (Gerenciamento de Níveis de Serviço, Gerenciamento de Capacidade, Gerenciamento de Finanças, Gerenciamento de Disponibilidade e Continuidade do Serviço);

Suporte de Serviços. (*Service Desk*, Gerenciamento de Incidentes, Gerenciamento de Problemas, Gerenciamento de Configuração, Gerenciamento de Mudanças e Gerenciamento de Versões);

Em razão de sua flexibilidade, a adoção do ITIL traz grandes benefícios, uma vez que não define os processos a serem implementados, mas sim demonstra as melhores práticas que podem ser utilizadas. De forma objetiva, podemos apontar alguns resultados decorrentes de sua implementação, tais como: definição dos ciclos de vida dos processos, análise e

classificação dos erros, aumenta o grau de segurança do usuário, organiza métodos de trabalho, gera melhorias contínuas e referências para novos usuários, contribui como facilitador e integrador entre as áreas de trabalho, disponibiliza recursos tecnológicos em tempo integral, restaura a operação normal do serviço (incidentes), avaliação de impactos de mudança, obtenção e uso de indicadores, entre outros.

4.5.2.2 Ferramentas de Gestão a serem implantadas

Toda organização que possui um modelo de gestão, zela por suas ações de curto e longo prazo e se utilizam de mecanismos sistemáticos e estratégicos para o controle e a evolução da organização. Nestas organizações ferramentas como Plano de Ação – "PA" e Balance Score Cards – "BSC" são adotadas por todos os setores e garantem um alinhamento estratégico das ações. São estas ferramentas que norteiam as ações de TI na organização.

Para isso este INSTITUTO CEM propõe a implantação de um Sistema de Gerenciamento de Saúde, distribuído em duas direções conforme expostas abaixo, que podem ou não sofrer alterações no momento de sua implantação, após o levantamento inicial da realidade do Hospital.

Para essa implantação se fará necessária toda a estruturação da rede de computadores do Hospital, inclusive com a aquisição de servidores para implementação de Active Directory, Servidor de Arquivos, Firewall e Proxy e também para o sistema a ser implantado, bem como desktops para trabalho.

4.5.2.3 Segurança da Informação

Segurança de informação está relacionada com métodos de proteção aplicados sobre um conjunto de dados no sentido de preservar o valor que possui para um indivíduo ou uma organização. São características básicas da segurança da informação os aspectos de confidencialidade, integridade e disponibilidade, não estando restritos somente a sistemas computacionais, informações eletrônicas ou sistemas de armazenamento. O conceito aplica-se a todos os aspectos de proteção de informações e dados.

Todas as informações possuem valores e usos que são diferenciados, por isso precisam ser classificados e recebem diferentes graus de proteção. Classificar a informação é muito importante para evitar o desperdício de investimento na proteção das informações.

INSTITUTO CEM é detentor das diretrizes que definem formalmente as regras e os direitos dos colaboradores e prestadores de serviços, visando à proteção adequada dos ativos da informação.

Desta forma o INTITUTO CEM usa metodologia de classificação da informação é o processo de identificar e definir níveis e critérios adequados de proteção das informações que garantam a sua confidencialidade, integridade e disponibilidade de acordo com a importância para a organização.

A informação deve ser classificada para indicar a importância, a prioridade e o nível de proteção. A informação possui vários níveis de sensibilidade e criticidade. Alguns itens podem necessitar um nível adicional de proteção ou tratamento especial. Um sistema de classificação da informação deve ser usado para definir um conjunto apropriado de níveis de proteção e determinar a necessidade de medidas especiais de tratamento.

Somente através da implantação de política de segurança da informação é possível implantar o contexto de classificação das informações no processo da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

O INTITUTO CEM realiza programa de governança de dados efetivando avaliação de conformidade com os requisitos impostos pela LGPD, sempre observando questões de processos internos; tecnologia e segurança da informação; jurídicas e relacionadas ao cumprimento de determinações expressas da lei e os controles internos implementados sobre privacidade e proteção de dados com cálculo de maturidade de governança de dados.

4.5.2.4 Organização da Gestão Administrativa – Financeira e Geral

MÓDULO: FATURAMENTO SUS

O módulo de Faturamento SUS foi idealizado para substituir os sistemas fornecidos pelo DATASUS, facilitando e agilizando o processo de faturamento. Totalmente integrado com os outros módulos do sistema e sempre atualizado com as últimas novidades do DATASUS, permite faturamento sem perdas e glosas ajudando o aumento da receita hospitalar.

MÓDULO: ESTOQUE, FARMÁCIA E NUTRIÇÃO

O módulo de Estoque permite o controle total do estoque, iniciando com o cadastramento dos itens de forma estruturada (grupo/sub grupo farmacológico, princípio ativo, nome

comercial e fração) e registrando todas as movimentações do estoque com total rastreabilidade de lotes/validades através da utilização de código de barras.

MÓDULO: COMPRAS

O módulo de compras funciona integrado com o Módulo de Estoque/Farmácia, recebendo a requisição gerada por ele e permitindo a montagem de planilhas de cotação, geração de ficha para cotação do fornecedor (via fax ou e-mail) ou a digitação direta pelo fornecedor (em site de internet), geração da ordem de compra e acompanhamento das entregas. Serve tanto para instituições privadas como públicas, já quem também conta com todo o processo licitatório de acordo com as leis atuais.

MÓDULO: GERENCIAL / BI / PORTAL

O módulo Gerencial foi concebido visando a informação imediata e integrada de diversas informações alimentadas em todo sistema.

A ideia é proporcionar consultas, relatórios e gráficos com "um clique" para rápida tomada de decisão dos gestores.

A sua implantação é sempre acompanhada de uma parametrização para adequar as informações às necessidades administrativas de cada instituição e permitir a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (CAF) acessar via Internet (WEB) o mesmo.

MÓDULO: FINANCEIRO

O módulo Financeiro foi desenvolvido totalmente integrado com os demais módulos. A partir dele é possível controlar, além do tradicional contas a pagar e receber, fluxo de caixa e contas correntes, os recebimentos de glosas e recursos do faturamento, os atrasos de entrega de NF dos estoques, previsão orçamentária, custos e demais itens inerentes à uma gestão financeira.

MÓDULO: CUSTOS

O módulo de Custos permite a avaliação dos custos por centro de custo, permitindo análise de rentabilidade de cada um deles e gerando informações para visualização dos custos por paciente, procedimento, médico, especialidade, etc.

Toda a parametrização é feita pelo usuário que têm liberdade de utilizar os critérios de acordo com as decisões da administração.

MÓDULO: MANUTENÇÃO

O módulo de Manutenção permite controlar as ações realizadas pelo Departamento de Manutenção Hospitalar, seja através de alertas sobre manutenções preventivas (integrado com o módulo de Patrimônio) seja pelo acompanhamento das ordens de serviço (internas e externas) da manutenção.

MÓDULO: PATRIMÔNIO

O módulo de Patrimônio auxilia no controle de cadastramento, localização, inventário e depreciação patrimonial. Além disso, integrado com o módulo de Manutenção, permite o controle dos gastos, manutenções preventivas e corretivas realizadas no bem.

4.5.2.5 Organização dos Serviços Assistenciais

MÓDULO: ATENDIMENTO

O módulo de Pronto Socorro permite registro rápido dos pacientes que utilizam este setor, gerando fichas de internação e a conta hospitalar para o faturamento de taxas, procedimentos e materiais/medicamentos em tempo real. Engloba ainda a parte relativa aos totens de emissão e chamamento de senha, Controle de Salas, Gestão do Fluxo de Atendimentos, Classificação de Riscos, Pronto Socorro, Agendamento de Consultas, Exames, Sessões e Tratamentos, Ambulatório e Internação.

MÓDULO: CENTRO CIRÚRGICO

O módulo de Centro Cirúrgico auxilia em todo o gerenciamento do setor, desde o agendamento da cirurgia, geração do mapa cirúrgico, controle de horários, kits de cirurgi até o encerramento com controle de RPA, relatório cirúrgico, folha de gastos e faturamento integrado.

MÓDULO: PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PEP

O módulo de prescrição eletrônica e prontuário eletrônico do paciente foi desenvolvido com o objetivo de agilizar o atendimento médico e diminuir a utilização de papel. Com ele é possível fazer todos os pedidos de procedimentos e prescrição, registrar as evoluções dos pacientes, visualizar laudos, e várias outras atividades necessárias para melhorar a qualidade no atendimento ao paciente.

As interfaces foram desenvolvidas a partir de diversas experiências de implantações bem sucedidas em diversas instituições, levando em conta as diferenças culturais existentes mas também provendo uma padronização de conceitos que além de agilizar o registro médico,

permite maior clareza nas informações, redução de glosas e rapidez na tramitação de documentos o que gera diminuição do tempo de resposta dos setores de apoio.

MÓDULO: DIAGNÓSTICO E TERAPIA

O módulo de Laboratório permite gerenciamento total do setor, desde o registro do pedido até a entrega do laudo, passando por coleta, digitação dos laudos e controle de impressão. Além disso, com o interfaceamento dos equipamentos para obtenção dos resultados (que são transferidos diretamente para os laudos), ajuda a reduzir o tempo de resposta dos exames sensivelmente. Outra vantagem é que os exames confirmados são automaticamente lançados na conta do paciente.

MÓDULO: PROGRAMAS AUXILIARES E DE APOIO

- Higienização e Limpeza
- SAME
- Lavanderia e Rouparia
- Central de Material Esterilizado
- Sistema de Atenção ao Cliente
- Nutrição e Dietética
- Movimentação de Documentos
- Banco de Sangue
- Serviço Social

4.5.2.6 Gerenciamento Eletrônico De Prontuários E Sua Relação Com Sia/Sus E Sih/Sus

No tocante ao gerenciamento e alimentação das informações para o SIH –Sistema de Informações Hospitalares e SIA – Sistema de Informações, do Ministério da Saúde, estas serão geradas eletronicamente pelos softwares que se pretende adotar para a unidade, com todas as informações necessárias para faturamento, com a apresentação de atendimentos de forma eletrônica, as quais serão apresentadas mensalmente de acordo com o calendário proposto pelo Gestor Estadual.

GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS

O uso de tecnologias está cada vez mais fazendo parte da vida das pessoas e instituições, gerando assim transformações nos processos de comunicação, armazenamento, organização e disseminação de informações. Assim, diversos são os setores que vivenciam este processo acelerado de desenvolvimento e inclusão tecnológica, que prometem trazer "soluções" para a vida das pessoas e das empresas, promovendo uma verdadeira enxurrada de aparatos tecnológicos inundando a chamada "sociedade da informação". Dentre os diversos setores que mais têm sido afetados pelos avanços tecnológicos destacam-se aqueles cuja ênfase recai sobre a criação, processamento e disseminação da informação.

Na área da saúde não é diferente, pois ao inserir equipamentos tecnológicos e tecnologias, procuramos dentre outros objetivos, suprir nossas necessidades de administração do grande número de informações médicas.

Contudo, apesar de algumas instituições brasileiras vivenciarem experiências com o PEP, ainda são muitas as pessoas que encontram resistência frente ao uso e implantação desta ferramenta, seja no sentido de não dominarem tais aparatos tecnológicos, seja por não confiarem no armazenamento destas informações. Por outro, lado tais resistências acabam por suscitarem iniciativas por parte das instituições, cujo objetivo é tornar mais prático o gerenciamento das informações.

A quantidade exagerada de prontuários médicos, e a escassez de espaços físicos, bem como a falta de um acondicionamento adequado, configura-se hoje em intensos problemas que precisam de análises e ações urgentes.

Ao serem implantadas tecnologias de informação em unidades de saúde, os profissionais envolvidos nesta área em parceria com Bibliotecários tendem a desenvolver modelos de sistemas que promovam a guarda e o armazenamento desses documentos, como também possibilitar a comunicação entre diversos sistemas articulando assim à área administrativa com a assistência médica.

DEFINIÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O prontuário tradicional vem sendo utilizado ao longo do tempo pelas unidades de saúde, no sentido de fazer o registro das informações sobre o estado de saúde do paciente. De acordo com Roger e Gaunt (1994, p.194), apud Pinto (2006, p. 36), "o prontuário do paciente individual e coletiva, é uma memória escrita das informações clínicas, biológicas,

diagnósticos e terapêuticas de uma pessoa, ás vezes individual e coletiva, constantemente atualizado":

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do Hospital e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, p.11, 2006)

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Legislação Arquivística Brasileira, no uso de suas atribuições criaram resoluções que definem o prontuário médico e normaliza a criação do prontuário eletrônico. Neste âmbito o CFM, define o prontuário do paciente como sendo um:

Documento único constituído por informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, utilizados para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (BRASIL, CFM, 2002).

Neste sentido fica claro que a responsabilidade pelo prontuário do paciente inclui o envolvimento e a participação de uma variedade de profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e outros. Por ser um tipo de documento corrente, estes profissionais compartilham de informações diferentes, dentro de suas respectivas áreas e é por essa multidisciplinaridade de profissionais que surge uma variedade de informações. É neste cenário que o Bibliotecário atua no sentido de organizar as informações, realizando processos de recuperação com o uso de metadados, atuar nos processos de classificação e indexação dos termos utilizados nos POP´S.

Vale ressaltar que o conceito de prontuário médico permanece, a novidade é que passa a ser visto não somente como documento em papel, passando, porém a ser registrado também em suporte eletrônico. Neste sentido, com a proliferação das Tecnologias de informação e comunicação (TICs) no âmbito da saúde, observa-se que o prontuário tradicional passa por transformações no que tange ao formato, tratamento, organização e gerenciamento das informações.

Diante destas definições compreende-se que Prontuário eletrônico é um meio físico de repositório das informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um

indivíduo. Observa-se também que o mesmo pela sua característica, traz consigo inúmeros benefícios obtidos deste formato de armazenamento. Dentre os quais podem ser destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento cientifico atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão e de acordo com Gremy (1987) apud Pinto (2006, p. 38), funciona como fonte de informação para pesquisas clínicas, epidemiológicas; fonte de informação para identificar grupos de pacientes específicos, além de funcionar como mecanismo para a preservação documental.

No entanto algumas considerações devem ser feitas, pois ao mesmo tempo em que o PEP apresenta algumas vantagens em relação ao prontuário em papel, encontra-se de acord com estudos feito por Sabatini (1999), Van Ginneken; Moorman (1997), algumas desvantagens, dais quais pode-se destacar: a necessidade de grande investimento em hardware, software e treinamento; resistência a mudanças; demora na sua implantação e falha na tecnologia.

Diante desta problemática das vantagens e desvantagens da implantação e uso do PEP, observa-se de acordo com estudos recentes sobre prontuários eletrônicos as instituições de saúde, principalmente quando olhada para organizações particulares estão investindo nesta nova ferramenta de armazenamento de informações, visto que esta funciona como ferramenta que facilita a qualidade, no que tange á recuperação das informações em pouco tempo.

4.5.2.7 A Aplicação do PEP no HOSPITAL:

As Recomendações do CFM

Até aqui nosso olhar voltou-se para a discussão do PEP, no qual fizemos um levantamento de literatura quanto às definições da referida ferramenta. Nesta seção abordaremos os requisitos necessários para o uso de sistemas informatizados em unidades de saúde. Tomemos como base a resolução CFM nº 1.639/ 2002, revogada pela Resolução CFM n. 1821/ 2007, que aprova as "*Normas Técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico*", dispondo sobre tempo de guarda dos prontuários e estabelecendo critérios para certificação dos sistemas de informação.

Os modernos sistemas de gerenciamento e armazenamento de informações em saúde devem ser elaborados de forma que apoiem o processo local de atendimento, fornecendo, portanto, comunicação dentro e fora da instituição, tendo uma estrutura comum.

Com os avanços da tecnologia da informação, que vem oferecendo novos métodos de armazenamento e de transformações de dados, as instituições de saúde vêm paulatinamente inserindo estes "equipamentos" em seu ambiente de trabalho. É, pois, através da introdução das TIC'S que o CFM em parceria com a Legislação arquivista brasileira, atendendo as necessidades destas instituições estabelece normas para a criação do PEP, com o objetivo de uniformizar a estrutura, acesso e confiabilidade.

Obedecendo a resolução do conselho federal de Medicina nº 1.639/2002, onde dispõe sobre "*normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário Médico*"; e da legislação arquivista brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT e o decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a lei de arquivos nº 8.159/91), a criação de um prontuário eletrônico deve-se acima de tudo manter a integridade das informações; bem como a privacidade e confidencialidade. Neste sentido o sistema de informação o fará tais controles, através de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme consta na norma ISO/IEC 15.408, para segurança dos processos de sistema.

Com a criação de um prontuário eletrônico, as informações médicas têm a garantia de se manter permanente a guarda destas informações; por meios magnéticos ou ópticos e microfilmados e no caso da digitalização dos prontuários, o CFM e a Sociedade de Informática em Saúde (SBIS), autoriza a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida no anexo da resolução proposta pelo CFM e após ser analisados pela comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Neste sentido com o uso suporte das tecnologias da informação e com a implantação de sistemas informatizados na área da saúde, ocorrerá a inserção de profissionais da saúde que ainda se sentem parcialmente ou totalmente excluídos dessas tecnologias, vindo então possibilitar agilidade e qualidade no atendimento ao paciente. Os profissionais da informação não ficam fora deste contexto, uma vez que podem exercer atividades relacionadas com o uso e disponibilidade de informações, dentre as quais pode-se citar a organização, sintetização, representação e disseminação da informação. Segundo Davidoff, apud Leite e Galvão (p. 02).

[.] podem também ter um papel crucial na recuperação da informação, na criação de sistemas de recuperação da informação, avaliando quais informações são importantes tanto

para clínicos, como para pacientes e suas famílias, selecionando a informação adequada a cada um deles.

Para o desenvolvimento de sistemas para a implantação do PEP, o mesmo deverá manter a integridade das informações através do controle de vulnerabilidades, controle de acesso e métodos fortes de autenticação; bem como utilizar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, processos de back-up, sistemas de auditoria, compartilhamento dos dados, criação de senhas individuais e digitalização dos prontuários. Quanto a certificação dos sistemas informatizados, o mesmo será reconhecido pelo AC (autoridade certificadora) credenciada pelo ITI (Instituto Nacional de Tecnologia da Informação) que é responsável pela AC, afim de garantir a identidade do sistema. Após identificação do software o CFM e a SBIS emitiram um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema.

Deve-se ressaltar que além da criação de um arquivamento eletrônico, o prontuário tradicional deverá permanecer no prazo mínimo de 20 anos, a partir do último registro.

É, pois, a partir das recomendações supracitadas que as entidades criadoras podem distribuir os sistemas para as unidades de saúde, qualquer falta de um desses processos o sistema não poderá ser utilizado. Neste sentido as organizações de saúde devem verificar se os mesmos estão de acordo com as normas do CFM/ e certificado pela SBIS.

O PROFISSIONAL NO GERENCIAMENTO DO PEP:

Habilidades e Competências

Muito se têm discutido sobre as competências e habilidades dos profissionais da informaçã e suas áreas de atuação. A presente seção retoma a estas questões, porém buscando compreender o perfil deste profissional na área da saúde. A princípio, partimos da hipótese de que a área da saúde possui particularidades necessitando, porém de profissionais com formação específica, para que possa atuar na organização, representação e disseminação da informação. Neste contexto vale destacar o enumerado de situações no qual o bibliotecário precisa gerenciar segundo Leite e Galvão (2006) em seu artigo "*Os profissionais da informação em saúde: perfis e campos de atuação*":

- Número crescente de informações geradas diariamente e alta probabilidade de dispersão;
- Abrangência e características das tipologias de informação requeridas pelos diferentes profissionais que atuam no campo da saúde;

- Precisão, relevância e confiabilidade das informações a serem usadas no campo da saúde;
- Tempo limitado para acesso, leitura e compreensão das informações, seja por parte do profissional da informação, seja por parte dos usuários da informação no campo da saúde. *(LEITE, GALVÃO, 2006, p. 02)*

A partir dessas colocações, faz-se necessário pensar em um profissional que além da sua formação, tenha habilidade diante das tecnologias. O processo acelerado da inclusão digital cria a necessidade de adaptações dessas tecnologias para atender as demandas de cada área específica. A área de saúde entra nessa nova globalização, procurando suprir suas necessidades de administração do crescente número de informações médicas.

A literatura da área biblioteconômica resgata trabalhos como os de Silva (2005) que discute o bibliotecário médico, um profissional que trabalha diretamente com os profissionais da área de saúde para a realização de pesquisas. "*A sua parceria com outros profissionais qualifica o atendimento aos pacientes e agrega muito valor na obtenção de resultados mais eficazes para os atendimentos clínicos, estudos acadêmicos e desenvolvimento científico*".

O bibliotecário que atua junto à organização do PEP, não se difere muito desse perfil, já que cabe a ele também a organização das informações, em muito relevantes para a pesquisa cientifica e manutenção do histórico de saúde dos pacientes. Neste sentido, a Ciência da Informação possui uma visão ampla das questões e problemas relacionados ao fluxo de informação e gerenciamento desses sistemas, que pode contribuir consideravelmente para o bom andamento das atividades na área médica. A parceria do profissional médico com o profissional da informação tende a desenvolver modelos de sistemas de informação que otimizem a demanda, a guarda e o armazenamento desses documentos, onde prevaleçam os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o estudo, pesquisa e prática médica.

Muitas bases de dados na área de saúde são desenvolvidas a partir de avançados sistemas de informação. Com a implantação de prontuários eletrônicos inicialmente por sistemas internos e futuramente interligados em rede, ocorrera a inclusão de uma notável parcela de profissionais de saúde que ainda se sente excluídos dessas novas tecnologias, possibilitando assim, qualidade e agilidade no atendimento ao paciente.

A criação desse ecossistema de informação permitirá avanços em escala para a cidadania, a gestão pública e governabilidade estatal, com ganhos sociais para todos. Principalmente

para os profissionais de saúde que terão a possibilidade de ampliar o número de ferramentas de trabalho e recursos disponíveis, em uma rede de cooperação que desonera o fluxo de informação, permitindo assim que o profissional se atenha ao processo de tomadas de decisão e avaliação atendendo as demandas de suas práticas diárias. Para isso a informação deve ser colocada em um ambiente colaborativo de comunicação, seguro, em rede integrada, aberta e modular, que atenda as condições de veracidade, confiabilidade e usabilidade. (MOTA; BABÊTTO, 2004, p. 5).

Nesse ínterim, é possível identificar que o profissional deve estar preparado para gerenciar eletronicamente as informações implantadas; avaliar as informações acompanhando os procedimentos; participar diretamente na implantação do programa garantindo qualidad no arquivamento, eficiência e agilidade na organização e recuperação das informações, além de obedecer à legislação vigente e criar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com sua função no processo assistencial.

O SISTEMA DE PEP

Conforme descrito nesta Proposta de Trabalho, no Módulo: Prontuário Eletrônico, o sistema a ser instalado no Hospital deverá seguir as recomendações de arquivamento, segurança e aplicabilidade do Conselho Federal de Medicina.

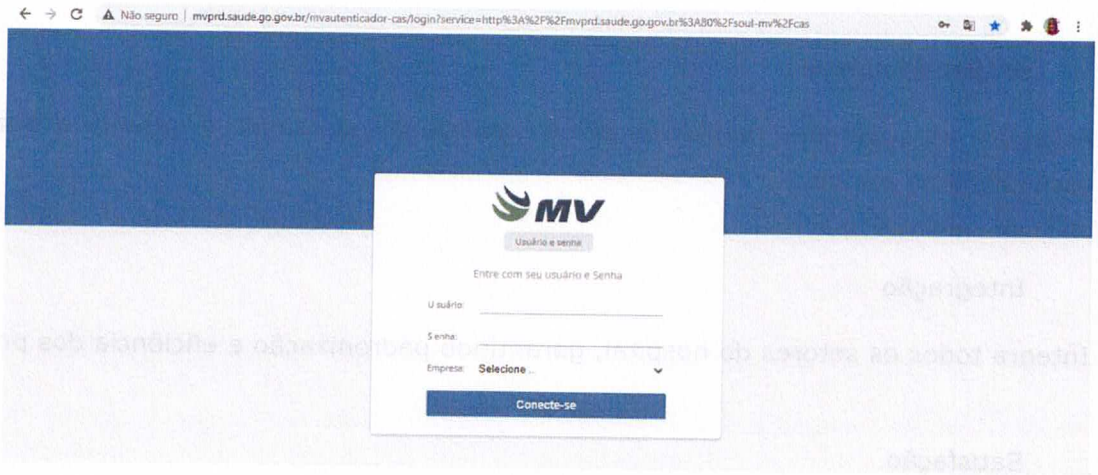
Seguirá ainda as boas práticas de Segurança da Informação (Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade) praticando para isso a redundância de Bases de Dados e distribuição de Sistemas na unidade de saúde. Backups e replicação de dados deverão fazer parte integrante de todo o sistema, e não apenas do PEP, de forma a garantir que em casos de catástrofe tecnológica o tempo de paralisação seja o menor possível para os usuários d sistema.

Ainda seguindo as recomendações do Conselho Federal de Medicina, apesar de não mandatório, após implantação poderá ser estudado a viabilidade de uma possível certificação para a estrutura e sistemas instalados.

4.5.3 Soul Mv– Sistema De Gestão Hospitalar

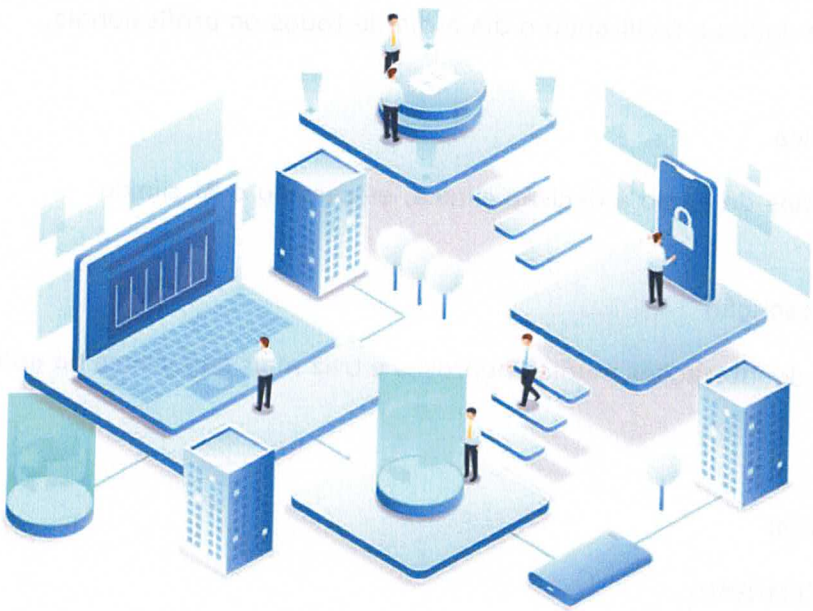
Sistema de gestão hospitalar com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma.

Sistema para o trabalho dos profissionais da saúde com processos automatizados e aumente a produtividade em larga escala com segurança, acessibilidade e mais satisfação.



Global Health

Plataforma de inovação com foco na administração de informações da saúde pública e privada, colaborando com avanços no cuidado individual e hábitos saudáveis.



Otimize processos e obtenha melhores resultados

Contribua para a melhoria de performance de todos os departamentos com soluções que permitem a integração plena dos processos intersetoriais, motivando toda a equipe.

4.5.3.1 PEP

O prontuário eletrônico é o primeiro passo para se tornar um hospital digital.

Assistencialidade

Assegura as atividades realizadas pelos profissionais de saúde e garante a qualidade na assistência ao paciente.

Integração

Integra todos os setores do hospital, garantindo padronização e eficiência dos processos.

Satisfação

Colabora com a satisfação dos pacientes por meio da agilidade no ate

Além do registro de dados

Reúna as informações clínicas e assistenciais de todo o histórico do paciente, simplificando o armazenamento de dados e facilitando o dia a dia de todos os profissionais.

Governança clínica

Integrado com sistemas de apoio à decisão clínica, e-learning e BI clínico.

Validação de prescrição

Possibilita o controle de interações medicamentosas e traz mais segurança na administraçã de medicamentos.

Certificação digital

Possui certificação CFM/SBIS.

Alertas inteligentes

Mantém o usuário advertido sobre possíveis intercorrências que interfiram no tratamento do paciente.

Aplicativo móvel

Disponível em diferentes dispositivos, resultando num fluxo de checagem mais eficiente.

Armazenamento digital

Viabiliza a substituição do SAME por um processo 100% digital, maximizando a segurança das informações.

SAE automatizado

Reúne todos os processos NANDA-I, NIC e NOC dentro do prontuário eletrônico.

Personalização

Possui configurações e formulários customizáveis de acordo com as necessidades da instituição.

Protocolos assistenciais automatizados

Garante suporte a decisões clínicas baseadas em evidências e bases de conhecimento farmacêutico.

Gestão à vista

Viabiliza a gestão de indicadores assistenciais, administrativos e financeiros, para acompanhamento e controle dos resultados da instituição.

Excelência e acreditação

Facilita a conquista da acreditação e certificação da instituição.

Padronização de processos

Simplifica o acompanhamento da produtividade em tempo real e possibilita um controle maior dos processos.

Prontuário eletrônico do paciente

Reúne todas as informações e histórico do paciente em um prontuário eletrônico único, eleito o Melhor da América Latina.

Controle de glosas

Possibilita a auditoria de contas hospitalares com o controle de glosas.

Personalização

Permite configurações e customização dos formulários de acordo com as necessidades da instituição.

Alertas inteligentes

Mantém o usuário advertido sobre possíveis intercorrências que interfiram no tratamento do paciente.

Integração

Integra todos os setores do hospital, facilitando o fluxo de trabalho dos profissionais.

Segurança

Maximiza a segurança das informações e mantém protocolos de confidencialidade.

4.5.4 Trello -Aplicativo De Gerenciamento De Projetos

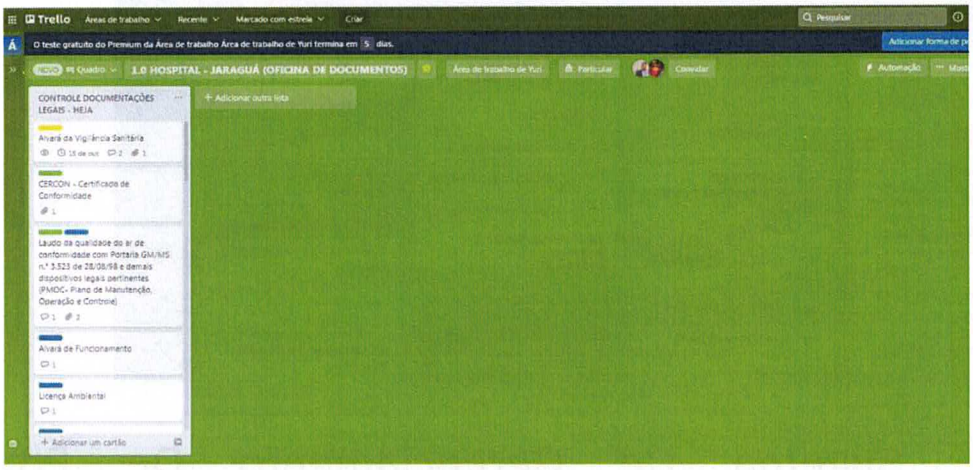
O Trello é uma ferramenta de gerenciamento de projetos. Disponível para desktop e também para celulares Android e iPhone (iOS), se apresenta como uma ferramenta extremamente versátil que pode ser usada para organizar projetos que envolvem equipes numerosas como em grandes hospitais por exemplo.

O Trello organiza projetos em quadros (boards), em que são inseridas listas de tarefas a serem seguidas individualmente ou em equipe. Cada lista recebe cartões (cards) co descrições, prazos determinados e objetivos a serem concluídos.

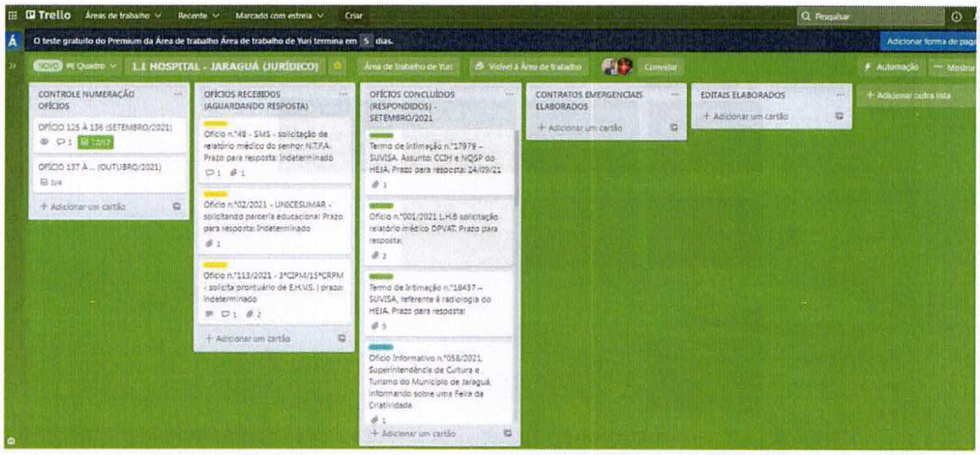
Os boards podem ser compartilhados com qualquer pessoa com cadastro no Trello, e é possível adicionar múltiplos usuários aos cartões. Marcar alguém em um card não só significa determinar que aquele membro da equipe esteja responsável pela tarefa em questão, como também faz com que todas as demais pessoas do quadro estejam cientes do que cada um está trabalhando no momento.



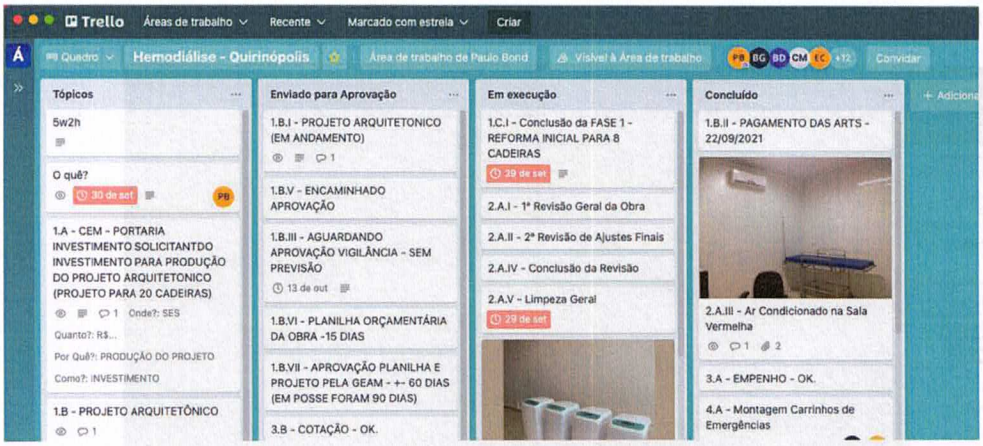
Com uma interface intuitiva e recursos como checklists, upload de arquivos multimídia e etiquetas coloridas, o Trello pode ser um aliado útil no planejamento de gerenciamento de cada unidade se saúde hospitalar, bem como na confecção dos mais variados tipos de documentos.



A titulo de ilustração, a seguir destacamos como funciona o Trello e utilizamos a ferramenta para melhorar a produtividade do gerenciamento das unidades de saúde gerenciadas pelo Instituto CEM especificamente em um quadro denominado de JURÍDICO, onde é feito o controle de recebimento, envio e numeração de ofícios, bem como o controle de editais e contratos com prestadores de serviços.



Utilizamos também um quadro para gerenciamento e operação das ações com relação a implantação da Hemodiálise, onde é feito todo o controle de autorizações, aquisições e conclusão das tarefas relacionadas a sua implantação.



4.5.5 Sistema De Gerenciamento De Processos Doccem.

O gerenciamento eletrônico de documentos fornece soluções práticas para o controle documental da unidade hospitalar e os departamentos de BackOffice. A forma mais comum de utilização deste sistema é através do acesso à internet ou por intranet, de forma a acessar versões digitais de documentos relevantes ao fluxo de processo administrativo.

A principal vantagem na utilização de sistemas baseados no gerenciamento eletrônico de documentos é a otimização do tempo na busca dos mesmos, além de economia em espaço físico destinado ao arquivamento e acesso, bem como a sequência de tarefas e workflow das mesmas.

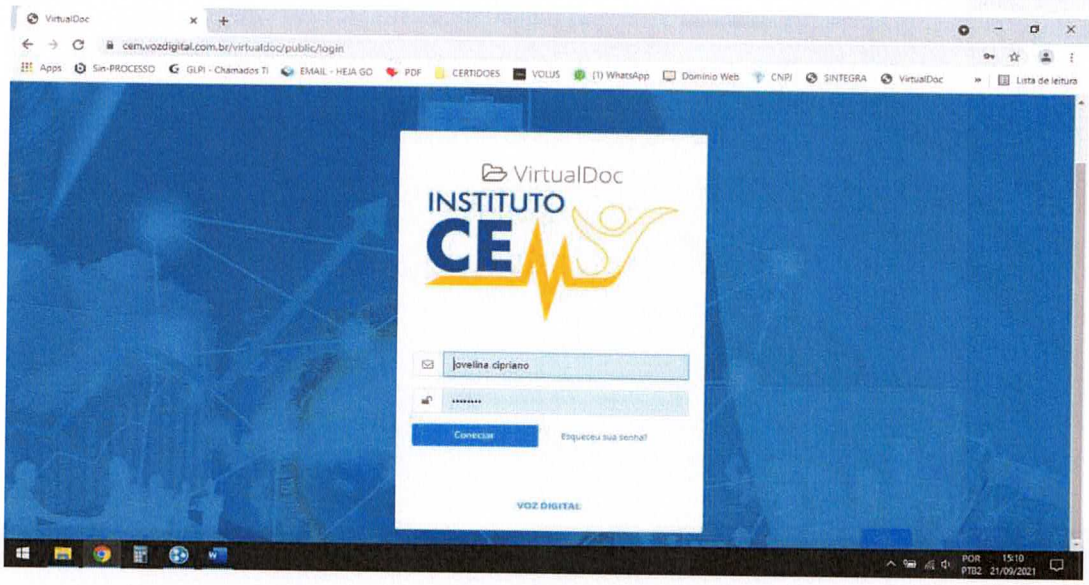
Os documentos eletrônicos são armazenados e recuperados a qualquer tempo, fácil e rapidamente, para visualização ou edição.

O **DOCCEM** é uma solução tecnológica criada pelo INSTITUTO CEM, que desenvolve e proporciona aos seus colaboradores soluções tecnológicas que visam simplificar a gestão documental e processual, agilizando o fluxo de trabalho e, dessa forma, aumentando a produtividade das unidades hospitalares que delas se beneficiam.

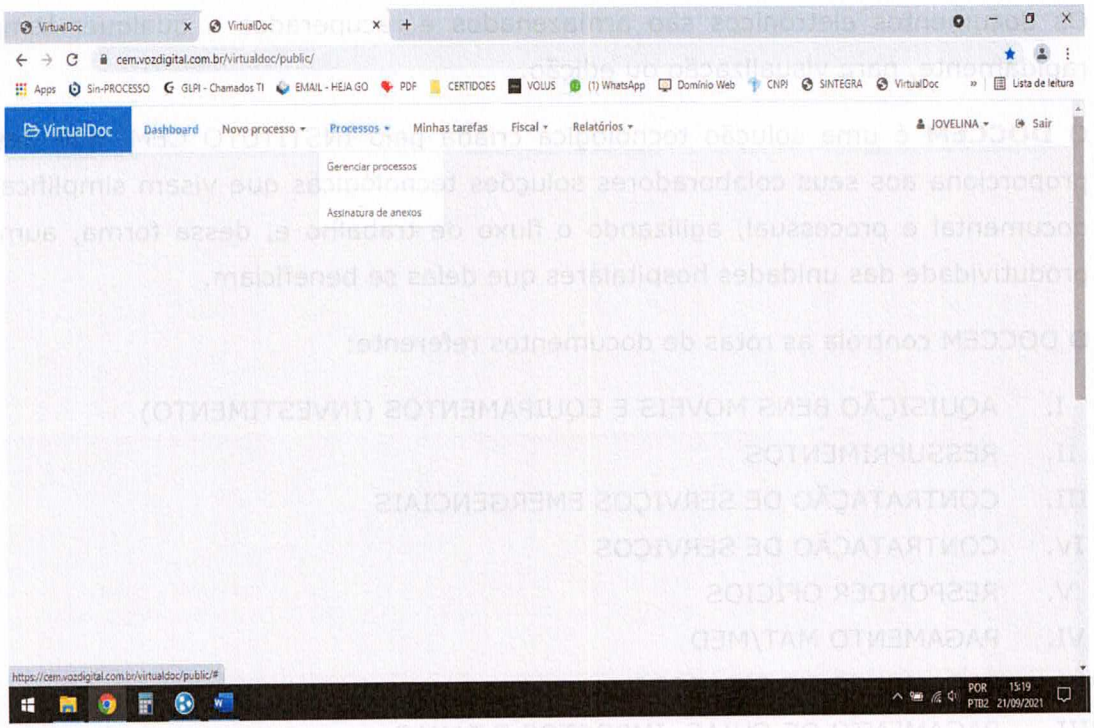
O DOCCEM controla as rotas de documentos referente:

I. AQUISIÇÃO BENS MOVEIS E EQUIPAMENTOS (INVESTIMENTO)
II. RESSUPRIMENTOS
III. CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS EMERGENCIAIS
IV. CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS
V. RESPONDER OFÍCIOS
VI. PAGAMENTO MAT/MED
VII. PAGAMENTO DE SERVIÇOS
VIII. PAGAMENTO DE GUIAS, IMPOSTOS E TAXAS
IX. PAGAMENTO DIVERSOS
X. PAGAMENTO DE PESSOAL
XI. RESCISÃO

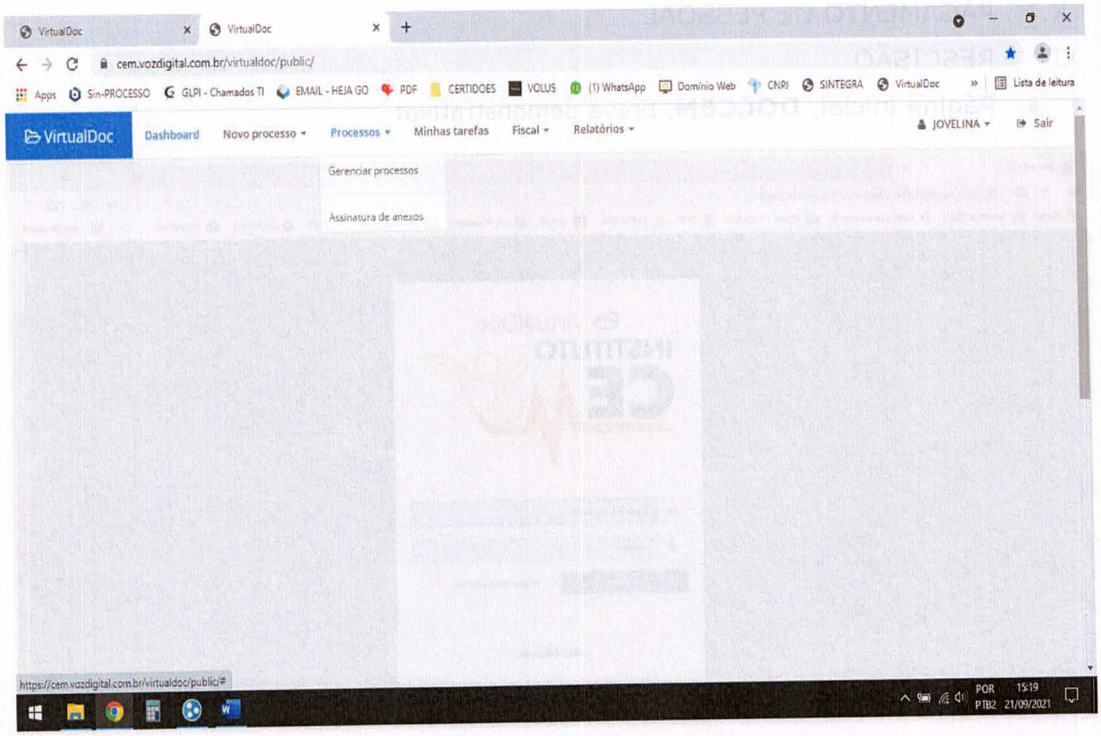
- Página inicial, **DOCCEM,** breve demonstrativo**:**



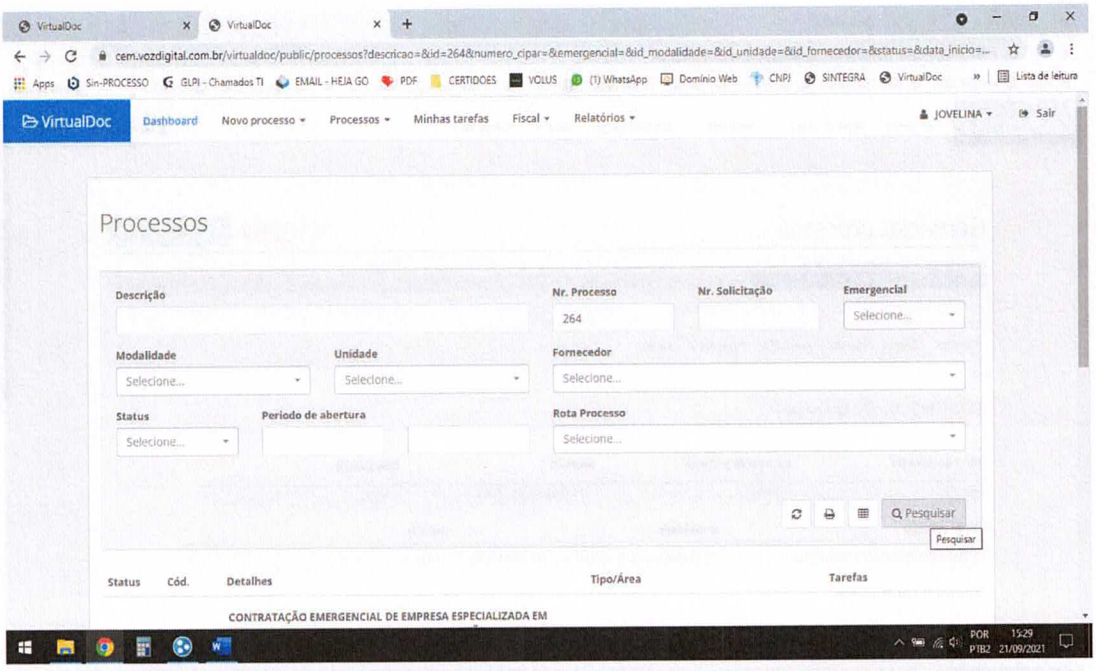
- Clicar em processos



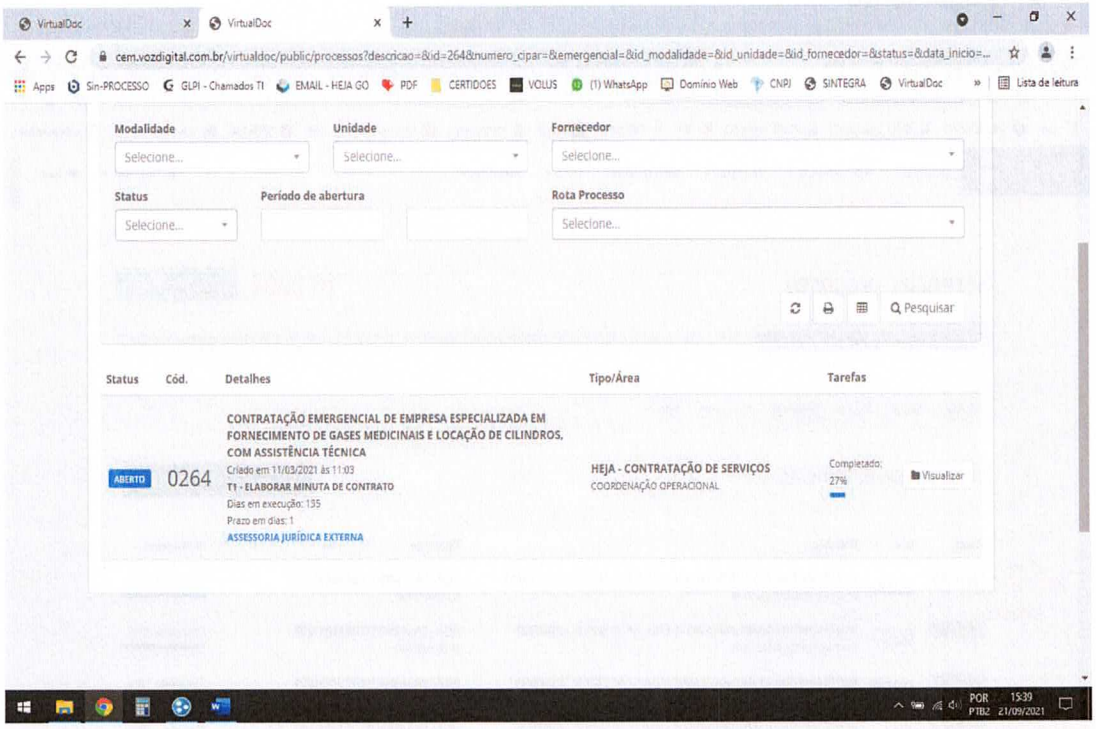
- Gerenciar processos.



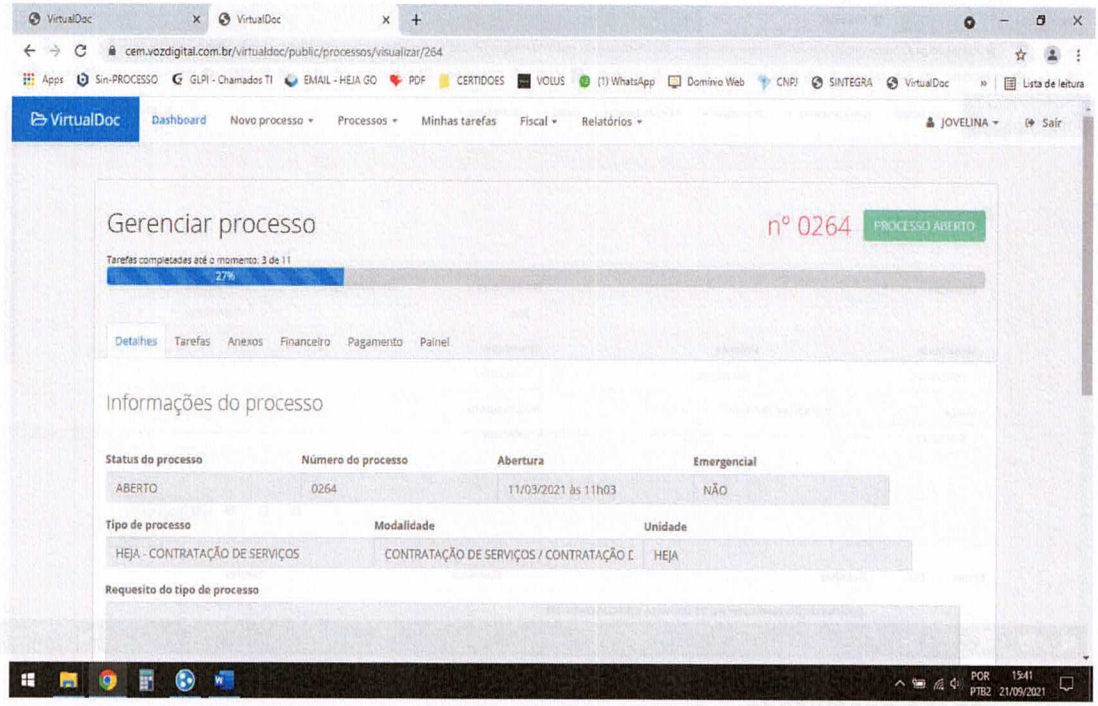
- Número do processo Ex: 264 - pesquisar



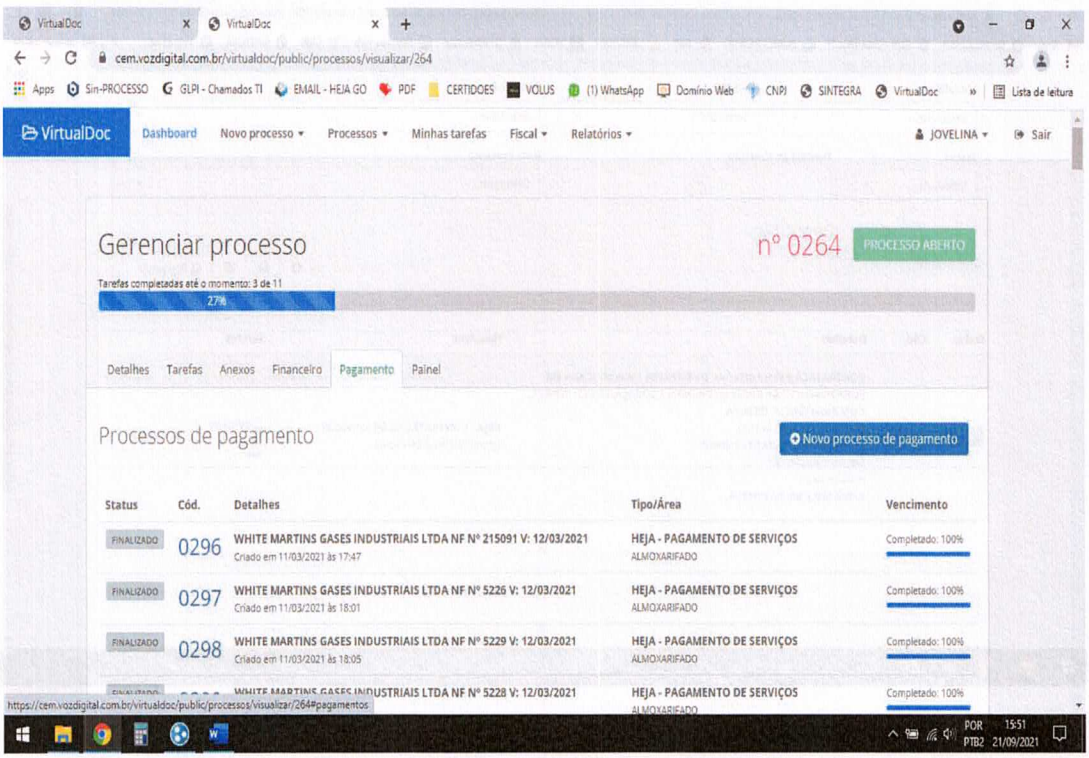
- opção pesquisada



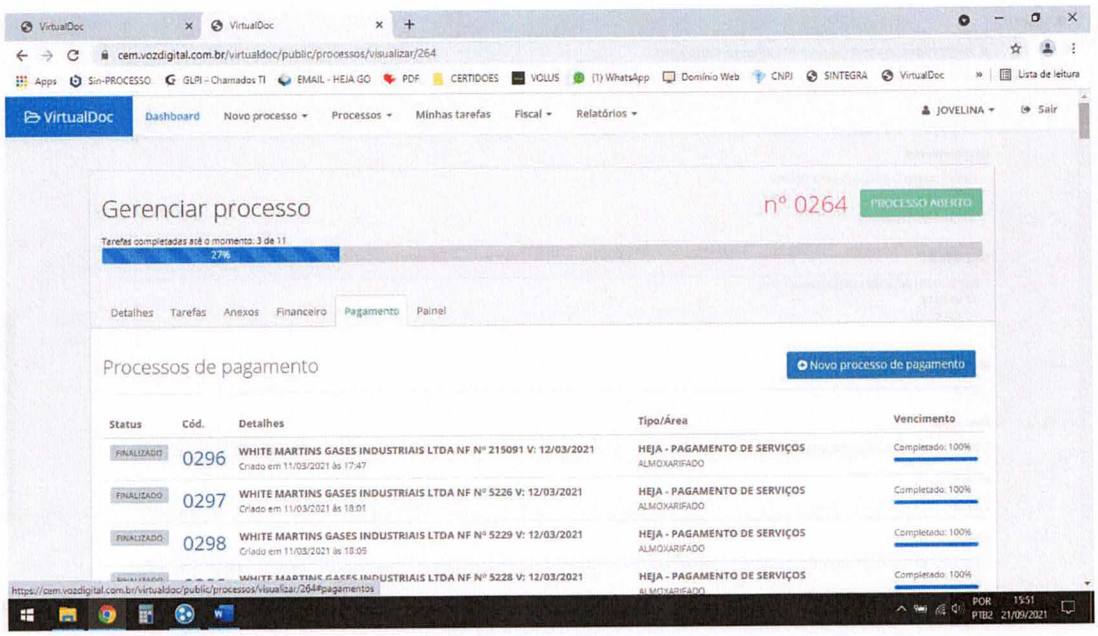
- Visualizar
- Visualizar



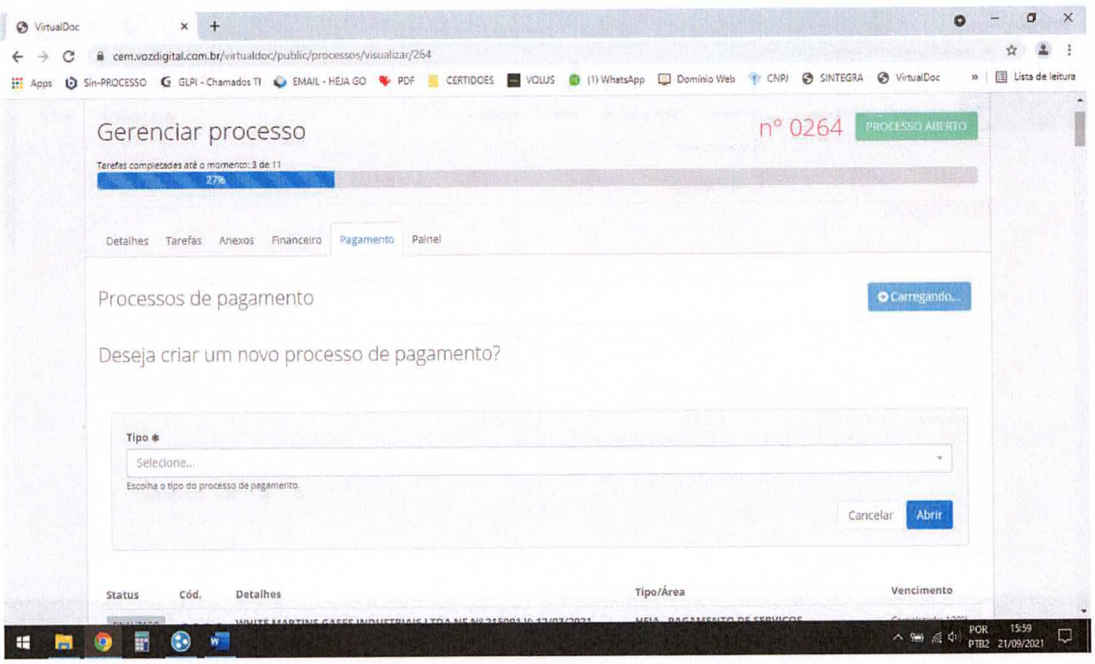
- Pagamento



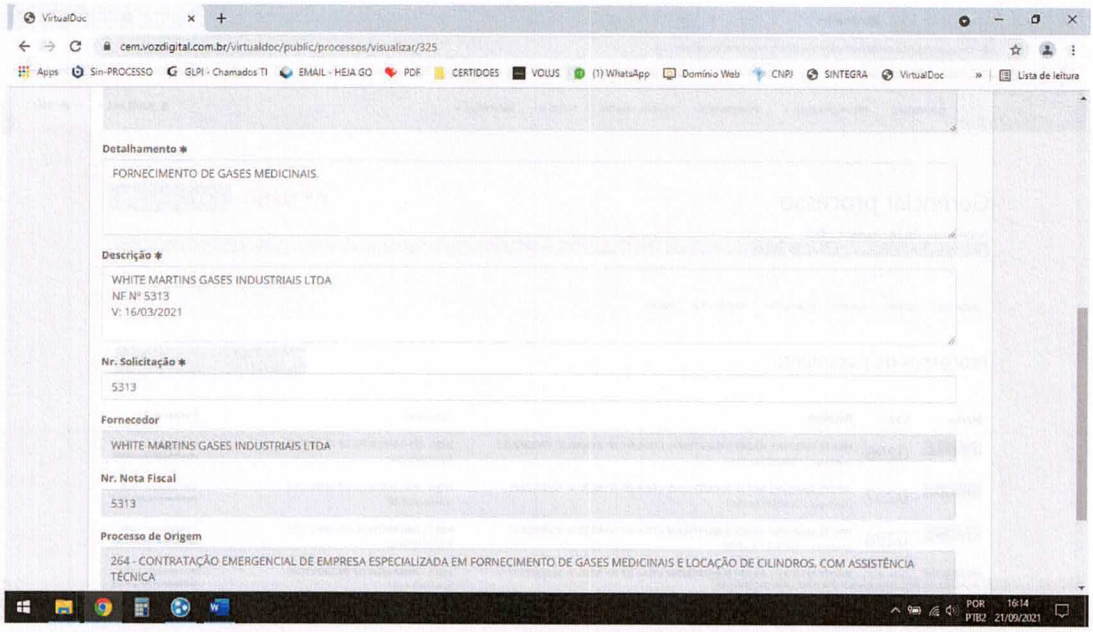
- Novo processo de pagamento



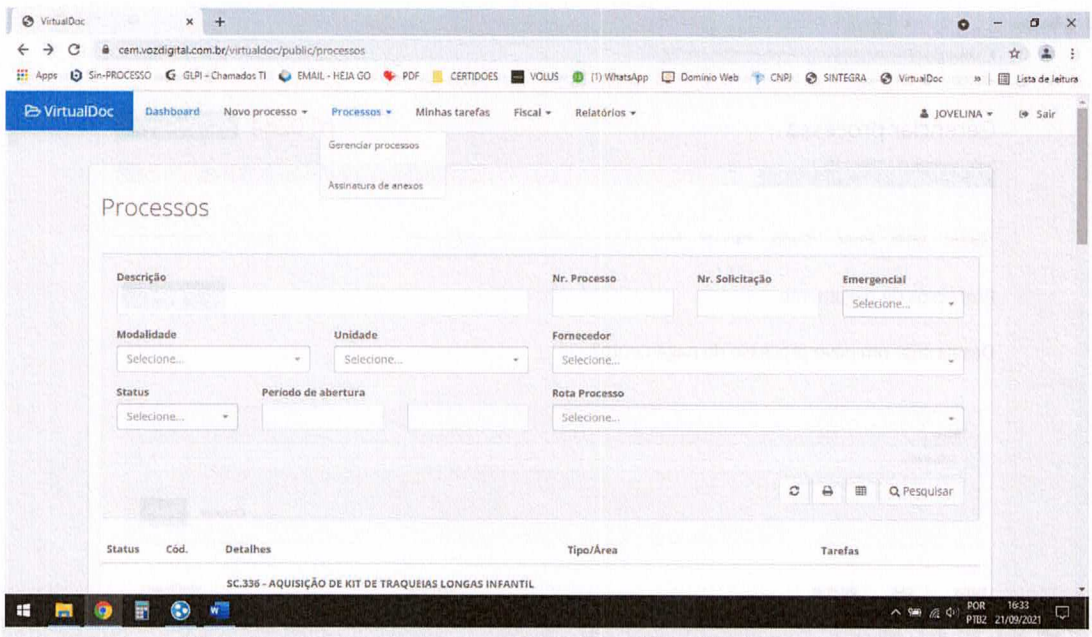
- Tipo de processo –> pagamento de serviços –> abrir



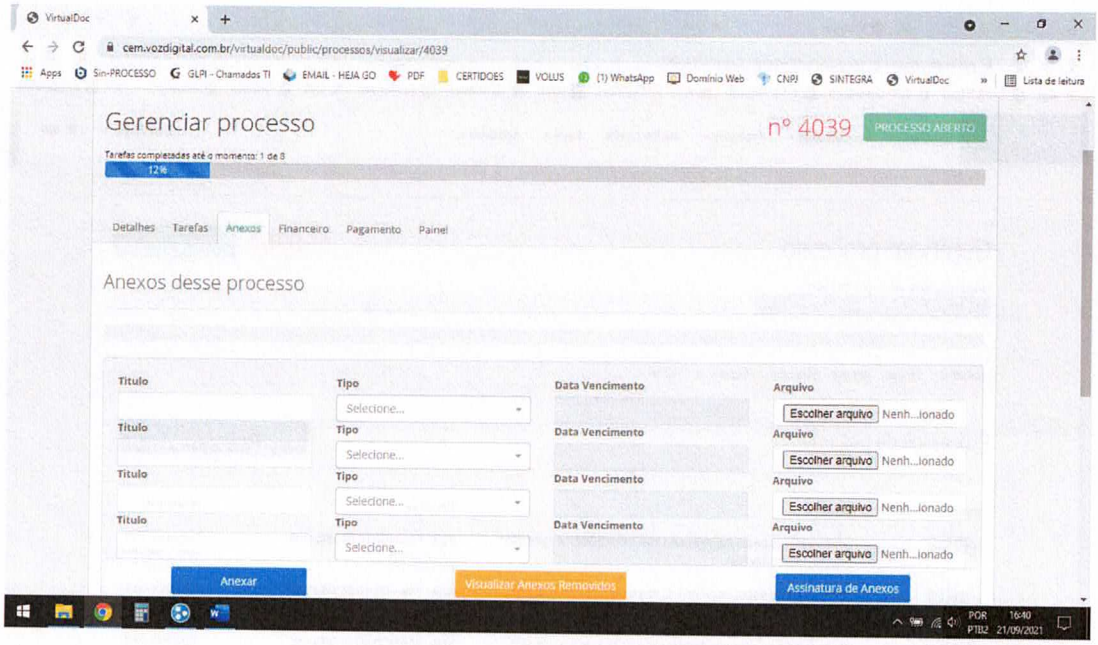
- Preencher->descrição da empresa–> número da nf-> data de vencimento-solicitação-> número nf- nome do fornecedor->número da nf-> salvar dados do processo



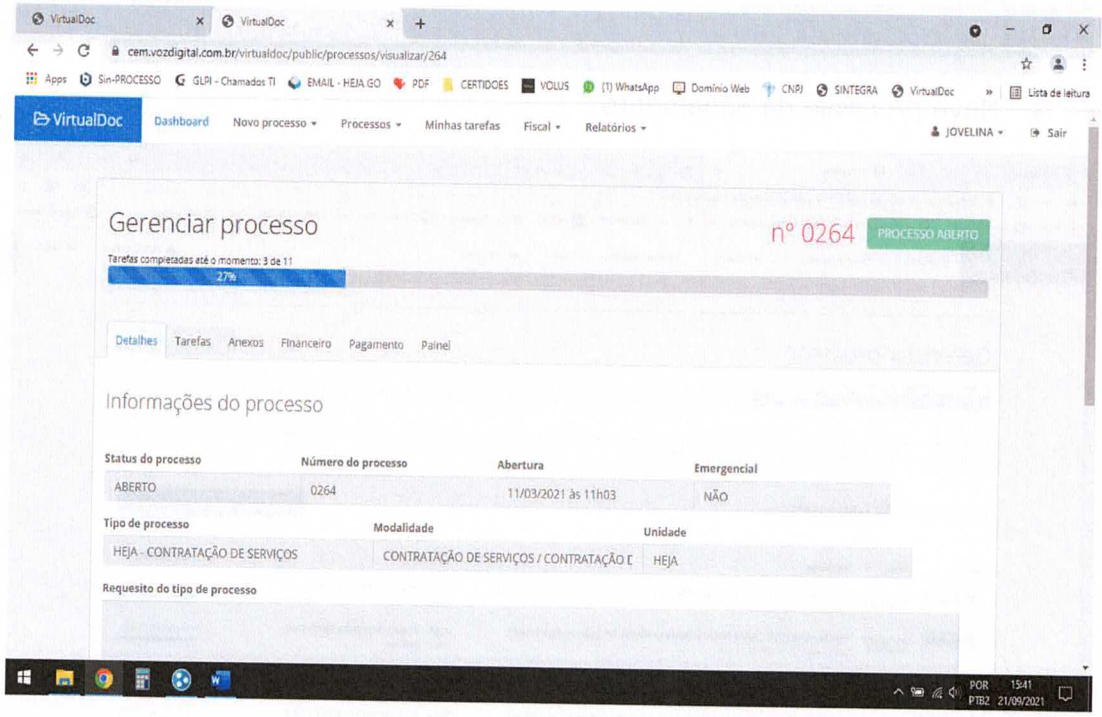
- Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo



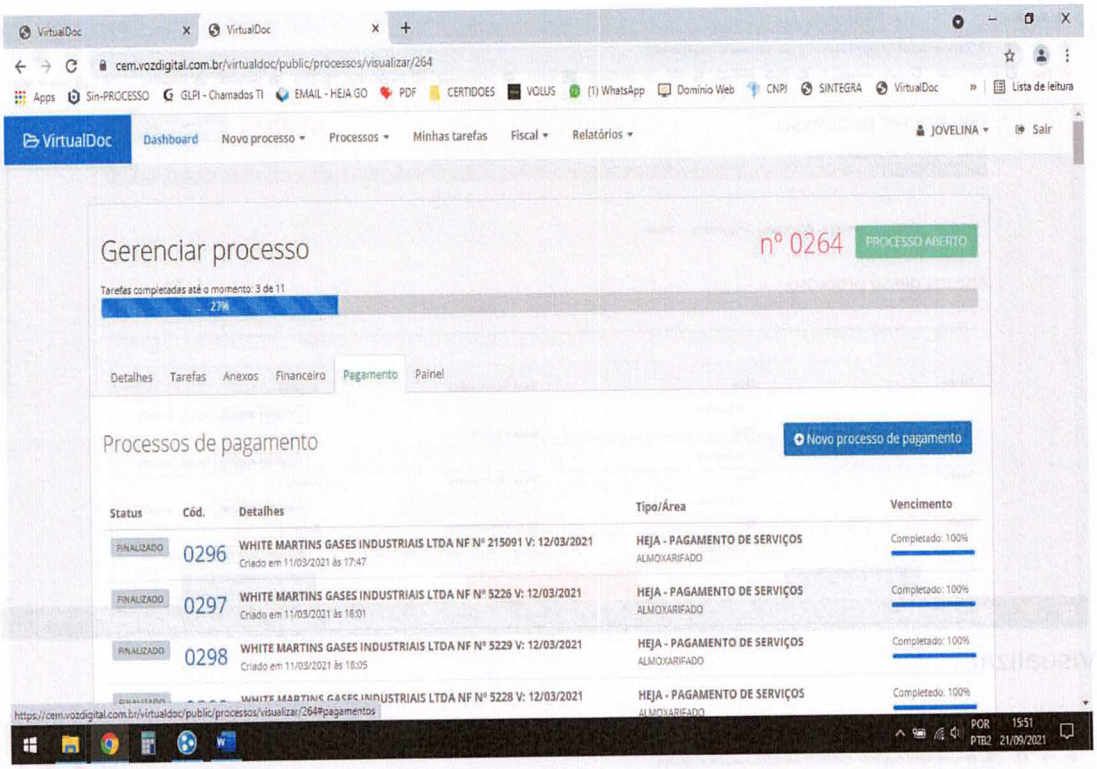
- Clicar em anexo-> arquivo->escolher arquivo->anexar nota fiscal-boleto-certidões



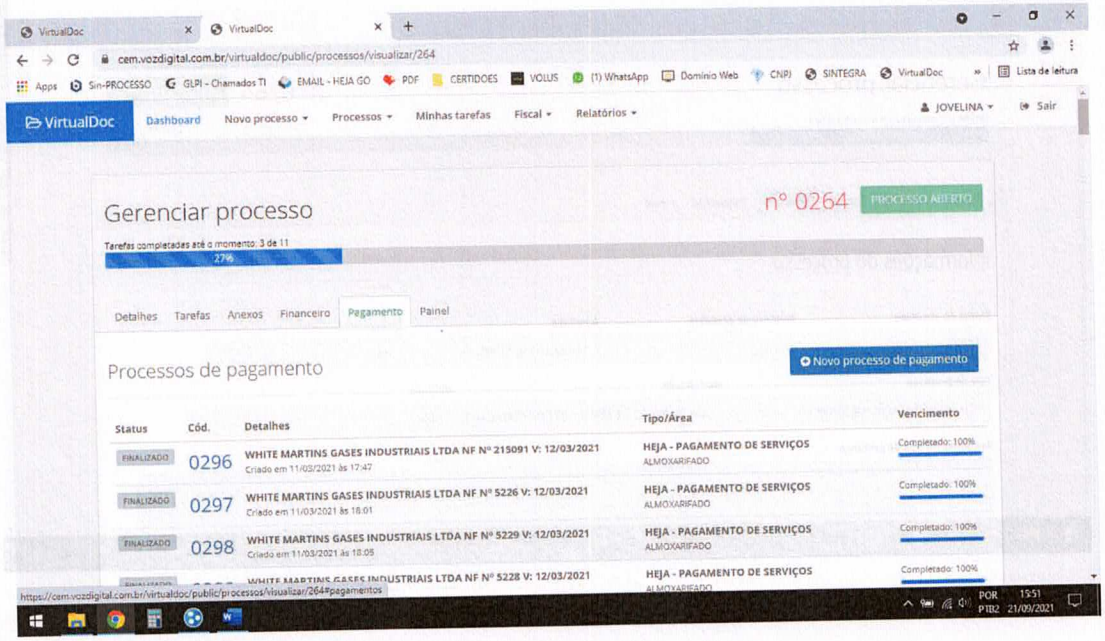
Visualizar



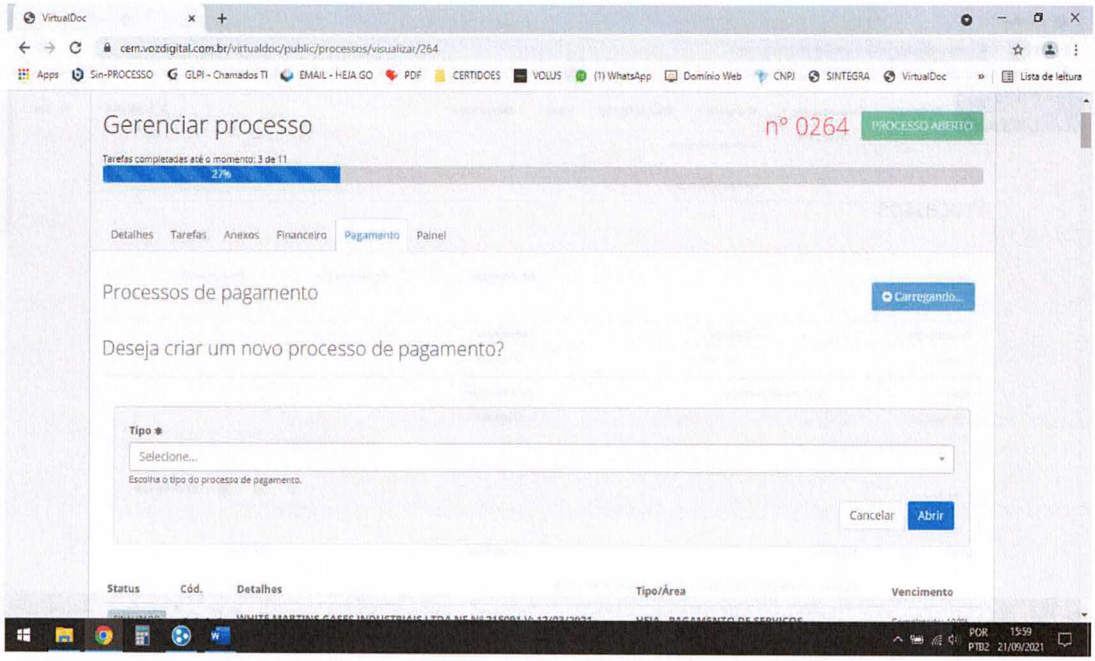
- Pagamento



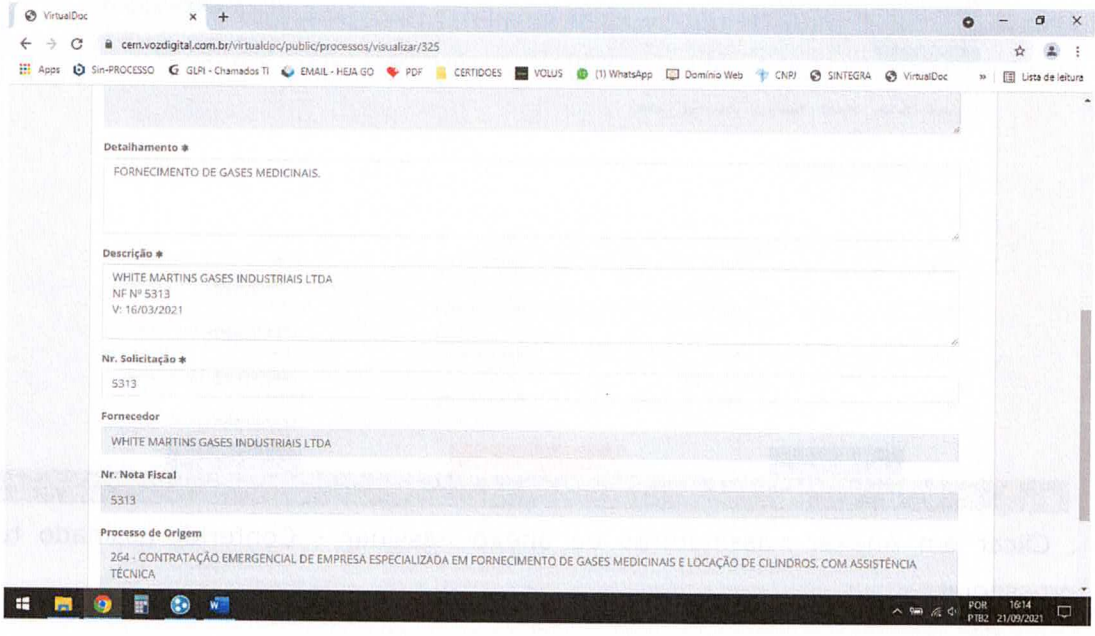
- Novo processo de pagamento



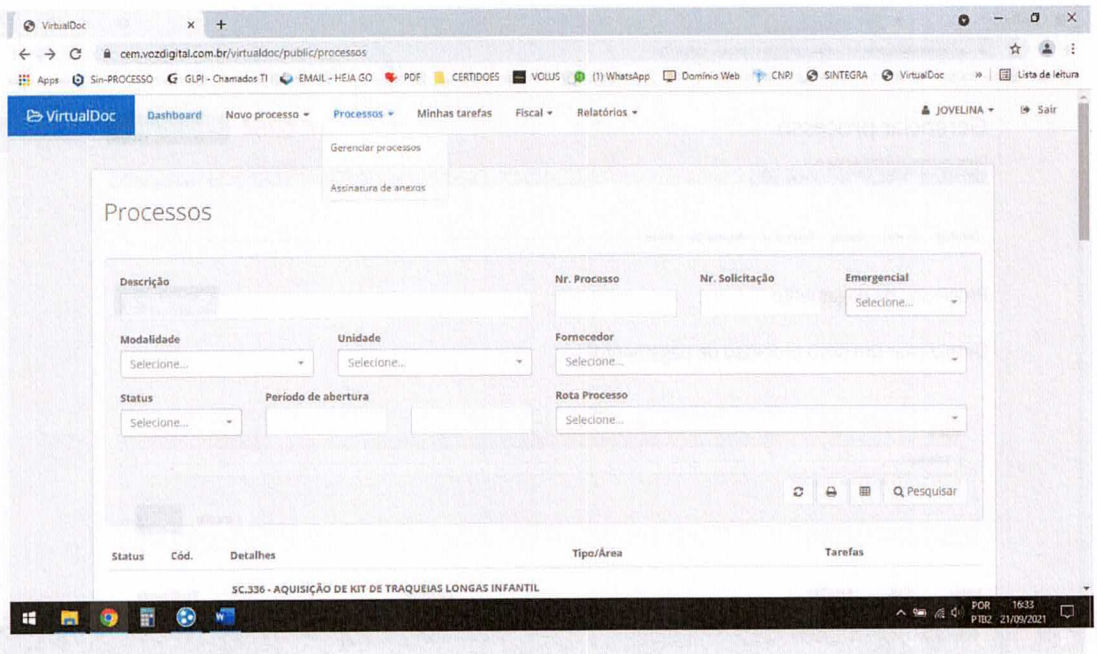
- Tipo de processo –> pagamento de serviços –> abrir



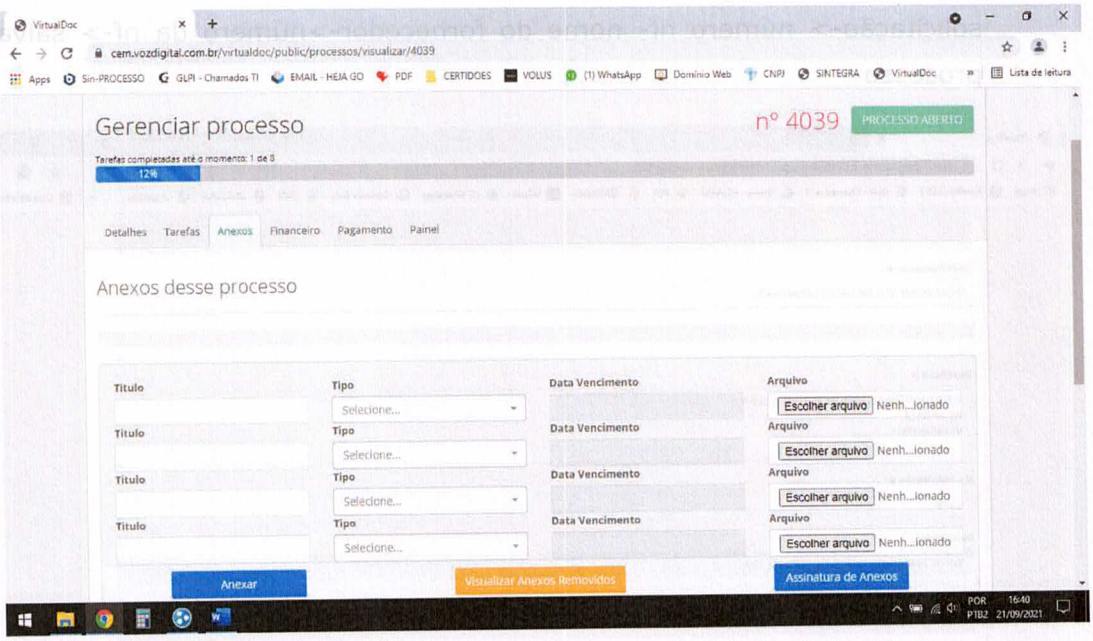
- Preencher->descrição da empresa–> número da nf-> data de vencimento-solicitação-> número nf- nome do fornecedor->número da nf-> salvar dados do processo



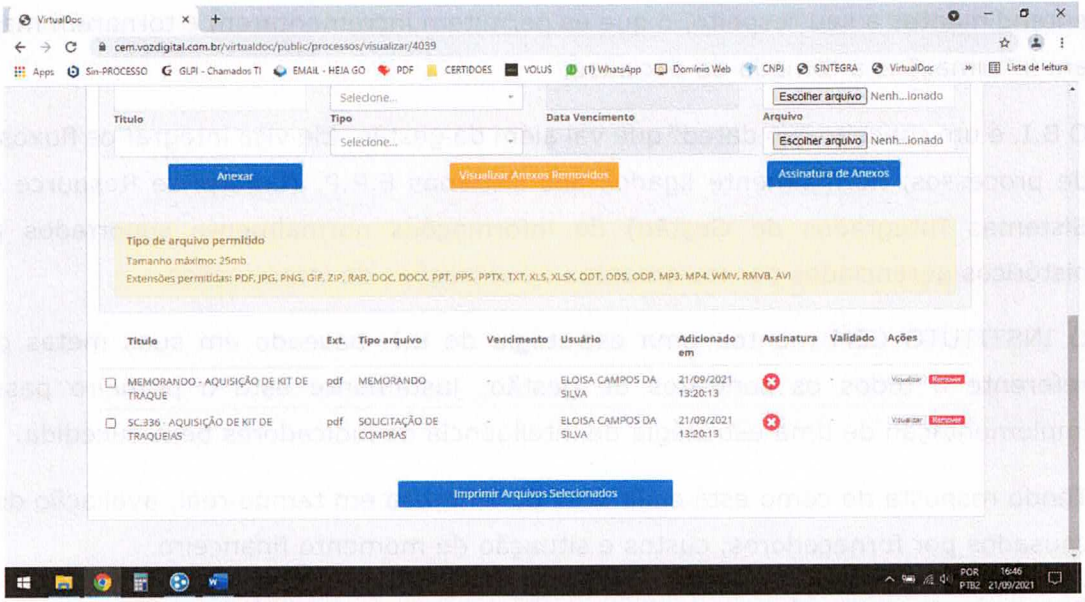
- Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo



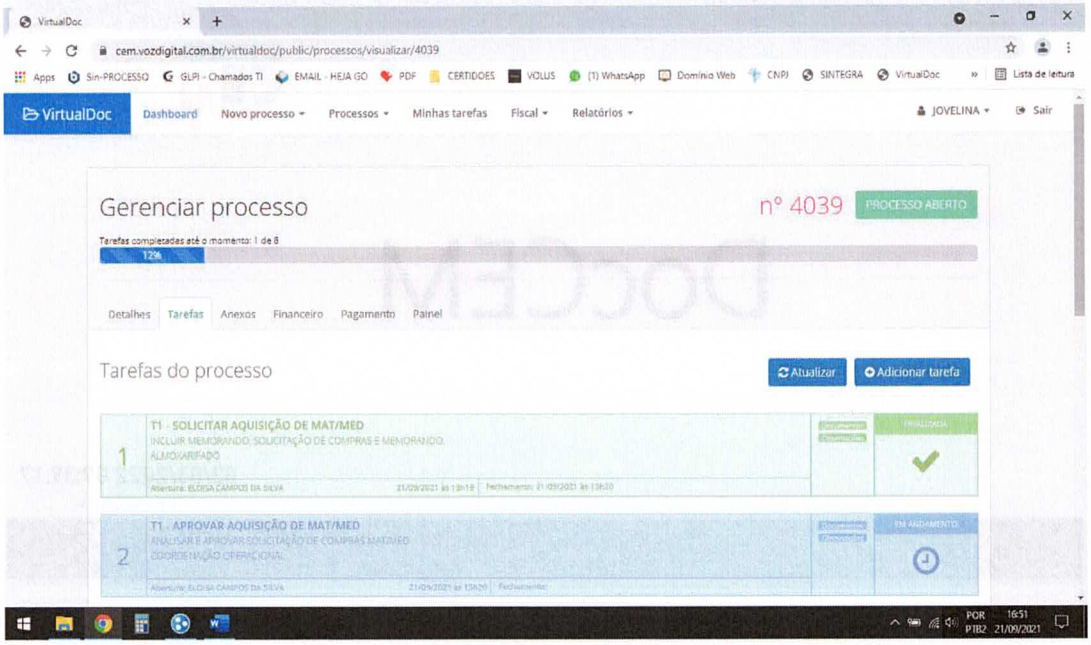
- Clicar em anexo-> arquivo->escolher arquivo->anexar nota fiscal-boleto-certidões



. Clicar em Anexar->assinaturas de anexo->assinar - Conferido-assinado tudo correto prosseguir.



- Clicar em tarefas->iniciar execução->finalizar execução – processo concluído.



4.5.6 Gerenciamento De Dados Business Intelligence.

A Inteligência de Negócios, ou Business Intellingence, é um termo criado pela Gartner Group. Este conceito surgiu na década de 80 e descreve as habilidades das corporações para acessar dados e explorar informações, analisando-as e desenvolvendo percepções e

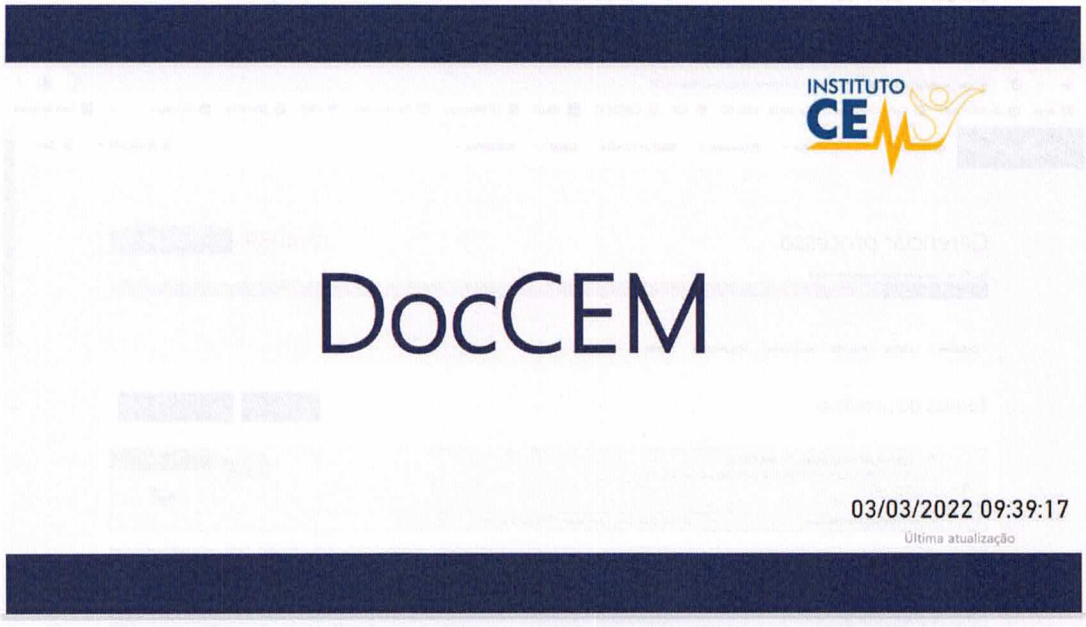
entendimentos a seu respeito, o que as permitem incrementarem e tornarem mais pautada em informações a tomada de decisões.

O B.I. é um conceito "up dated" que vai além da gestão. Ele visa integrar os fluxos de gestão de processos, normalmente ligados aos sistemas E.R.P. (Enterprise Resource Planning - Sistemas Integrados de Gestão) de informações normalmente suportados por dados históricos gerenciados por ferramentas de extrações de informações.

O INSTITUTO CEM montou uma estratégia de B.I. baseado em suas metas contratuais referente a todos os contratos de gestão, justamente este o primeiro passo para a implementação de uma estratégia de inteligência de indicadores bem-sucedida.

Tendo resposta de como está cada área da empresa em tempo real, avaliação de impactos causados por fornecedores, custos e situação de momento financeiro.

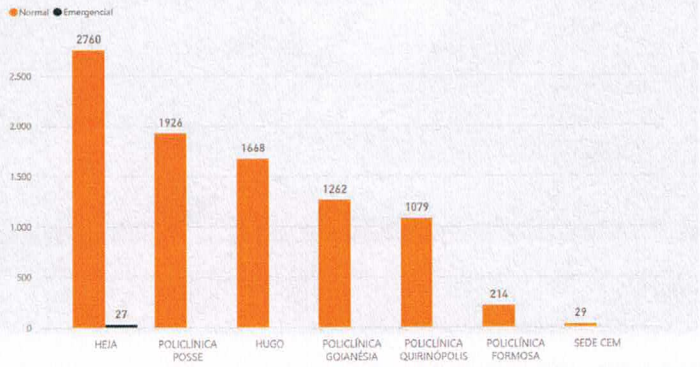
Exemplo o Data Warehouse do Fluxo de Documentos no DOCEM:



PROCESSOS EMERGENCIAIS E NÃO EMERGENCIAIS

8965	8938	27
Total de processos	Normal	Emergencial

Unidade	Emergencial	Normal
HEJA	27	2760
POLICLÍNICA POSSE		1926
HUGO		1668
POLICLÍNICA GOIANÉSIA		1262
POLICLÍNICA QUIRINÓPOLIS		1079
POLICLÍNICA FORMOSA		214
SEDE CEM		29
Total	**27**	**8938**

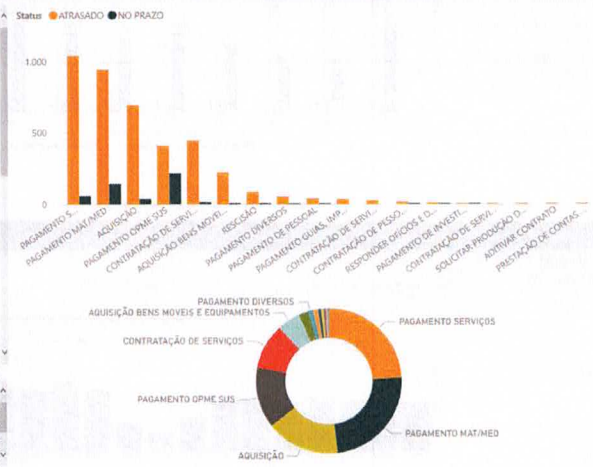


DocCEM

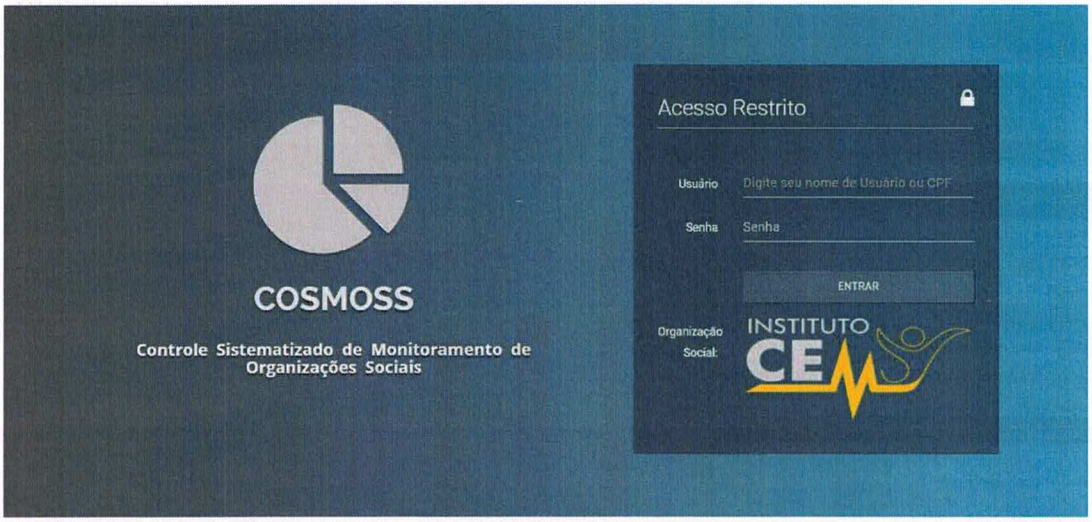
MODALIDADE/PRAZO PROCESSO EM ABERTO

Modalidade	Status	Total
RESPONDER OFÍCIOS E DOCUMENTOS OFICIAIS	NO PRAZO	1
ADITIVAR CONTRATO	ATRASADO	2
PAGAMENTO DIVERSOS	NO PRAZO	2
PRESTAÇÃO DE CONTAS CONTÁBIL	ATRASADO	2
CONTRATAÇÃO DE PESSOAL CLT	NO PRAZO	3
SOLICITAR PRODUÇÃO DE OFÍCIO	ATRASADO	3
PAGAMENTO DE INVESTIMENTO	NO PRAZO	4
PAGAMENTO DE PESSOAL	NO PRAZO	4
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS*	ATRASADO	5
PAGAMENTO DE INVESTIMENTO	ATRASADO	5
RESCISÃO	NO PRAZO	7
AQUISIÇÃO BENS MOVEIS E EQUIPAMENTOS	NO PRAZO	8
RESPONDER OFÍCIOS E DOCUMENTOS OFICIAIS	ATRASADO	10
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS	NO PRAZO	16
Total		**4549**

Status	Total
ATRASADO	405
Total	**454**

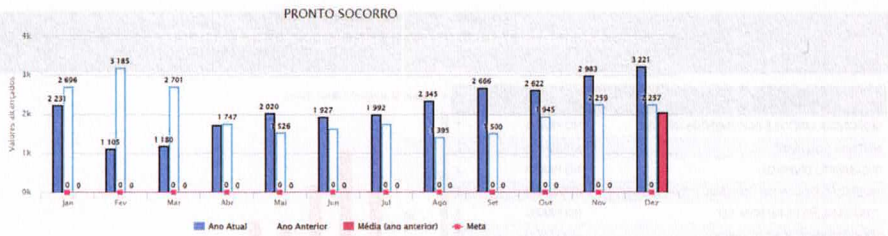


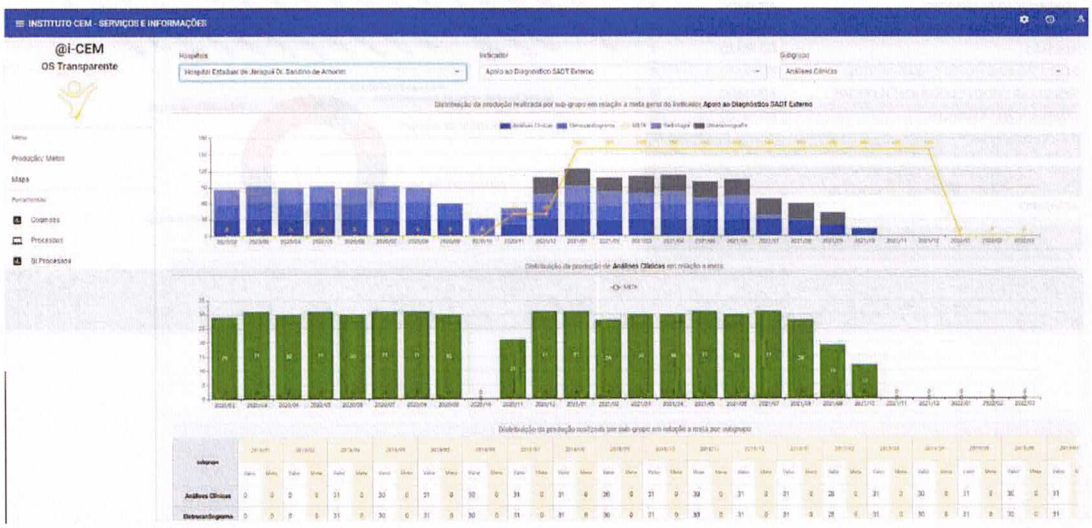
DocCEM



Resultados	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual
Resultado Ano Atual	2231	1105	1180	1718	2020	1927	1992	2345	2666	2622	2983	3221	
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Resultado Ano Anterior	2696	3185	2701	1747	1926	1623	1747	1395	1500	1945	2259	2257	2048

Objetivo da medição:
Processo:
Fórmula:
Valor Médio do Ano Anterior: 2048
Observações: Quantidade de consultas de pronto socorro realizadas no mês





4.5.7 Política De Segurança Da Informação

1. OBJETIVO

A Política de Segurança da Informação tem por objetivo prover as diretrizes no âmbito do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, dos ativos formados por dados, informações e materiais sigilosos, bem como dos sistemas computacionais e das áreas e instalações onde são produzidos, armazenados ou trafegam, além da preservação da inviolabilidade e da intimidade da vida privada, da honra e imagem das pessoas e da instituição.

As ações de segurança da informação e das comunicações a serem elaboradas no âmbito institucional do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** , deverão observar sempre a garantia da disponibilidade, integridade, confidencialidade e autenticidade das informações, lembrando sempre que as informações classificadas em qualquer grau de sigilo devem estar disponíveis estritamente a quem estiver autorizado.

2. DEFINIÇÕES

As definições constantes deste item se aplicam de forma a auxiliar a interpretação da Política de Segurança da Informação e das Comunicações no âmbito institucional e também no estabelecimento de futuras normas complementares.

3.SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado;

4.PÚBLICO – ALVO

5.APLICAÇÃO

Unidades Setoriais e Departamento de Tecnologia da Informação

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

O setor de tecnologia da Informação é responsável pelo Gerenciamento da rede de dados da unidade, Gerenciamento das Políticas de acesso as informações, Gerenciamento do Sistema Hospitalar, Manutenção das estações de trabalho (computadores), assim como seus servidores, Manutenção dos Arquivos produzidos pela unidade, Manutenção da rede de dados Física (exceto a de terceiros), Distribuição, Instalação e Remanejo dos computadores da Unidade e Suporte ao Usuário.

6.1 Descrição

A segurança é direcionada contra ameaças – naturais, acidentais ou intencionais - de destruição, modificação ou divulgação indevida das informações e para o impedimento de fraudes;

A informação deve ser tratada como um patrimônio a ser protegida no acesso, tráfego, uso e armazenamento, de acordo com sua classificação em graus de sigilo e criticidade;

A política de segurança deve ser conhecida e seguida por todos os usuários da instituição;

O Departamento de Tecnologia da Informação é responsável pela gestão da segurança de toda informação produzida e deve promover e disseminar a importância da segurança da informação, por meio de programas de sensibilização e conscientização dos seus usuários;

Registros e informações sigilosas devem ser protegidos contra perda, destruição e falsificação, sendo mantidos de forma segura para atender requisitos legais e regulamentares;

Os sistemas e equipamentos de informação estão sujeitos a monitoramento remoto e eventual inspeção local, a fim de prestar suporte e coibir a utilização indevida dos mesmos e danos resultantes desta utilização;

O resultado de qualquer monitoramento é considerado sigiloso e deverá tramitar como tal dentro da instituição;

Devem ser mantidos planos de contingência e recuperação de desastres, formais e periodicamente testados, para garantir a continuidade das atividades críticas e o retorno situação de normalidade, de acordo com os critérios definidos pelo Departamento de Tecnologia da Informação;

O usuário deve ter acesso autorizado apenas às informações, instalações e recursos necessários e indispensáveis ao seu trabalho, de acordo com perfis do setor e departamentos definidos formalmente e:

a. Com o objetivo de resguardar a rede (internet/Intranet) serão bloqueados o uso de jogos, redes sociais, receitas, site de vídeos e músicas ou qualquer outro site que não seja compatível com as atribuições do setor;

b. É obrigatório o uso de conta e-mail funcional para o exercício das atividades; e

c. A autorização de acesso dos itens "a" deverá ser justificada e encaminha ao Departamento de Tecnologia previamente assinados por Gestor da área solicitante ou Coordenador da Unidade através do e-mail Institucional ou Memorando interno.

O acesso a informações e sistemas de que trata o item 6.11 será concedido, ao usuário que tenha a necessidade de conhecer, mediante identificador pessoal (**login**) e senha, pessoal e intransferível e com validade estabelecida, que permita de maneira clara o seu reconhecimento;

O usuário que tem acesso a informações confidenciais ou reservadas somente poderá fazer uso destas para os fins aprovados pelo respectivo gestor das informações, respeitando as regras de proteção estabelecidas;

Os usuários devem estar cientes das normas de segurança das informações vigentes, bem como, dos procedimentos de segurança vigentes.

Deve ser disciplinado o uso correto da informação e de recursos computacionais de forma a minimizar possíveis riscos à segurança;

O acesso às informações que não sejam classificadas como públicas, dependerá da autorização do gestor da informação e deverá respeitar o grau de sigilo necessário, utilizando-a no estrito interesse da Administração em razão das suas atividades funcionais;

Quando do afastamento ou desligamento do usuário das suas atribuições faz-se necessário o cancelamento imediato dos direitos de acesso e uso da informação, além do preenchimento de termo de desligamento;

Os incidentes de segurança, tais como: indícios de fraude, sabotagem ou falha na segurança em processos, sistemas, instalações ou equipamentos devem ser prontamente notificados à chefia imediata e ao responsável pela gestão de segurança da informação;

As condições e termos de licenciamento de software e os direitos de propriedade intelectual devem ser respeitados, estando vedada a instalação de programas de computador não homologados e licenciados.

Os recursos do parque tecnológico e suas vinculações não podem ser utilizados para constranger, assediar, ofender, caluniar, ameaçar ou causar prejuízos a qualquer pessoa física ou jurídica, nem veicular opiniões político-partidárias;

A entrada ou saída de equipamento computacional (patrimônio) das instalações da instituição deve ser informada pelo detentor do equipamento (responsável pelo bem patrimonial), sendo o trânsito permitido mediante a autorização da unidade competente;

6.2 Organização e composição do setor de tecnologia da informação

O setor de tecnologia da informação do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e composto por um coordenador e uma equipe de 09 (Nove) pessoas dividias nas áreas de Administração, Desenvolvimento, Redes, Suporte e Manutenção, com seu funcionamento de 24 horas por sete dias n semana.

6.3 Softwares e Hardwares

O setor de Tecnologia da Informação – HERSO Trabalha com a política de Respeitar os direitos de propriedade intelectual, de acordo com a regulamentação pertinente, em particular a lei de direitos autorais de software, com os softwares licenciados que esta empresa possui, o setor de TI homologa a instalação dos seguintes softwares:

- Libreoffice, OpenOffice, Mozila ThunderBird, SOUL MV, BMA SISTEMAS, SIPEF Navegadores de Internet (Chrome, Mozila e Internet Explorer), sistemas desenvolvidos pela TI e ou contratados pela gestão do Hospital.
- Havendo necessidade de instalação de um determinado software que não esteja na lista de softwares permitidos e que o mesmo seja explicitamente para fins d trabalho, deverá ser encaminhado um memorando para a TI solicitando autorização para a instalação do devido software e seu licenciamento.
- Não é permitido sincronizar, plugar ou carregar a bateria de qualquer tipo de equipamento não autorizado pela TI nos equipamentos de informática (CPU, Monitor, Estabilizador, Régua, Switch e etc.), e em suas respectivas portas USB.
- O uso de Pendrive, Hds Externos e Cartões Sds estão bloqueados para o uso para fins de segurança contra possíveis Vírus que possam ser propagados por tais.

6.4 Servidores de Arquivos

Possuímos um servidor exclusivo para o arquivamento de documentos dos setores, cada qual com o nome do setor e com as permissões de acesso para apenas para os funcionários

lotados nos mesmos ou autorizados pela chefia do setor, onde o gerenciamento é de respondibilidade do setor (Inserção e retira de arquivos) onde nenhum arquivo é apagado pelo setor de T.I que é diferente da pasta de transferência em que todos os colaboradores têm acesso independente do seu setor, temos uma rotina diária de backup dos arquivos, sendo possível a recuperação de arquivos apagados ou alterados acidentalmente. Salientamos que as pastas de rede compartilhadas no HERSO têm o objetivo de servir o compartilhamento de arquivos relacionados aos trabalhos desenvolvidos pelos departamentos e não possuem cunho particular. A boa prática de utilização dessas pastas não contempla transferência de arquivos particulares, tais como músicas, fotos, vídeos, pois ocupam muito espaço nos servidores de dados, concorrendo com o espaço dedicado aos arquivos de trabalho. Além disso, há possibilidade de contaminação por vírus, pois esses arquivos particulares geralmente são transferidos de computadores pessoais desprotegidos.

6.5 Backups de Arquivos

Os backup's realizados na unidade são gerenciados pelo setor de TI HERSO, onde são alocados em diversos servidores. No servidor 'Hydmedia/Torax/Timo/Externo' Hydmedia ficam os backup das pastas compartilhadas dos setores e backup do sistema de Prestação de contas (SIPEF/BMA).Torax, ficam os Bacukps do ano anteiror e uma cópia do Bacukp do Hydmedia do ano Atual Os backups são feitos através da aplicação Cobian, onde são cadastradas as pastas para serem realizados os backups. No servidor 'Timo' também e feito um backup do sistema BMA. No servidor Radio fica uma Cópia da pasta de Transferência, também temos Bacukp do servidor de Arquivos em HD externo, e em serviço externo.

Os backups são realizados uma vez ao dia, os horários de realização dos backups acontecem em horários alternados. Os backups feitos no servidor tórax, pastas compartilhadas são realizadas a partir das 14 horas. Os backups feitos no servidor timo a partir das 02 horas. Os backups feitos no servidor crânio são realizados as 23 horas.

6.6 Cadastro de usuário no Active Directory (AD)/SOULMV

O cadastro de usuários para acesso à rede de dados (computadores/SOULMV) é feito através da solicitação da chefia do setor, onde encaminha um pedido via memorando ou e-mail, para o setor de TI – HERSO, onde é solicitado o login para o colaborador e suas permissões de acesso (internet, pastas compartilhas e impressoras). O login é criado no servidor "Metacarpo" na aplicação Active Directory, onde as permissões de acesso são atribuídas para cada usuário de forma individual ou por grupos de acesso. O Login para o

sistema hospitalar SOULMV após a verificação das informações do colaborador e encaminhado para SES-GO, que confecciona o login de acordo com o perfil do prestador.

6.7 Monitoramento

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** reafirma que o uso da tecnologia e da Internet é uma ferramenta valiosa para o desempenho das atividades. Dessa forma, o mau uso desses recursos pode ter impacto negativo sobre a produtividade dos colaboradores e os resultados. Portanto, a empresa pode aplicar restrições de navegação e monitorar o uso da internet na rede corporativa, de forma individual, aplicado a cada equipamento e colaborador. Através do serviço de Firewall e Proxy, são aplicadas regras de navegação definidas de acordo com a política de uso da internet do Hospital, com o objetivo de garantir maior foco e produtividade dos colaboradores. Da mesma forma é registrado todo e qualquer tipo de acesso à internet realizada por equipamento conectado à rede vinculado ao usuário (Login e Senha).

6.8 Significado

Ativo: Todo recurso utilizado para produção, tratamento, tráfego e armazenamento de dados;

Confidencial: Informações que devam ser de conhecimento restrito e cuja revelação não-autorizada possa frustrar seus objetivos.

Confidencialidade: Garantia de acesso à informação somente por pessoas autorizadas;

Incidente: Ato ocorrido identificado com grande probabilidade de comprometer as operações e ameaçar a segurança da informação;

Informação: Resultante do processamento, manipulação e organização de dados.

Integridade: Exatidão da informação e dos métodos de processamento;

Login: Identificador de usuário em um programa ou rede de computadores;

Malware: Código / software malicioso para causar danos ou apropriar de informações indevidas;

Públicas: Todas as informações que não possuem grau de sigilo atribuído.

Reservado: Aqueles cuja revelação não-autorizada possa comprometer planos, operações ou objetivos neles previstos ou referidos

Segurança: Percepção de se estar protegido de riscos, perigos ou perdas.

Spam: qualquer mensagem, independentemente de seu conteúdo, enviada para vários destinatários, sem que os mesmos a tenham solicitado.

Usuário: Pessoa física autorizada a acessar o ambiente e as informações e de suas estações;

URL: endereço utilizado para trafegar dados, seja a internet, intranet ou rede privada de computadores.

7. AÇÕES CORRETIVAS

Não se aplica

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão			
Validação:			
Aprovação:			

4.5.8 Política Do Sistema De Gestão Hospitalar Soulmv

1.OBJETIVO

Orientar todos os colaboradores sobre a obrigatoriedade de uso acesso e Política do Sistema de Gestão Hospitalar SOULMV.

1.1 ERP Hospitalar SOULMV

SOUL é o sistema hospitalar da unidade que tem sua base unificada em todos os hospitais da rede gerida de Secretaria Estadual de Saúde SES-GO, conforme Portaria 1046/2019 que compreende diversos módulos que atendem vários setores da área assistencial e da área administrativa. O acesso para o sistema é liberado através do setor de TI HERSO, onde cada usuário tem seu login individual com a permissão definida por perfil de cargo ou função.

1.1.2 Cadastro e permissão de Usuário.

O cadastro inicial dos colaboradores e feito com a admissão do colaborar pelo setor de departamento pessoal, (celetista) prestador terceiro (via gerencia médica) onde é cadastrado todas informações do colaborador (dados pessoais, cargo e setor), feito isto o setor de origem solicita através de e-mail ou via Helpdesk a criação do login para o colaborador de acordo com o seu perfil. Após a verificação das informações do colaborador e feito o cadastro do prestador e encaminhado (via e-mail) para SES-GO, que confecciona o login de acordo com o perfil do prestador. (segue em anexo Política de Proteção de dados LGPD utilizada pela MV e Informações necessária para o cadastro de prestadores) .

2.0 Módulos

Sistema SoulMV é um ERP hospitalar que reúne vários módulos que se integram e geram um conjunto de fluxos e informações que atendem todos os processos da unidade hospitalar, otimizando todos os processos relacionado a assistência e a parte de BackOffice.

2.1 Módulos SOULMV

- Gestão de Contratos Operacionais
- Serviço de Apoio
- Clínica Assistencial
- Diagnostico e Terapia
- Portaria

- Gestor de Fluxo
- SACR
- Painel de Senha
- Faturamento
- Controladoria (Financeiro, Contabilidade)
- Materiais e Logística
- Apoio a T.I
- Outros
- Integração
- Plano de Saúde.

Todas as operacionalizações dos diversos módulos seguem as boas práticas hospitalares, sempre com Treinamento por parte do Setor de T.I com, orientação e definição das políticas preconizadas pela SES-GO, junto a fornecedora do Software (NOXTEC**). (Segue em anexo evidências de treinamento).**

2.1.2 Modulo MV PEP

Sistema MV PEP é o prontuário eletrônico onde e reunida e gerenciada todas as informações do paciente relacionada a assistência que também se integram aos módulos do Sistema SOULMV.

MVPEP, tem sua operacionalização de acordo com as boas práticas hospitalares como prescrições médicas, evoluções, protocolos, diagnósticos compreendendo toda a equipe multiprofissional da Unidade. Sua operacionalização seguem com treinamento feito pela equipe de T.I com, orientação e definição das políticas e configuração preconizadas pela SES-GO, junto a fornecedora do Software (NOXTEC). **(Segue me anexo evidências de treinamento).**

3.0 Solicitações de chamado Para suporte

Toda Solicitação de Suporte referente ao Sistema de Gestão Hospitalar SOULMV de ser feita através do HELPDESK (http://intranet.HERSO-go.net/web/index.php/help-desk) disponível em todas estações de trabalho da Unidade, por e-mail :ti@HERSO.org.br

ou por telefone 623201-4425/3201-4423, onde todas solicitações de suporte, orientação ou treinamento será atendida pelo setor de T.I, onde dependendo da solicitação(parâmetros ,correções ou inserção de novos documentos) será encaminhada para MV ou para SES-GO e acompanhado pelo setor de T.I -HERSO.

3.1 Acesso ao Sistema MV

O Link para acesso ai sistema MV está disponível em todas as estações de trabalho da Unidade identificado por SOUL e MVPEP através dos seguintes LINKS:

SOULMV:http://mvprd.saude.go.gov.br/mvautenticador-cas/login?service=http%3A%2F%2Fmvprd.saude.go.gov.br%3A80%2Fsoul-mv%2Fcas
MVPEP:http://mvprd.saude.go.gov.br/mvautenticador-cas/login?service=http%3A%2F%2Fmvpepprd.saude.go.gov.br%3A80%2Fmvpep%2F

2. DEFINIÇÕES

Os sistemas acima descritos são de uso obrigatório, considerando padronização e uniformidade dos dados. Todos com Usuário Único e Senha Criptografada.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado;

TI: Tecnologia da Informação;

RH: Recursos Humanos;

MV: Sistema Soul MV;

PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente;

SES: Secretaria Estadual de Saúde;

HELPDESK – Sistema de Gestão de chamados, Incidentes e Requisições em TI.

4. APLICAÇÃO

Unidades Setoriais e TI.

5. MATERIAIS

Manuais, Notebooks, Desktops e Impressoras.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Solicitações de cadastro de usuário e perfil.	Gestor de Setor de Origem/RH
2	Abrir chamado e atender pedidos de cadastro de usuários e perfis.	Gestor do Setor de Origem/TI
3	Atender chamado e analisar problemas. Caso o problema persista acionar Fornecedores.	TI
4	Treinar colaborador e devolver dados de cadastro básico.	TI

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Sistema Inoperante	Abrir Ordem de Serviço com Fornecedor do Sistema

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS:

\\10.239.20.8\2022\Informatica\TREINAMENTOS

\\10.239.20.8\2022\Informatica\POP ONA\LGPD MV

\\10.239.20.8\2022\Informatica\POP

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.5.9 Plano De Contingência Paraparalisação Do Sistema Mv/Servidores/Internet

1. OBJETIVO

Orientar todos os colaboradores sobre a condução do plano de contingência.

2. DEFINIÇÕES

O plano de contingência para paralisação do sistema MV/Servidores/Internet visa garantir o fluxo correto enquanto o acesso ao sistema esteja comprometido até a sua normalização.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado;

TI: Tecnologia da Informação;

DTI: Departamento de Tecnologia da Informação;

MV: Sistema Soul MV;

PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente;

SES: Secretaria Estadual de Saúde.

4. APLICAÇÃO

Unidades Setoriais e DTI.

5. MATERIAIS

Formulários;

Caneta;

Carimbo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
Sistema MV		
1	Identificar parada programada (Atualizações, Manutenção do Sistema, enviado para Gestores com antecedência) do sistema MV. Informar os colaboradores o início do plano de contingência, sendo assim, o início da utilização dos formulários manuais.	Gestor do setor

2	Orientar todos os colaborados sobre o preenchimento correto, assinaturas e carimbos nos formulários.(MV)	Gestor do setor
3	Lançar as informações retroativamente no sistema após normalização do sistema.	Gestor do Setor/ Colaboradores
4	Identificar parada não programada ou falha massiva, caso problema persista, reiniciar computador. Caso o problema persista abrir chamado na TI, via Help Desk (http://intranet.HERSO-go.net/web/index.php/help-desk), e-mail(ti@HERSO.org.br) ou telefone: 62 3201-4425/3201-4423.	Gestor do Setor/ Colaboradores
5	Atender chamado e analisar problema. Caso o problema persista acima de 15 minutos, abrir chamado no Portal MV e encaminhar chamado para SES_GO Prontuário Integrado.	TI
6	Solicitar o setor que inicie o plano de contingência.	TI/Gestores
7	Informar os setores a normalização do sistema.	TI/Gestores do Setor
Servidores		
8	Identificar parada programada (Atualizações, Manutenção em servidores de arquivos/aplicações) (enviada para Gestores com antecedência). Informar os colaboradores o início do plano de contingência.	TI/Gestores do Setor
9	Iniciar Restauração de Backup, em caso de servidor de Aquivos (fêmur) acionar servidor de Backup, (Haydmedia/Externo) em caso de aplicações (Sipef,BMA,DOCEM) acionar fornecedor.	TI

10	Informar Setores prazo pra restauração de backup, Normalização do acesso. Em caso de aplicação (Sipef, BMA, DOCCEM, PrintMaster) informa prazo.	TI/Gestores do Setor
Link Internet		
9	Identificar parada programada (Manutenção LINK de Internet antecedência) informar os colaboradores o início do plano de contingência: Unidade conta 02 Link de Internet em caso de queda do link principal, o secundário é automaticamente acionado, conforme em anexo.	TI/Gestores do Setor
10	Orientar todos os colaborados sobre o preenchimento correto, assinaturas e carimbos nos formulários.	Gestores do Setor
11	Abrir chamado junto a Operadora, e acompanhar prazo de resolução.	TI
12	Informar Prazo pra Resolução, Para Diretoria/Gestores.	TI/Gestores
13	Acompanhar junto a Operadora a resolução para normalização dos sistemas.	TI
14	Informar os setores a normalização dos Link.	TI/Gestores do Setor
Serviço de Telefonia		
15	Identificar queda no serviço de telefonia.	T.I /Gestores do Setor
16	Abrir chamado via Helpdesk, ou e-mail (ti@HERSO.org.br)	Gestores do setor

7. AÇÕES CORRETIVAS

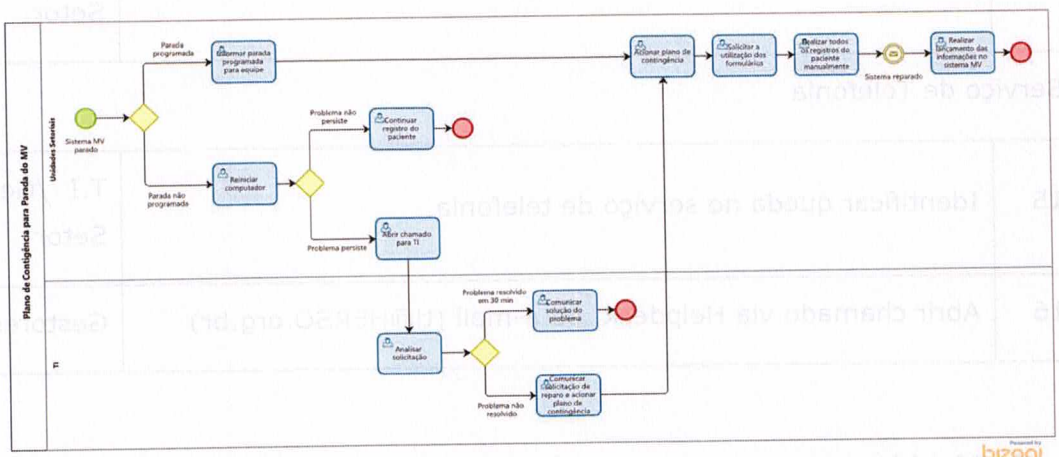
Falha/risco	Ação corretiva
Parada do sistema MV	Comunicar a MV através de Chamado, proceder com acompanhamento do chamado e encaminhar para SES-GO.
Parada Servidores	Iniciar Ação de Correção junto com Analistas.
Parada de serviços terceirizados	Abrir Ordem de Serviço com Fornecedor do Sistema.
Parada Link de Internet	Abrir chamado junto ao Provedor do Link e acompanhar tempo de reparo.
Parada de Serviço de telefonia	Abrir Chamado junto a Operadora e Acompanhar tempo de reparo

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Anexo 1.



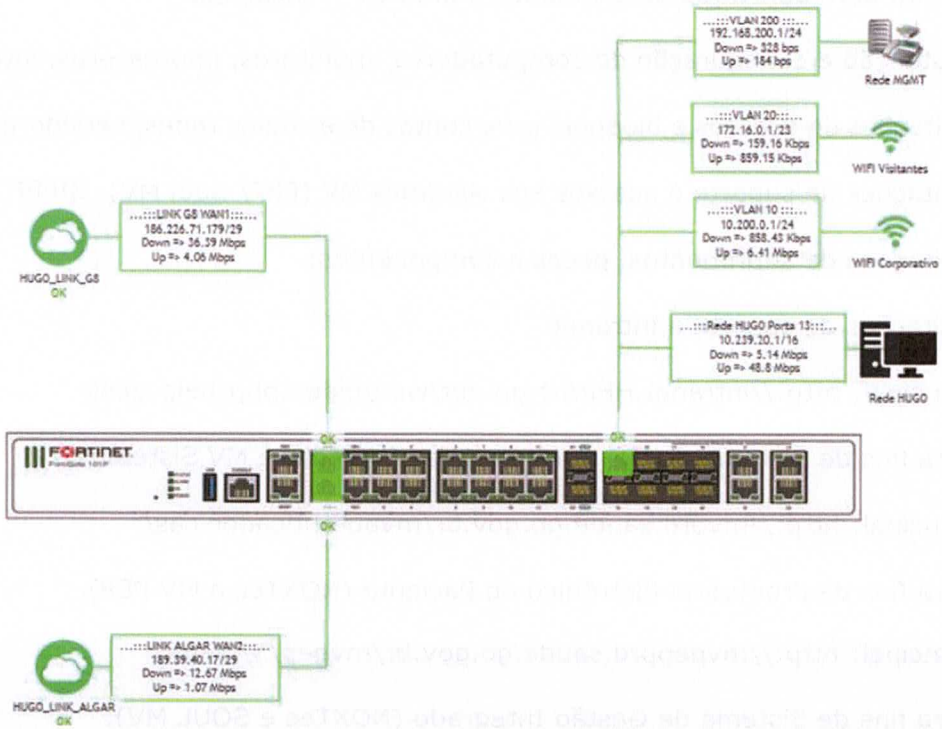
Anexo 2.

1. FIREWALL - INTERFACES

A administração do firewall é através da porta Web: 20443
Segue abaixo tabela com as configurações de interface no Firewall

Interface fisica	End. IP	Descrição
Port 1-13	10.239.20.1/16 Range DHCP: 10.239.24.1 – 10.239.27.200	REDE_LAN
VLAN_MGMT	192.168.200.1/24 Range DHCP: 192.168.200.10 – 192.168.200.60	VLAN ID 200
VLAN_CORP	10.200.0.1/24 Range DHCP: 10.200.0.10 – 10.200.0.254	VLAN ID 10
VLAN_VISITANTES	172.16.0.1/23 Range DHCP: 172.16.0.10 – 172.16.1.254	VLAN ID 20
WAN1	186.226.71.179/29	LINK_G8
WAN2	189.39.40.17/29	LINK_ALGAR

Anexo 3.



10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.5.10 Serviços Gerais De Tecnologia Da Informação

1.OBJETIVO

Orientar todos os colaboradores sobre a obrigatoriedade e aplicação sobre o uso dos Sistemas:

DOCCEM, para fins de gestão de documentos administrativos, assinaturas eletrônicas, fluxo de processos. (Fornecedor Voz Digital). URL Principal: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/login

HELPDESK, para aberturas de chamados à área de TI incluindo:

1. Manutenção e configuração de computadores, monitores, impressoras, internet e VoIP;

2. Solicitações de acessos e bloqueio para contas de e-mails, redes, servidores de arquivos;

3. Solicitações de suporte e acessos aos sistemas MV (PEP/ Soul MV), SIPEF, BMA.

4. Solicitações de suprimentos, peças e componentes;

5. Solicitações de suporte a intranet.

URL Principal: http://intranet.HERSO-go.net/web/index.php/help-desk

MV, para fins de Sistema de Gestão Hospitalar (NOXTec e MV Sistemas).

URL Principal: http://mvprd.saude.go.gov.br/mvautenticador-cas/

MV, para fins de Prontuário Eletrônico do Paciente (NOXTec e MV PEP).

URL Principal: http://mvpepprd.saude.go.gov.br/mvpep/5/pt-BR/

MV, para fins de Sistema de Gestão Integrado (NOXTec e SOUL MV).

URL Principal: http://mvhospprd.saude.go.gov.br/soul-mv/

BMA, para tratativas de ponto eletrônico (BMA Sistemas) http://10.239.20.13/supervisor/Views/LoginSupervisor/Login.aspx

1.7: SIPEF Prestação de Contas 10.239.20.210/SIPEFOS

2. DEFINIÇÕES

Os sistemas acima descritos são de uso obrigatório, considerando padronização e uniformidade dos dados. Todos com usuário único e senha criptografada.

3. SIGLAS

TI – Tecnologia da Informação;

DTI – Departamento de Tecnologia da Informação;

MV – Sistema de Gestão Hospitalar;

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente;

DOCCEM – Gestão de Fluxo e Workflow de Documento;

HELPDESK – Sistema de Gestão de Ativos, Incidentes e Requisições em TI.

4. APLICAÇÃO

Unidades setoriais e Departamento Tecnologia da Informação (DTI).

5. MATERIAIS

Manuais, Notebooks, Desktops e Impressoras.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Solicitações de cadastro de usuário e perfil.	Gestor do setor
2	Abrir chamado para pedidos de cadastro de usuários e perfis.	Gestor do setor
3	Abrir chamado quanto parque tecnológico inoperante.	Colaboradores dos setores/Gestores /TI
4	Atender chamado e analisar problemas. Caso o problema persista acionar Fornecedores.	TI
5	Treinar colaborador e devolver dados de cadastro básico.	TI

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Sistema Inoperante	Abrir Ordem de Serviço com Fornecedor do Sistema.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

9. ANEXOS

Não se aplica.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

4.5.11 Tecnologia Da Informação Com Vista Ao Controle Gerencial Da Unidade E Melhoria Do Atendimento Ao Usuário

CONTEXTO

Os dados primários, a partir dos quais se compõe qualquer tipo de informação, estão fragmentados em uma ampla gama de sistemas ou de sistemáticas de controle, que constituem um variado conjunto, caracterizado pela multiplicidade de finalidades, de esferas administrativas, de gestores, e de padrões lógicos e tecnológicos.

De há muito se tem claro que sem informação qualificada não pode haver gestão eficiente. Vale dizer, não existe gestão. As informações inerentes ao plano operacional, exigem a existência de sistemas que auxiliem os processos de trabalho, de forma ágil e confiável, e possibilitem coletar dados confiáveis a partir dos quais se pode construir todo um ciclo de gestão da ação governamental de uma unidade de saúde.

Não resta dúvida, de que para uma sustentação adequada da decisão a informação é vital. A informação de natureza estratégica, em particular, é especialmente crítica para o desempenho das atividades em saúde, notadamente no caso de uma unidade hospitalar, em função do elevado impacto do seu trabalho sobre a população e dos volumes de recursos aplicados.

Os problemas crônicos de gestão afetam diretamente a qualidade e a eficiência dos serviços. Nosso entendimento é de que tais problemas são, em boa medida, decorrentes de uma gestão caracterizada pela ausência de dados confiáveis (colhidos adequadamente no

processo de operação) e de informação qualificada, sem os quais é impossível falar-se em gestão eficiente.

A qualidade das políticas de tecnologia da informação em área da saúde – quer na sua definição, quer na execução, quer, ainda, no acompanhamento e no monitoramento –, é função direta da qualidade da informação que as ampara. Daí a importância cada vez maior de integrar a informação, de mapear com precisão as necessidades e de prover um subsídio informacional correto para sustentar a ação dos gestores hospitalares.

É inquestionável que qualquer unidade hospitalar seja adequadamente informatizada, tende a experimentar um nível superior de desempenho. De forma geral, a informatização traz as seguintes vantagens para a gestão hospitalar:

- Melhora as informações para tomada de decisão;
- Automatiza as tarefas rotineiras;
- Melhora o controle interno das operações médicas;
- Melhora o atendimento do paciente;
- Aumenta a capacidade de reconhecer problemas mais cedo;
- Melhora o processo;
- Aumentar a produtividade;

Por essas razões, o contexto de mudanças ora proposto pelo INSTITUTO CEM é fortemente ancorado em Tecnologia da Informação e prevê a introdução de: (*i*) integrar e informatizar os processos da assistência, promoção e regulação em saúde através de sistema de gestão hospitalar(ERP) aos moldes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; (*ii*) a manutenção preventiva e evolutiva do parque de infraestrutura tecnologia da unidade hospitalar, *e* (*iii*) disponibilizar uma base de informações/indicadores que permita formular, gerenciar, monitorar e controlar todas as atividades envolvidas na gestão, provendo transparência e prestação de contas compatível com o contrato de gestão.

SOLUÇÃO PROPOSTA

O objetivo maior que orienta este projeto é o suporte informacional para todos os processos operacionais e de gestão envolvidos pela esfera da gestão hospitalar, de forma a assegurar elevado nível de controle e de governança assistencial de saúde sob responsabilidade do INSTITUTO CEM, bem como das políticas e programas estabelecidos, de forma a atender as

necessidades de gestão e controle de informações das diferentes áreas da unidade hospitalar.

ASSISTENCIAL

Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): É um repositório de informações inseridas e mantidas de forma eletrônica, ao longo da vida de um indivíduo (paciente). Nele estão armazenadas as informações de saúde clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais. Onde já vivemos essa realidade agraves do projeto prontuário integrado da secretaria de saúde de Goiás, onde vamos integrar e fortalecer o prontuário eletrônico com as seguintes ações:

- Hospital Digital;
- Documentação assistencial estruturada e integrada;
- Protocolos assistenciais automatizados;
- Controle de Suprimentos integrados;
- Integrações com (RIS, LIS, PACS) ao prontuário eletrônico – PEP
- Certificado Digital (Assinatura eletrônica) para os diversos profissionais assistenciais;
- Segurança do paciente: Avaliações farmacêuticas, chegagem beira leito;
- Acesso com vários dispositivos eletrônicos: Computadores, Notebook, Palms e tablets;
- Painel de Indicadores assistenciais e backoffice.
- Power B.I Integrar e fortalecer o prontuário eletrônico os seus diversos processos da assistência, promoção e regulação em saúde através de sistema de gestão hospitalar(ERP) aos moldes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

A solução proposta contempla a sustentação de todos os processos e atividades a cargo da esfera do barramento da rede estadual de saúde através do MV PEP, adicionalmente, ao incluir o registro eletrônico de saúde / prontuário eletrônico de saúde como elemento essencial do processo de apoio à assistência, permitindo:

- Promover a universalização, a descentralização, a hierarquização do atendimento;

- Organizar de forma equânime o acesso do paciente aos serviços de saúde da unidade;
- Padronizar a informação e manter protocolos assistenciais e operacionais;
- Dispor de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de saúde, permitindo uma visão dinâmica do desempenho nos diferentes níveis de gestão;

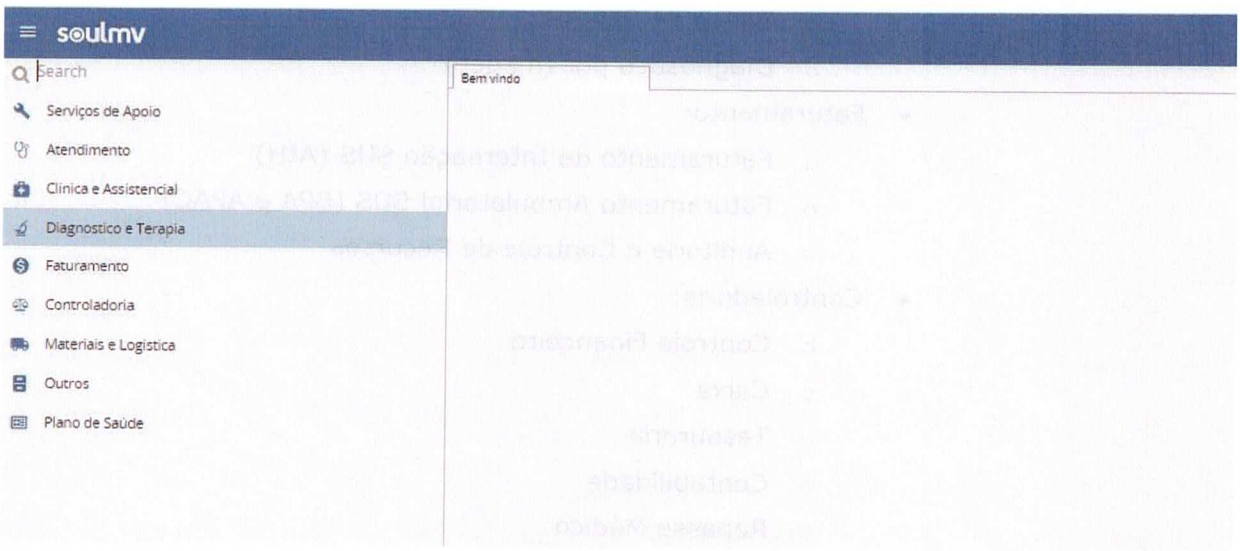
Escopo específicos dos serviços de apoio e suporte interno do produto MV PEP / MV Soul:

- Levantamento continuo e rotineiro da situação de registros da Unidade Hospitalar no contexto do atendimento ao paciente e seus dados, através do encaminhamento dos fluxos operacionais relativos ao prontuário do paciente, levantamento das particularidades de cada departamento envolvido no projeto e levantamento da situação dos cadastros;
- Ajustes nos fluxos operacionais para adequação à sistemática operacional prevista no sistema MV Soul;
- Elaboração continua de documentação contendo a definição da estratégia do sistema MV Soul, mantendo a aprovação pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás;
- Aplicação do plano de treinamento de técnicos e capacitação de usuários multiplicadores; bem como o apoio para o planejamento de usuários finais do MV Soul;

Orientação e suporte para a configuração e parametrização continua do MV Soul no processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de saúde, permitindo uma visão dinâmica do desempenho nos diferentes níveis de gestão, sendo elas:

Modelo WEB de trabalho MV Soul:





Detalhe de Menu Expandido:

- Serviços de Apoio:
  - Higienização
  - Nutrição e Dietética
  - Central de Materiais Esterilizados
  - Manutenção
  - Lavanderia e Rouparia
  - Serviço Arquivo Medico

- Diretoria clinica
- Relatórios Serviços de Apoio

- Atendimento:
  - Urgência e Emergência
  - Central de Agendamento
  - Ambulatório
  - Internação
  - Centro Cirúrgico e Obstétrico
- Clínica e Assistencial:
  - Controle de Infecção Hospitalar
  - Gerenciamento de Unidades
- Diagnostico e Terapia:
  - Laboratório de Análises Clinicas
  - Banco de Sangue
  - Diagnóstico por Imagem
- Faturamento:
  - Faturamento de Internação SUS (AIH)
  - Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC)
  - Auditoria e Controle de Recursos
- Controladoria:
  - Controle Financeiro
  - Caixa
  - Tesouraria
  - Contabilidade
  - Repasse Médico
  - Custos
  - Intercâmbio Eletrônico de Arquivos
  - Fiscal
  - Controle de Cotas
- Materiais e Logística:
  - Almoxarifado
  - Compras
  - Farmácia
  - Patrimônio

Tal plataforma está em consonância com as demais unidades hospitalares da rede estadual e o barramento de dados únicos criados pela rede e organizações sociais ligadas a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Destacamos com maior importância a necessidade de implementar as principais funcionalidades, sendo:

FUNCIONALIDADE	DESCRIÇÃO
CONTROLE DE ACESSO	Controle de acesso único, com "single sign-on".
	Controle de acesso integrado, que viabilize através do login de entrada no sistema utilizando um usuário/senha do hospital.
	Controle de acesso baseado em perfis e papeis.
CADASTROS BÁSICOS	Cadastro único, integrado com todos os módulos; regras do Cartão Nacional de Saúde; bem como o controle do paciente.
	Cadastro de profissionais segundo os critérios do CNES.
	Implantar a manutenção dos cadastros de profissionais, equipamentos, especialidades, procedimentos, medicamentos, setores/áreas físicas, CBO, CNAE e CID; bem como outros cadastros e tabelas acessórias ao sistema, de forma a permitir que o próprio Hospital mantenha atualizado o sistema com as normas do SUS (CNES).

	Implantar o cadastramento de novos procedimentos, além dos existentes na Tabela SUS, para atender eventuais necessidades locais de registro de atividades e procedimentos não existentes na Tabela SUS.
	Implantar um controle de domínios que centraliza e padroniza a gestão dos domínios de dados existentes no sistema.
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Implantar pesquisa no cadastro de pacientes por diversas formas: nome, CNS, dt nascimento, etc.;
	Emissão das fichas de atendimento;
	Classificação de risco;
	Controle de atendimentos por unidade (posto/setor);
	Solicitação de exames, com possibilidade de visualização do histórico anterior;
	Pesquisas de prescrições, dados clínicos e laudos;
	Fatura mensal de acordo com a padronização SUS;
	Integração completa com faturamento;
AMBULATÓRIO	Permitir pesquisa no cadastro de pacientes por diversas formas: nome, CNS, dt nascimento, etc.;
	Agendamento de consultas por equipamento e por Médico (individualizada), procedimentos e exames, seja por profissional médico ou não.

	Agendamento de consultas por equipamento e por Médico (individualizada), procedimentos e exames, seja por profissional médico ou não.
	Permitir o agendamento de consultas, exames e procedimentos por tipo de atendimento: primeira vez, retorno ou tipo especial;
	Registro de consultas por encaixe;
	Confirmação de presença (check-in), permitindo distinguir absenteísmo do paciente do absenteísmo do profissional;
	Possibilitar a marcação de consultas por internet;
	Impressão da agenda do profissional, exame ou procedimento;
	Registro do atendimento on-line;
	Solicitação de exames, com possibilidade de visualização do histórico anterior;
	Emissão da receita, atestados e laudos de exames;
	Consulta de prescrições, dados clínicos e laudos;
	Emissão da receita;
	Fatura mensal de acordo com a padronização SUS;
	Saída (check-out) encaminhamentos/retorno/alta;
	Integração completa com faturamento

	Gerenciamento dos pacientes em espera
	Emissão de comprovante de agendamento para o paciente
	Gerenciar escalas de agendamento através dos recursos existentes no hospital
INTERNAÇÃO	Implantar a configuração dos setores e áreas físicas de internação, tais como unidades de internação, postos de enfermagem e afins.
	Gestão dos leitos de cada ala hospital
	Censo Hospitalar, por especialidade e área física
	Movimentação de pacientes on-line, com transferência de leitos, clínicas ou setores;
	Controle de admissões/transferências/altas e óbitos;
	Configuração centralizada ou distribuida das situações de leitos.
	Controle on-line da situação dos leitos (vago/ocupado/bloqueado/limpeza/manutenção, etc.)
	Controle internação por médico, especialidade, unidade de internação, centro de custo, etc.
	Criação de formulários personalizáveis para anamnese e evolução clínica;
	Consulta de prescrições, dados clínicos e laudos;
	Prescrição / Integração com farmácia;

	Requisições médicas para exames, medicamentos e procedimentos;
	Sumário de Alta informatizado/eletrônico
	Integração com o Centro Cirúrgico/CO
	Avisos de medicações ou produtos com substâncias de uso contra-indicado para paciente (ex: substâncias que o paciente referiu alergia)
	Envio automático da prescrição médica para a farmácia, identificando medicamentos, unidades, quantidades e freqüência de aplicação, permitindo o critério de solicitação e dispensação por —kits e dose unitária;
	Implantar gerenciamento do fluxo de visitantes;
	Implantar gerenciar os acompanhantes;
CENTRO CIRÚRGICO	Agendamento por Médico/Equipe, Sala, Especialidade;
	Controle de listas de espera por cirurgias, equipe cirúrgica, e outros recursos disponíveis.
	Controle de salas e controle dos anestesistas
	Controle por porte e tipo de cirurgia (urgência/eletiva), procedência;
	Controle das cirurgias suspensas e canceladas;

	Requisição na enfermaria, ambulatório e PS;
	Controle visita pré-anestésica;
	Controle da recuperação pós-anestésica;
	Controle da Central de Material Esterilizado;
	Controle de material/kit´s cirúrgicos;
	Relatório de cirurgia;
	Ficha de anestesia;
	Controle leitos RPA;
Serviço de Prontuário do Paciente - SPP	Controle da movimentação de prontuários (entradas, saídas, empréstimos, pendentes, cancelados, não devolvidos, etc.), através de código de barras.
	Emissão de Etiqueta de Identificação de Prontuários ou capa do prontuário.
	Controle de entrada e saída dos prontuários com identificação dos mesmos através de código de barras e registro da localização do prontuário retirado.
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Permitir inserção dos dados clínicos, tais como alergias, medicamentos em uso.
	Possuir todos os dados e informações preconizadas pela Resolução 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina
	Geração de Histórico por tipo de atendimento

	Detalhamento por atendimento e tipo de procedimento
	Impressão de Ficha para arquivamento no SAME/SPP padronizada
	Acesso via Internet ao prontuário do paciente
	Opção de Consultas de prontuário por nível de acesso (senhas)
	Acompanhamento com dados clínicos (anamnese)
Serviço de Apoio a Diagnóstico e Terapias (SADT)	Emissão de recomendação para pacientes
	Controle de todos os tipos de Exames
	Integração com o Sistema de Internação, Ambulatório, Pronto Socorro, Faturamento.
	Cadastramento de exames, setores internos, materiais, departamentos;
	Agendamento por tipo de exame e equipamento;
	Controle por origem do paciente (Ambulatório, PS, Enfermaria e Externo).
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	Implantar o Cadastro de Dietas
	Implantar o Cadastro de Alimentos
	Implantar o Cadastro de Receitas e Cardápios
	Emitir Mapa de Preparo das Dietas

	Emitir Relação de Distribuição de Dietas
	Registrar Dispensação de Dietas
	Registrar Perdas de Dietas
	Manter Cadastro de Grupo de Componentes de Dietas
	Registrar Devolução de Dietas
	Gerenciamento e emissão de cardápios
FARMÁCIA	Cadastro de medicamentos por hierarquias (grupos e subgrupos)
	Cadastro de medicamentos genéricos
	Cadastro de medicamentos controlados com emissão de impressos
	Utilizar código de barras para identificação dos medicamentos
	Administrar o consumo e as solicitações de material e medicamentos para a farmácia e almoxarifado
	Alerta no setor de farmácia no caso de falta de produtos registrados na prescrição, indicando a troca por similares ou a emissão automática de uma requisição de compras
	Dispensação de medicamentos por lote e validade
	Fracionamento de medicamentos
	Registro de devoluções de medicamentos

LAVANDERIA	Cadastro dos processos de lavagem
	Recepção e criação de lotes para lavagem
	Registro de não conformidades encontradas no processo de lavagem
	Registro de objetos encontrados no processo de lavagem
	Controle do armazenamento das rouparias limpas
FATURAMENTO	Manutenção de várias versões de tabelas do sistema, em especial da tabela de procedimentos.
	Geração de faturamento SUS integrado com todos os módulos
	Controle GLOSAS SUS
	Digitação "on-line" de taxas e serviços
	Posição diária do Faturamento
	Emissão de Faturas via meio magnético de acordo com regras SUS
	Total integração com sistema de Internação, Ambulatório e Pronto Socorro utilizando a mesma base de dados dos pacientes.
	Rotinas de críticas - faturamento SUS.
	Possibilitar ao faturista uma intervenção direta nas críticas apontadas pelo sistema.

	Controle de produção analítica
	Geração dos arquivos do Datasus
	Geração do BPA (consolidado e individualizado)
	Geração da APAC Magnética

INFRAESTRUTURA

A gerência de infraestrutura terá suporte técnico no local objetivando garantir funcionamento ininterrupto da rede, e serviços solicitados de manutenção preventiva e corretiva: instalação e configuração de computadores desktop(estações de trabalho), notebook, plams entre outros dispositivos eletrônicos disponível para uso assistencial e administrativo da unidade de saúde.

A equipe interna que atuará na unidade tem por fundamento principal a Manutenção em Infraestrutura Tecnológica: Atividades de gestão em ambientes de sustentação tecnológica, como ativos de rede de dados e elétrica, servidores, switches, plataformas computacionais (sistemas operacionais, sistemas de segurança da informação, sistemas gerenciadores de bancos de dados, sistemas gerenciadores de aplicação e de virtualização) e suporte técnico.

A equipe de suporte fornecerá o suporte 24 horas para que não aja perda nas atividades e capacitação de usuários, envolvendo atividades relacionadas ao treinamento e capacitação de usuários na utilização dos sistemas diversos e principalmente do MV Soul, como elaboração de programa e material didático, produção de conteúdo, elaboração de vídeos de treinamento e realização de treinamento nas instalações, mantendo o banco de conhecimento criado no período da implantação.

O suporte nível 2 irá apoiar atividades de análise de suporte de redes e segurança da informação – serviços de análise de suporte, para administração de rede de computadores e segurança e integridade das informações, envolvendo: serviços de análise de suporte, para administração de sistemas operacionais Linux, Windows e serviços de diretório, inclusive Microsoft Active Directory, administração de sistemas operacionais em equipamentos de grande médio porte, administração e gerenciaento de antivírus, firewall, roteadores, com vistas a evoluir e manter a continuidade dos serviços de infraestrutura em

operação dentro de parâmetros estabelecidos, considerando o alinhamento com as necessidades de negócio e estratégias de TI.

Contemplando também serviços de procedimentos operacionais, apoio na configuração de perfis de usuários e controle de acesso à rede de comunicação de dados e na utilização de recursos de informática, estações de trabalho, software básico, aplicativos, sistemas internos, atendimento de usuários, abertura de chamados técnicos via aplicações ou intranet, instalação e manutenção de rede lógica de dados.

A gerência de suporte promoverá análise e implementação de políticas de segurança, testes de penetração, scan de vulnerabilidades de servidores e serviços, implementação e configuração de firewalls, análise de ataques, liberações de regras de firewall/nat, Backup de servidores, restauração e rotinas de backup, homologação de servidores, políticas de acesso a sites, Instalação e configuração de antivírus, vpn.

POLÍTICA INSTITUCIONAL

Segurança da Informação, tem como objetivo geral fixar diretrizes para a utilização com segurança e consistência dos serviços e ferramentas de informática, permitindo a rastreabilidade das informações vinculada a organização, em consonância já utilizada pelo sistema de gestão hospitalar MV-SOUL e Secretaria Estadual de Saúde.

A gerência de suporte fará implementação de políticas de segurança da informação, tratará da aplicabilidade da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) e Compliance Digital.

A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS LGPD

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018) foi promulgada para proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e a livre formação da personalidade de cada indivíduo. Essa Lei versa sobre o tratamento de dados pessoais, dispostos em meio físico ou digital, feito por pessoa física ou jurídica de direito público ou privado e engloba um amplo conjunto de operações efetuadas em meios manuais ou digitais.

No âmbito da LGPD, o tratamento dos dados pessoais pode ser realizado por dois "agentes de tratamento", o Controlador e o Operador:

- • O Controlador é definido pela Lei como a pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais. No âmbito da Administração Pública, o Controlador será a pessoa jurídica

do órgão ou entidade pública sujeita à Lei, representada pela autoridade imbuída de adotar as decisões acerca do tratamento de tais dados.

- • O Operador é a pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador, aí incluídos agentes públicos no sentido amplo que exerçam tal função, bem como pessoas jurídicas diversas daquela representada pelo Controlador, que exerçam atividade de tratamento no âmbito de contrato ou instrumento congênere.

Considera-se "tratamento de dados" qualquer atividade que utilize um dado pessoal na execução da sua operação, como, por exemplo: coleta, produção, recepção, classificação utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração. Essas operações de tratamento são destacadas a seguir:

- ACESSO - ato de ingressar, transitar, conhecer ou consultar a informação, bem como possibilidade de usar os ativos de informação de um órgão ou entidade, observada eventual restrição que se aplique;
- ARMAZENAMENTO - ação ou resultado de manter ou conservar em repositório um dado;
- ARQUIVAMENTO - ato ou efeito de manter registrado um dado embora já tenha perdido a validade ou esgotado a sua vigência;
- AVALIAÇÃO - analisar o dado com o objetivo de produzir informação, CLASSIFICAÇÃO - maneira de ordenar os dados conforme algum critério estabelecido;
- COLETA - recolhimento de dados com finalidade específica;
- COMUNICAÇÃO - transmitir informações pertinentes a políticas de ação sobre os dados;
- CONTROLE - ação ou poder de regular, determinar ou monitorar as ações sobre o dado;
- DIFUSÃO - ato ou efeito de divulgação, propagação, multiplicação dos dados;

- DISTRIBUIÇÃO - ato ou efeito de dispor de dados de acordo com algum critério estabelecido;
- ELIMINAÇÃO - ato ou efeito de excluir ou destruir dado do repositório;
- EXTRAÇÃO - ato de copiar ou retirar dados do repositório em que se encontrava;
- MODIFICAÇÃO - ato ou efeito de alteração do dado;
- PROCESSAMENTO - ato ou efeito de processar dados visando organizá-los para obtenção de um resultado determinado;
- PRODUÇÃO - criação de bens e de serviços a partir do tratamento de dados;
- RECEPÇÃO - ato de receber os dados ao final da transmissão;
- REPRODUÇÃO - cópia de dado preexistente obtido por meio de qualquer processo;
- TRANSFERÊNCIA - mudança de dados de uma área de armazenamento para outra, ou para terceiro;
- TRANSMISSÃO - movimentação de dados entre dois pontos por meio de dispositivos elétricos, eletrônicos, telegráficos, telefônicos, radioelétricos, pneumáticos, etc.;
- UTILIZAÇÃO - ato ou efeito do aproveitamento dos dados.

O Instituto CEM irá implantar com observância a todas as operações necessárias para fiel cumprimento do objetivo da LGPD dentro da unidade hospitalar administrada, para isso o Instituto CEM contará com a equipe de tecnologia da informação também em com , jurídico e Compliance também em consonância com a Secretaria Estadual de Saúde,para garantir o comprimento das boas praticas de acesso a informação no acesso a rede de dados da unidade e no acesso ao sistema de gestão hospitalar MV SOUL.

A proteção das informações da unidade de saúde e da organização social está fundamentado nos seguintes princípios e aspectos:

- PRIVACIDADE: Garantia que o tratamento de dados será realizado preservando o sigilo destes, as permissões dadas pelo titular e seus melhores interesses, relacionando-se a intimidade do titular
- AUTODETERMINAÇÃO INFORMATIVA: Respeito ao direito de o titular controlar o acesso aos seus dados pessoais

- DADOS PESSOAIS: São elementos que permitem a identificação de uma pessoa ou a ela estão vinculadas
- DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS: São os dados pessoais sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico
- Confidencialidade: Toda informação deve ser protegida de acordo com o grau de sigilo de seu conteúdo, visando a limitação de seu acesso e uso apenas às pessoas autorizadas; incluindo meios para garantir a privacidade e a proteção de informações proprietárias;
- Integridade: Toda informação deve ser mantida na mesma condição em que foi disponibilizada pelo seu proprietário, visando protegê-la contra alterações indevidas, intencionais ou acidentais;
- Disponibilidade: Toda informação deve estar disponível aos seus usuários de forma oportuna e confiável;
- Autenticidade: Toda informação trocada tem garantia da identidade de usuário ou sistema de informações com o qual se vai estabelecer comunicação (ser autêntico, ser quem diz ser);
- Conformidade: Toda informação deve cumprir obrigações empresariais com stakeholders e com aspectos legais e regulatórios relacionados à administração empresarial, dentro de princípios éticos e de conduta estabelecidos com a alta direção;

CONTROLE DE ACESSO

O controle de acesso físico ou lógico tem como objetivo, proteger equipamentos, aplicativos e arquivos de dados contra perda, modificação ou divulgação não autorizada, feitas por pessoas ou outros programas de computadores não autorizados. Os sistemas de computadores, bem diferentes de outros tipos de recursos, não podem ser facilmente controlados apenas com dispositivo físico, como cadeados, alarmes ou guardas de segurança. Dessa forma, esta proteção é feita de duas maneiras: a partir do recurso computacional que se quer proteger e a partir do usuário a quem serão concedidos certos privilégios e acessos aos recursos.

A proteção aos recursos computacionais baseia-se nas necessidades de acesso de cada usuário.

- Detalhamento das normativas principais de segurança da informação:
- Todos os colaboradores são responsáveis pelas informações;
- Todos os documentos são informações de uso exclusivo da unidade hospitalar e é considerado segredo de negócio, assim sendo, não é permitida a divulgação, utilização, ou gravação sem a permissão por escrito da unidade hospitalar e da organização social;
- Os meios eletrônicos, como e-mail, devem ser de uso exclusivo para assuntos da unidade ou organização social;
- Não é permitida a instalação de softwares não autorizados e não licenciados;
- Não é permitida a instalação de hardware não autorizado;
- Não é permitida a instalação de aplicativos não autorizado;
- O Setor de Tecnologia da Informação será o responsável pelas definições das políticas de acesso, pelo armazenamento de dados e informações da unidade;
- Os códigos de acessos nos sistemas da unidade hospitalar são de uso pessoal e intransferível. A má utilização ou divulgação é considerada passível de aplicação de medidas disciplinares;
- É proibido o acesso a qualquer site não relacionado com a atividade profissional do usuário;

Monitoramento da informatização é feito, normalmente, através de registros de log, trilhas de auditoria ou outros mecanismos capazes de detectar invasão. Esse monitoramento é essencial à equipe de segurança de informação, já que é praticamente impossível eliminar por completo todos os riscos de invasão por meio da identificação e autenticação de usuário:

- Apenas os usuários autorizados tenham acesso aos recursos;
- Os usuários tenham acesso apenas a recursos realmente necessários para a execução de suas tarefas;
- O acesso a recursos críticos seja bem monitorado e restrito a poucas pessoas;

- Os usuários estejam impedidos de executar transações incompatíveis com sua função ou além de suas responsabilidades;

A segurança e consistência da informação visam garantir a integridade, confidencialidade, autenticidade e disponibilidade das informações processadas pela unidade de saúde.

- O acesso à rede com computadores pelo usuário só poderá ser efetuado exclusivamente para fins profissionais e como ferramenta de trabalho, não se prestando a assuntos pessoais (felicitações, recados, etc) ou para atividades particulares, como, por exemplo, atividades acadêmicas, jogos, entretenimento, etc.
- A mesma disciplina vale para o acesso à internet, que, igualmente, deverá se utilizada de forma racionalizada (observar sempre: os horários de melhor acesso; permanecendo conectado o menor tempo possível, efetuar pesquisas de forma objetiva, indo diretamente no assunto) e destinado a atender exclusivamente as necessidades profissionais.
- É proibido o acesso a qualquer site não relacionado com a atividade profissional do usuário, como, por exemplo, de conteúdos pornográficos, páginas de lazer e outras (esporte, culinária, horóscopos, etc), Chat ("salas" de conversação), serviços de Webmail (hotmail, uol, etc.), bem como a qualquer serviço de correio eletrônico, para recebimento de comunicações indevidas.
- É proibido o envio de e-mails que não sejam relacionados às atividades profissionais, principalmente que contenham conteúdos pornográficos, piadas, correntes, etc. Em caso de recebimento de um e-mail nessas condições, solicite ao seu emissor que não mais lhe envie mensagens dessa natureza. Caso o emissor não respeite o seu pedido, solicite ou setor de TI o bloqueio do endereço específico;
- Não poderá ser assinada lista de serviços ou assinaturas existentes na internet que não tenham relação direta com a atividade profissional do usuário;
- Em hipótese alguma, as informações relativas ao negócio da unidade hospitalar, incluindo, mas não se limitando a arquivos, programas, em especial aquelas ligadas às atividades financeiras, técnicas, comerciais, senhas, nomes de usuários ou outra informação relacionada à rede de comunicação, devem ser trocadas através da internet com destinatários não autorizados, amenos que tenha sido aprovado expressamente pela Alta Direção;

- Cada login e senha de usuário é criada de forma individual de acordo com permissões específicas de acesso, Nenhuma senha deve ser fornecida ou divulgada a qualquer pessoa, colaborador da organização ou não, por qualquer razão;
- Todos os softwares e sistemas utilizados na organização para acesso a rede de computadores deverão ser liberados de acordo com as condições estabelecidas pelos proprietários dos direitos autorais e comercialização;
- Nenhum usuário poderá instalar, desinstalar, duplicar, efetuar cópias, alterar a configuração, fazer upgrade, baixar da internet (download) qualquer software, seja qual for sua natureza ou categoria (papel de parede, protetor de tela, etc.), ainda que distribuído gratuitamente (freeware ou shareware), em relação aos microcomputadores pertencentes a organização, exceto se expressamente autorizado pelo responsável técnico competente;
- Todos os microcomputadores devem ser protegidos pelo antivírus padrão definido pela área de Tecnologia. Os usuários colaboradores não poderão desabilitar ou remover o antivírus de seus respectivos microcomputadores, ou quaisquer outros sistemas, softwares pacotes instalados pela equipe de TI da unidade;
- Os endereços e sites visitados na internet por qualquer computador interligado à rede de computadores da organização ficam registrados no servidor, possibilitando a identificação e demais dados (horário, tempo de conexão, etc.) do usuário que efetuou o acesso;
- Na situação de alguma senha esquecida, comprometida ou tomada inútil de alguma outra forma, o colaborador deverá entrar imediatamente em contato com o setor de TI;
- O acesso físico a sala dos servidores somente poderá ser feita pelos colaboradores do setor TI ou acompanhado por eles;

EQUIPE

A equipe técnica será composta de 08 (oito) profissionais de suporte de infraestrutura conforme o abaixo descrito:

1) 01 (um) - Coordenador;
2) 02 (dois) – Analistas de segunda a sexta das 08:00 às 18:00 horas;
3) 01 (um) – Técnico diarista de segunda a sexta das 08:00 as 18:00 horas

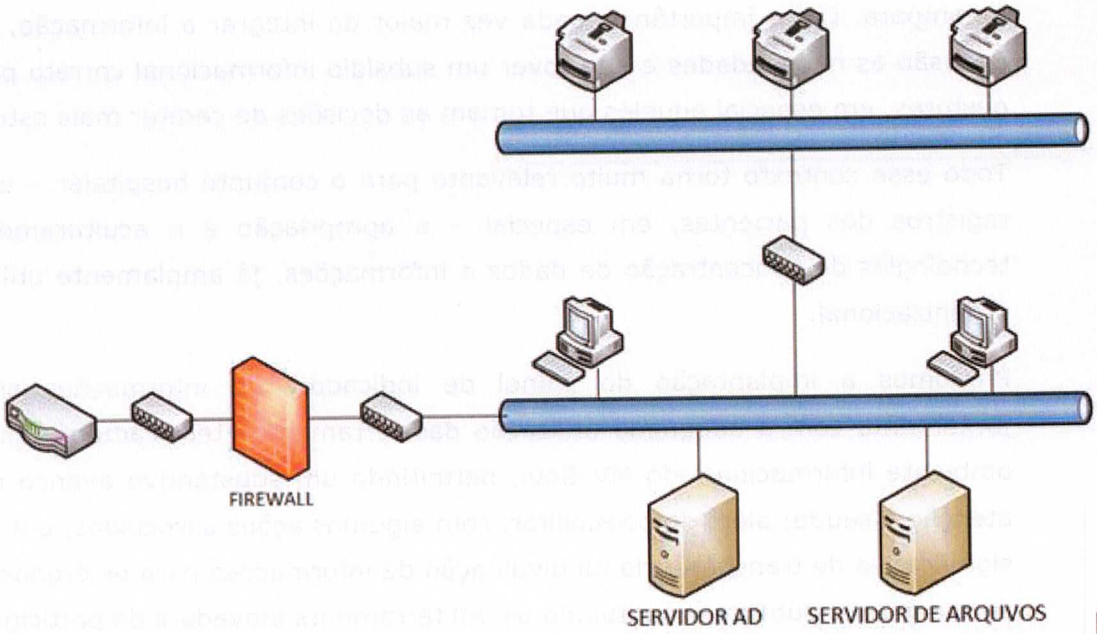
4) 02 (dois) - Técnicos plantonistas com revezamento (12x36) das 07:00 às 19:00;
5) 02 (dois) - Técnicos plantonistas com revezamento (12x36) das 19:00 às 07:00;

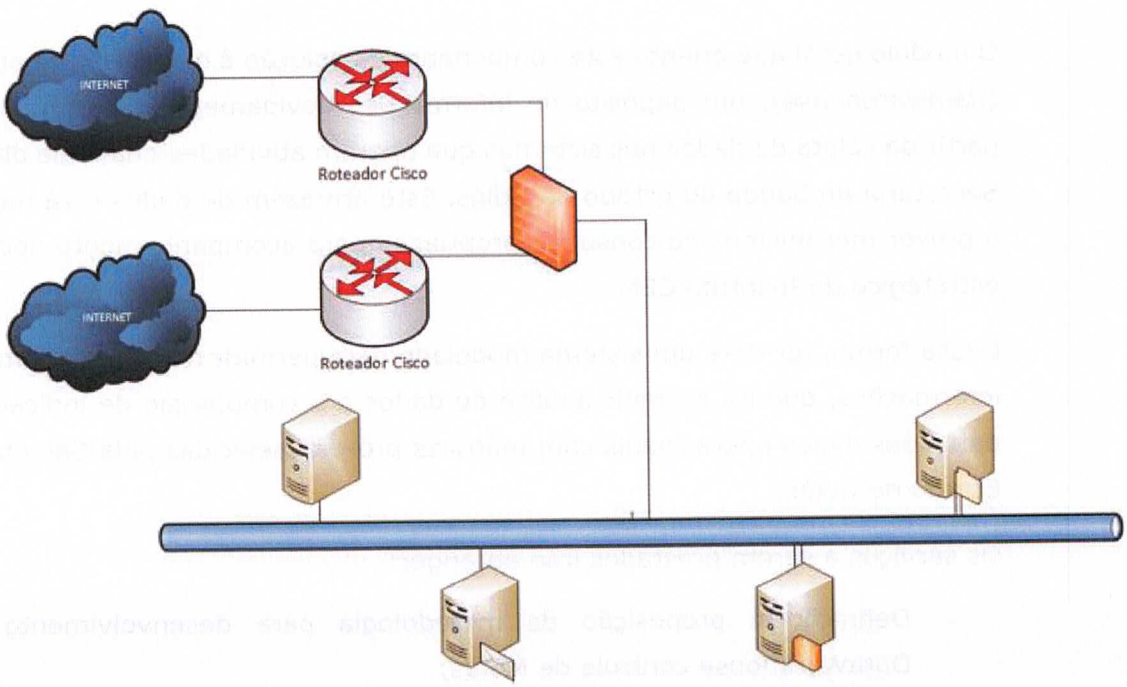
PERFIL PROFISSIONAL DA EQUIPE TÉCNICA:

- Coordenador – Experiência comprovada de no mínimo 5 anos em gerenciamento de projetos relacionados ao processo de manutenção de sistemas e ter gerenciado pelo menos três projetos de manutenção ou desenvolvimento de sistemas de médio porte. Conhecimentos em Sistemas Operacionais Windows, Linux e MacOS, conhecimento operacional, parâmetros e fluxo em sistemas de gestão hospitalar; Inglês Técnico; conhecimento dos princípios sobre arquitetura de rede, sistemas operacionais sistemas gerenciadores de banco de dados, sistemas de segurança e datacenters; conhecimento dos princípios que regem a Gerência de Projetos (PMBoK);

- Analista de suporte/Infraestrutura- Nível de formação superior em analises de sistemas ou Redes de informação ou Ciência da Computação ou áreas afins, experiencia de no minimo 05 (cinco) anos como analista de sistema com conhecientos comprovado em gerenciamento de redes, gerenciamento firewall, configuração de servidores (AD), configuração de servidores de impressão, configuração de VPN, configuração e gerenciamento em serviços de backups.
- Técnico de Suporte - Nível de formação superior completo na área de tecnologia da informação, experiência comprovada por atestado e/ou treinamento certificado de no mínimo 5 (cinco) anos em análise de suporte de rede de computadores, com conhecimento comprovado de redes Linux e Windows Server.

MODELO CONCEITUAL DE REDE ETHERNET





INTEGRAÇÕES/INDICADORES E INOVAÇÕES

A qualidade das políticas de saúde – quer na sua definição, quer na execução, quer ainda no acompanhamento e no monitoramento – é função direta da qualidade da informação que as ampara. Daí a importância cada vez maior de integrar a informação, de mapear com precisão as necessidades e de prover um subsídio informacional correto para sustentar os gestores, em especial aqueles que tomam as decisões de caráter mais estratégico.

Todo esse contexto torna muito relevante para o conjunto hospitalar – e para a área de registros dos pacientes, em especial – a apropriação e o aculturamento com novas tecnologias de concentração de dados e informações, já amplamente utilizada no mundo organizacional.

Propomos a implantação do painel de indicadores e informações assim composto, juntamente com a adequada utilização das ferramentas tecnicamente associadas a esse ambiente informacional do MV Soul, permitindo um substantivo avanço na qualidade da atenção à saúde; além de possibilitar, com algumas ações associadas, um nível ainda mais significativo de transparência na divulgação de informações para os órgãos fiscalizadores e para o grande público, constituindo-se em ferramenta inovadora de participação até mesmo da sociedade, com impactos relevantes sobre as questões de equidade e qualidade do atendimento.

O modelo geral que orienta este componente da solução é o conceito de armazém de dados (*datawarehouse*), um depósito de informações devidamente estruturadas, alimentado a partir da coleta de dados nos sistemas que operam atividades-chave de diferentes áreas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Este armazém de dados será modelado de forma a prover mecanismos de consulta apropriados para acompanhamento operacional, tático e estratégico do Instituto CEM.

Dessa forma, ter-se-á um sistema modelado para permitir o acompanhamento histórico de informações, que irá permitir análise de dados e a composição de indicadores apurados a partir dos dados operacionais com métricas pré-estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Os serviços a serem prestados irão abranger:

- Definição e proposição de metodologia para desenvolvimento de projeto de DataWarehouse controle de Metas;

- Disponibilização de consultores com expertise em projetos de gestão hospitalar e conhecimento em MV Soul e do barramento da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, bem como atividades correlatas de consultoria em projetos de DataWarehouse;
- Levantamento de requisitos para geração dos indicadores de desempenho em saúde e controle de custos e financeiro, ajustados as demandas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás;
- Detalhamento conceitual dos contextos de análise;
- Levantamento e definição dos sistemas-fonte de informação para carga do Data Warehouse. Entre essas fontes, deverão constar o Sistema MV Soul, Sistema Custos Planisa e o Sistema SIPEF, além de outras fontes indicadas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, como por exemplo, o DATASUS, Sistema VISA, etc;
- Implementação de processos de ETL (Extração-Transformação-Carga), afim de compor os dados em aplicação própria do Instituto CEM garantidoras de controle de metas e auditoria da estatística;

Os indicares serão reunidos em uma base local da unidade afim de análise e auditoria de dados consolidando base única de resultados para gestão de transferência de dados para a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

A avaliação e publicação de transparência e site com domínio da unidade de saúde devem ser entendidos como processos que envolvem a coleta, processamento, análise sistemática, crítica e periódica das informações; assim como os indicadores de saúde pré-selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas e os resultados alcançados conforme as obrigações contratuais e planejamento, tanto sob a ótica Financeira-Contábil, como Assistencial.

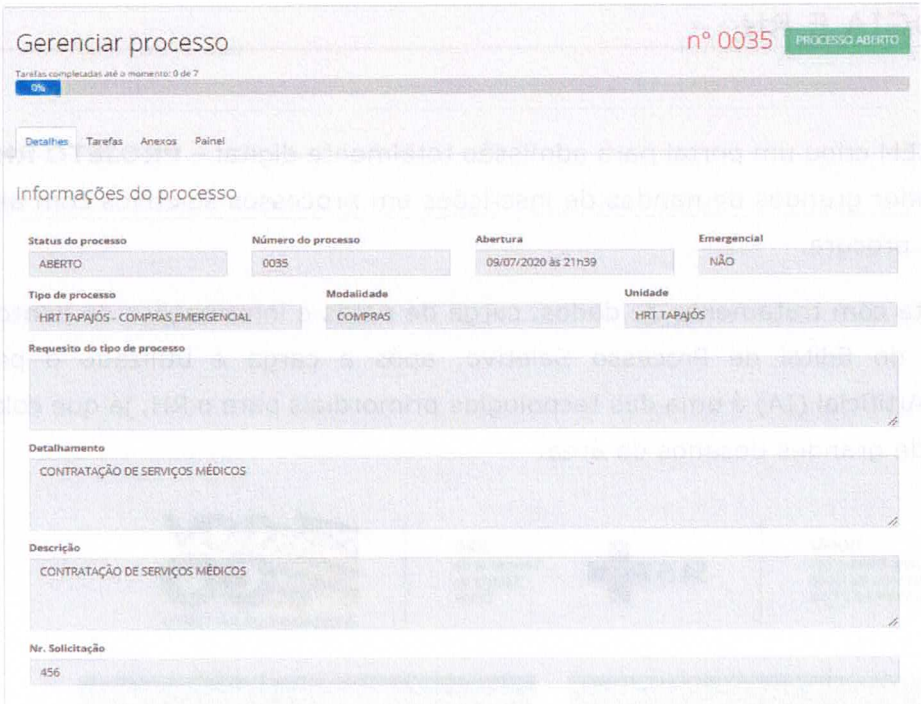
SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE DOCUMENTOS E PROCESSOS

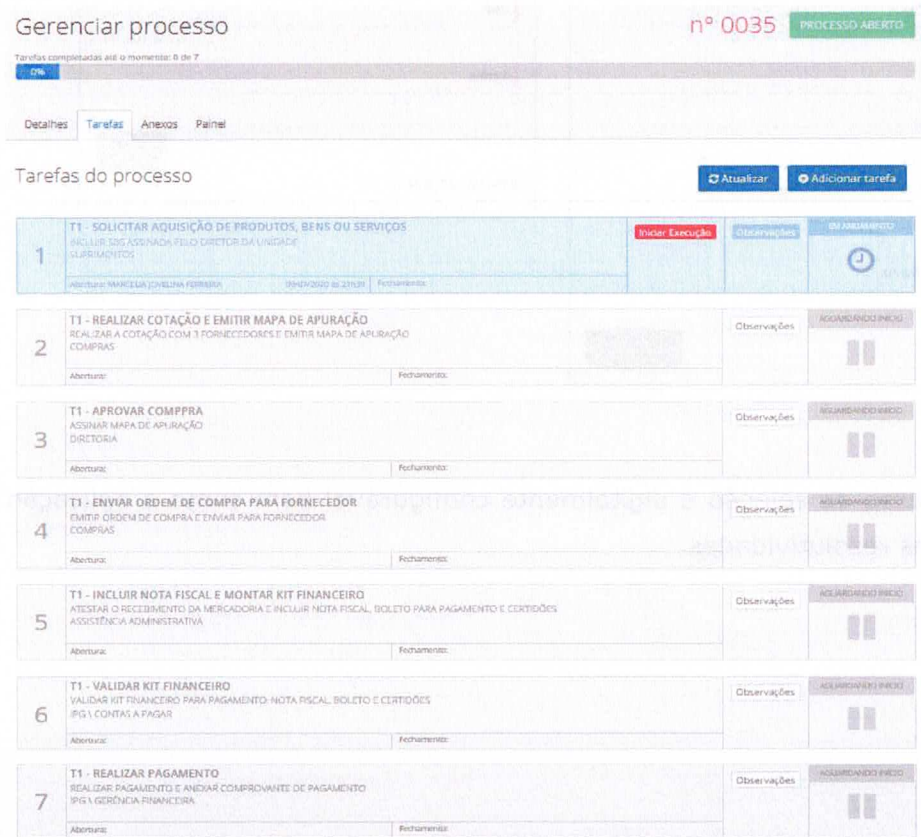
A organização e sequenciamento de atividades será feita por sistema próprio de Gestão de Processos nos moldes real-time web, correspondente a inovação do Instituto CEM em contratar de forma sistemática e automatizada os fluxos de trabalho e o workflow de tarefas, com as seguintes características:

- Detalhamento separado por objetivo do processo;
- Tarefas e Sub-tarefas;

- Número sequencial;
- Tipo do processo;
- Área de processo;
- Data do processo;
- Data da Tarefa;
- Número da Solicitação;
- Unidade;
- Status do processo;
- Período de Execução (SLA);
- Assinatura Digital;
- Sequenciamento de Atividades;
- Digitalização e Arquivamentos de Documentos;
- Sigilo com Login e Senha (criptografada)
- Backup Redundante em Nuvem




Gerenciar processo
nº 0035
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 0 de 7
0%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Painel
Informações do processo
Status do processo
ABERTO
Número do processo
0035
Abertura
09/07/2020 às 21h39
Emergencial
NÃO
Tipo de processo
HRT TAPAJÓS - COMPRAS EMERGENCIAL
Modalidade
COMPRAS
Unidade
HRT TAPAJÓS
Requesito do tipo de processo
Detalhamento
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
Descrição
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
Nr. Solicitação
456


Gerenciar processo
nº 0035
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 0 de 7
0%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Painel
Tarefas do processo
Atualizar
Adicionar tarefa
1
T1 - SOLICITAR AQUISIÇÃO DE PRODUTOS, BENS OU SERVIÇOS
INCLUIR SDS ASSINADA PELO DIRETOR DA UNIDADE
SUPRIMENTOS
Iniciar Execução
Observações
EM ANDAMENTO
2
T1 - REALIZAR COTAÇÃO E EMITIR MAPA DE APURAÇÃO
REALIZAR A COTAÇÃO COM 3 FORNECEDORES E EMITIR MAPA DE APURAÇÃO
COMPRAS
Observações
AGUARDANDO INÍCIO
3
T1 - APROVAR COMPPRA
ASSINAR MAPA DE APURAÇÃO
DIRETORIA
4
T1 - ENVIAR ORDEM DE COMPRA PARA FORNECEDOR
EMITIR ORDEM DE COMPRA E ENVIAR PARA FORNECEDOR
COMPRAS
5
T1 - INCLUIR NOTA FISCAL E MONTAR KIT FINANCEIRO
ATESTAR O RECEBIMENTO DA MERCADORIA E INCLUIR NOTA FISCAL, BOLETO PARA PAGAMENTO E CERTIDÕES
ASSISTÊNCIA ADMINISTRATIVA
6
T1 - VALIDAR KIT FINANCEIRO
VALIDAR KIT FINANCEIRO PARA PAGAMENTO: NOTA FISCAL, BOLETO E CERTIDÕES
JPG \ CONTAS A PAGAR
7
T1 - REALIZAR PAGAMENTO
REALIZAR PAGAMENTO E ANEXAR COMPROVANTE DE PAGAMENTO
JPG \ GERÊNCIA FINANCEIRA
Abertura:
Fechamento:

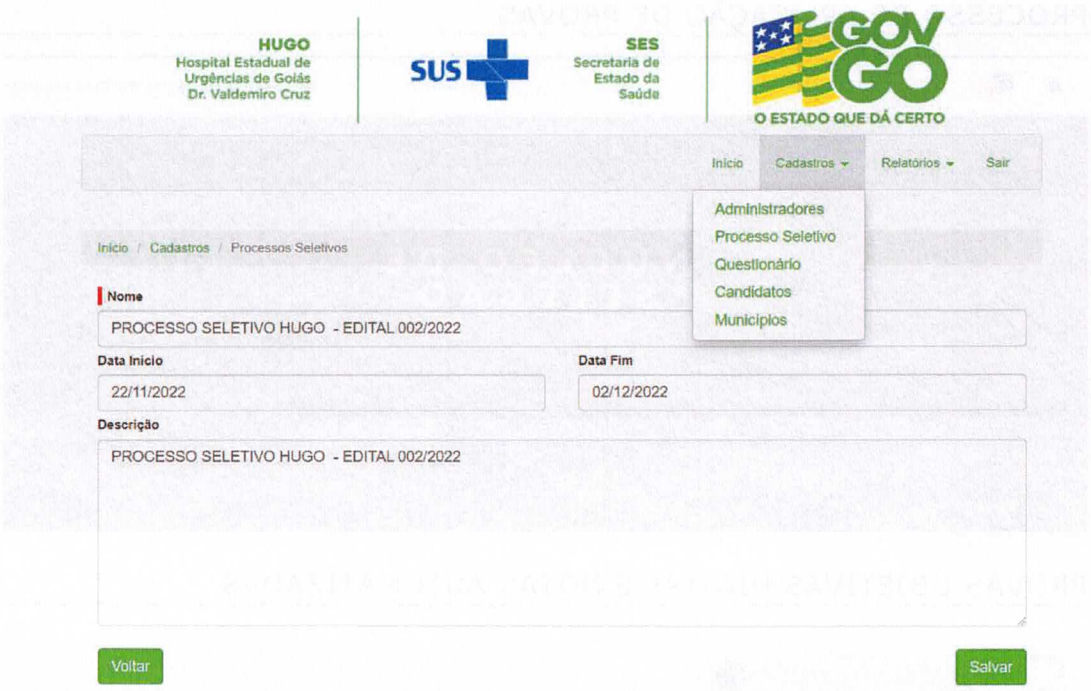
TECNOLOGIA E RH

O Instituto CEM criou um portal para admissão totalmente digital – **PROJETO RH DIGTAL**, visando atender grandes demandas de inscrições em processos seletivos com alto grau de divulgação e procura.

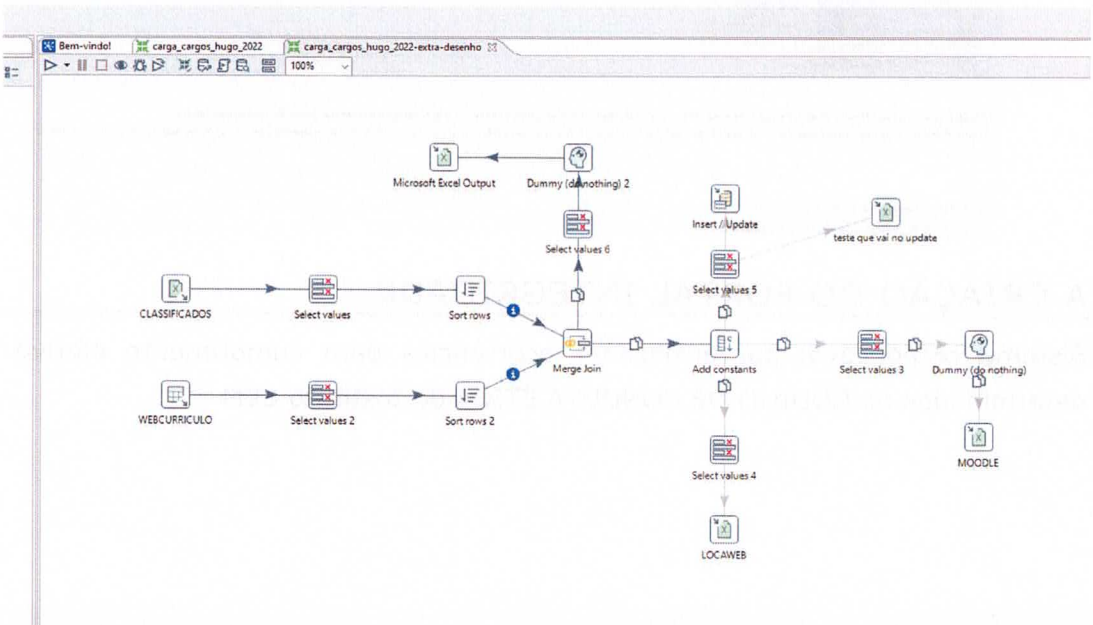
O portal conta com tratamento de dados, carga de notas e informações de pontos baseado no desenho do Edital de Processo Seletivo, após a carga é utilizado o princípio de Inteligência Artificial (IA) é uma das tecnologias primordiais para o RH, já que colabora para a resolução de grandes desafios da área.



Todo o processo de seleção é digitalmente configurável bem como a aplicação de provas on-line e suas resolutividades



Processamento de Informações com Ferramenta de BI Pentaho Solutions e Pentaho Data Integration



PROCESSO DE APLICAÇÃO DE PROVAS

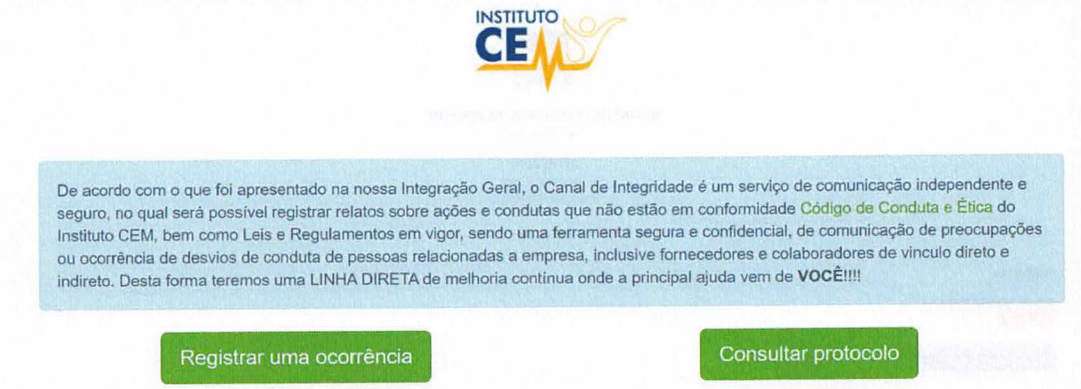


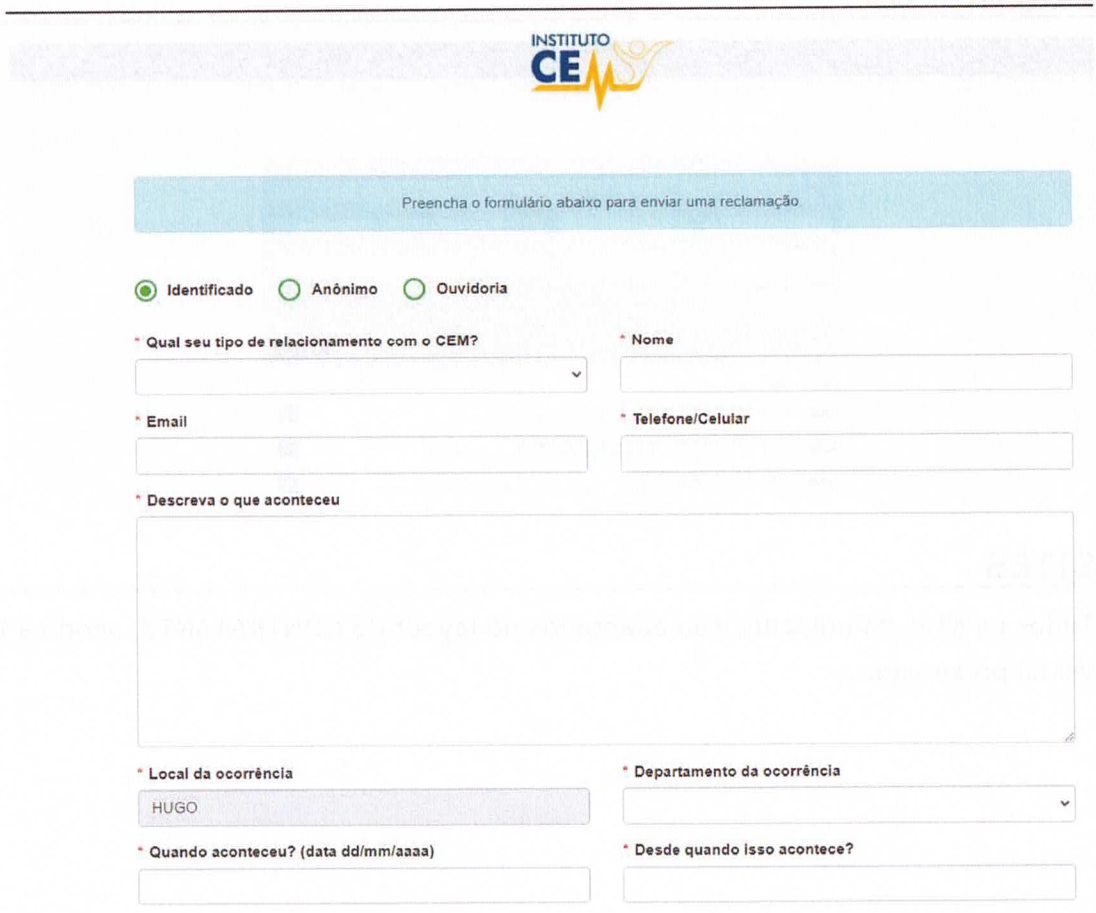
PROVAS OBJETIVAS DIGITAL E NOTAS AUTOMATIZADAS



A CRIAÇÃO DO PORTAL INTEGRIDADE

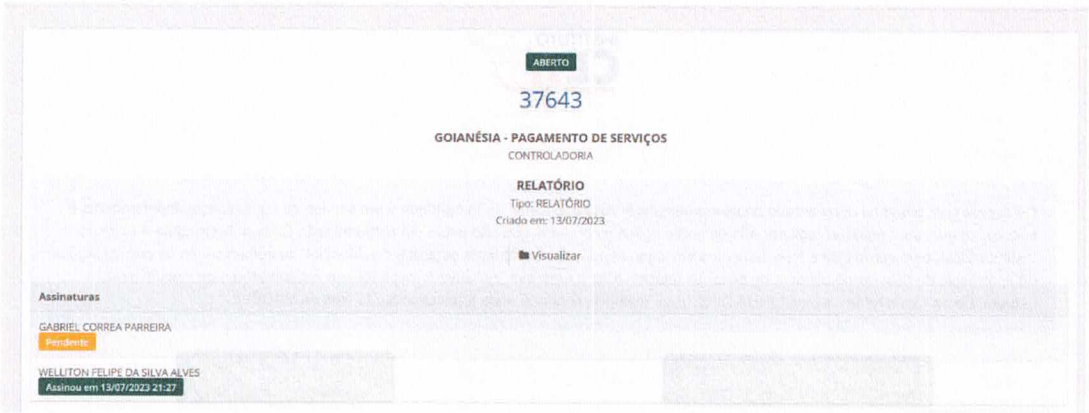
Sistema responsável por armazenar ocorrências para cumprimento efetivo de regras determinadas no CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA do Instituto CEM



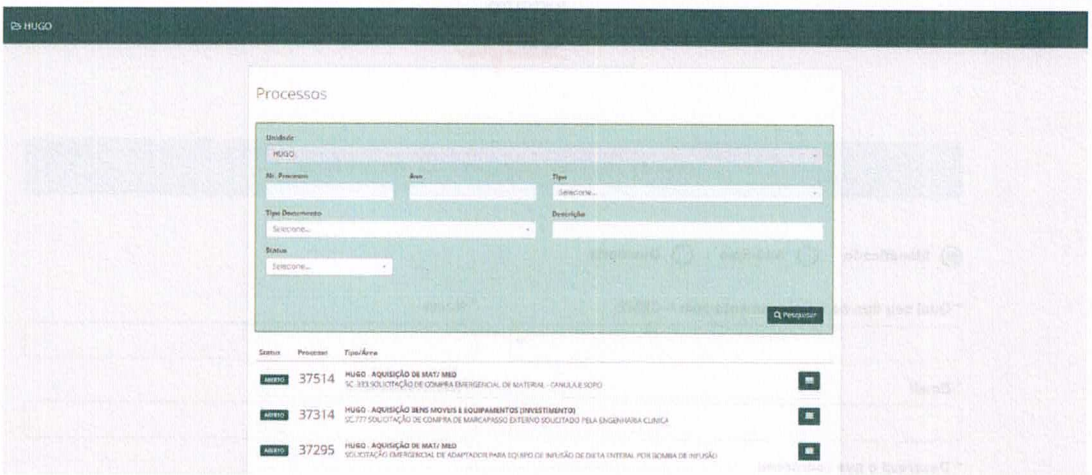


SISTEMA DE PROCESSO DOCCEM

Nova versão com links de assinaturas de documentos, facilitando agilidade em todos os processos e documentos



NOVA PAGINA DE TRANSPARÊNCIA, ATOS CONVOCATÓRIOS E CONTRATOS



SITES

Todos os sites de unidades são adaptados no layout do CONTRATANTE, sendo a identidade visual preservada.



4.6 Regimento Interno Do Corpo Clínico

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Artigo 1º - A finalidade do presente regimento é a normatização do relacionamento entre os profissionais médicos e a instituição de saúde, **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** , observadas as Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1124/83, 1.342/91, 1.352/92, 1.481/97 e Código de Ética Médica.

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Artigo 2º - O corpo clínico terá como objetivos, entre outros:

a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;

b) Assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;

c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da instituição;

d) Estimular a pesquisa médica;

e) Cooperar com a administração da instituição visando melhoria da assistência prestada;

f) Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO III

DA CONSTITUIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Artigo 3º - O alvo de toda atenção do médico é o doente, em cujo benefício deve ele agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, uma vez que a figura do paciente se constitui em origem de toda atividade médica e hospitalar.

Parágrafo Único - Será sempre preservada a autonomia profissional de cada médico, ressalvados:

a) As disposições administrativas deste Regimento Interno e as eventuais portarias regulamentares baixadas pela Direção Clínica;

b) Os preceitos de moral ética conceituados no Código de Ética Médica, em especial os referentes às relações de médico para médico.

Artigo 4º - O Corpo Clínico é composto por médicos que nele trabalham habitualmente e que foram aprovados pela Diretoria Clínica e referendados pela Superintendência da Unidade Gestora.

Artigo 5º - O Corpo Clínico será constituído pelos seguintes grupos de profissionais:

a) Efetivos

b) Contratados

c) Consultores

d) Residentes

e) Plantonistas

f) Externos

g) Eventual

Artigo 6º - São médicos efetivos aqueles que possuam funções definidas em qualquer dos serviços médicos da Instituição, satisfeitas as condições de admissão.

Parágrafo Único - O número de médicos efetivos será determinado pelo Corpo Clínico da instituição, observando as possibilidades de funcionamento regular dos diversos serviços depois de aprovado pela Superintendência.

Artigo 7º - São membros contratados os profissionais admitidos pela Superintendência, por indicação da Diretoria Clínica e Diretor técnico, de acordo com a legislação trabalhista em vigor e as normas previstas neste Regimento Interno.

Artigo 8º - São consultores os profissionais de reconhecida capacidade que aceitem colaborar, quando solicitados, com o Corpo Clínico na forma deste Regimento Interno.

Artigo 9º - São residentes os profissionais vinculados à programação de ensino e treinamento mantida pelo Hospital em convênio com faculdade de medicina.

Artigo 10 - Embora não pertença ao Corpo Clínico o médico poderá internar seus pacientes em obediência à determinação do artigo 25 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº. 1246/88).

CAPÍTULO IV

DA ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 11- O pretendente a ingressar no Corpo Clínico deverá dirigir-se ao Médico Coordenador da área, Diretor Clínico, Diretor Técnico ou à Superintendência com requerimento neste sentido. O candidato apresentará à Instituição os documentos solicitados, que deverão ser enviados por e-mail ou entregues pessoalmente à secretária da Superintendência. Após a entrega, esses documentos serão validados pelo Coordenador da área, pela Superintendente e pelo Diretor Técnico. Os documentos para admissão são:

a) Currículo atualizado;

b) Cópia de seu diploma de médico registrado e reconhecido pelo MEC (frente e verso do diploma);

c) Cópia do certificado do Título de Especialista (frente e verso);

d) Cópia do certificado de Residência Médica (frente e verso), na especialidade indicada pelo candidato;

e) Cópias de certificados de cursos, se houver;

f) Cópia dos documentos pessoais (RG, CPF e comprovante de endereço atualizado);

g) Cópia de sua Carteira Profissional – CRM do Estado de Goiás;

h) Cópia do seu cartão de vacinação atualizado com as vacinas indicadas pela Instituição;

i) Certidão Negativa de Antecedentes Éticos retirada no CREMEGO.

Artigo 12 – Após a entrega da documentação supracitada, será realizada a análise documental e entrevista com o Diretor Técnico, por telefone ou chamada de vídeo.

Artigo 13 - A admissão do médico é avaliada pelo Coordenador médico da área, pela Superintendência e pelo Diretor Técnico do Hospital, porém o Conselho terá poder de decisão sobre o caso, para se evitar prevalecer interesse pessoal do médico efetivo.

Artigo 14 – O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** manterá arquivo de todos os documentos em pasta individual para cada médico no sistema de Gestão da Instituição.

CAPÍTULO V

DOS ÓRGÃOS DE DIREÇÃO

Artigo 15 - O Corpo Clínico da Instituição possui os seguintes órgãos de direção:

a) Assembleia Geral

b) Diretoria Clínica

c) Diretoria Técnica

d) Comissão de Ética Médica

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

f) Comissão de Revisão de Prontuários Médicos

g) Comissão de Revisão de Óbito

h) Núcleo de Segurança do Paciente

TÍTULO I

DA ASSEMBLÉIA GERAL

Artigo 16 - A Assembleia Geral é integrada por todos os médicos do Corpo Clínico.

Artigo 17 - A Assembleia Geral será presidida pelo Diretor Clínico ou seu substituto legal e na ausência deste, por um dos membros presentes indicado pela maioria.

Parágrafo Único - O Presidente da Assembleia solicitará a um dos membros presentes que exerça as funções de Secretário.

Artigo 18 - A Assembleia Geral reunir-se-á em modalidade ordinária anualmente, ou extraordinariamente quando requerida por 1/3 dos membros do Corpo Clínico, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º. - As Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias serão realizadas em primeira convocação com 2/3 dos componentes do Corpo Clínico e com qualquer número em segunda convocação, meia hora depois.

§ 2º. - As resoluções da Assembleia Geral de Corpo Clínico serão tomadas por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

§ 3º. - As votações poderão ser secretas e não serão permitidos votos por procuração.

Artigo 19 - Compete a Assembleia Geral:

a) Fixar a orientação geral superior para exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes;

b) Eleger o Diretor e o Vice-Diretor Clínico por votação direta e secreta;

c) Eleger os membros da Comissão de Ética Médica por votação secreta;

d) Dirimir dúvidas suscitadas pela orientação dada pela Diretoria Clínica ou conflitos de atribuições desses órgãos uns em relação aos outros;

e) Comunicar às autoridades do estabelecimento, através do Diretor Clínico, a orientação superior aprovada para solução dos problemas éticos ou técnicos;

f) Pela maioria de 2/3 da totalidade dos membros propor à Superintendência a exclusão do Hospital de qualquer médico pertencente ao Corpo Clínico;

g) Destituir pela maioria absoluta dos membros do Corpo Clínico qualquer integrante da Diretoria Clínica, em reunião especialmente convocada. Tal destituição de qualquer membro será proposta por infração administrativa a partir de sindicância onde será resguardado amplo direito de defesa do envolvido.

TÍTULO II

DA DIRETORIA CLÍNICA

Artigo 20 - A Diretoria Clínica do Corpo Clínico da Instituição é composta de:

a) Diretor Clínico;

b) Vice-Diretor Clínico.

§ 1º. - O Diretor Clínico e Vice-Diretor Clínico serão eleitos por votação direta e secreta em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

§ 2º. - O mandato da Diretoria e Vice-diretora Clínica será por período de dois anos podendo ocorrer reeleição para um segundo mandato.

Artigo 21 - O membro ou membros eleitos para as vagas dos diretores destituídos ou demissionários exercerão o mandato pelo tempo que faltar aos substituídos.

Artigo 22 - Compete ao Diretor Clínico:

a) Propor a admissão de novos componentes do corpo clínico;

b) Representar o Corpo Clínico junto à Superintendência da Instituição;

c) Desenvolver o espírito da crítica científica e estimular o estudo e a pesquisa;

d) Permanecer na Instituição no período de maior atividade profissional, fixando horário do seu expediente;

e) Tomar conhecimento, para as providências necessárias de todas as solicitações do Corpo Clínico previstas neste Regimento Interno;

f) Prestar contas de seus atos ao Corpo clínico nas Assembleias Gerais;

g) Executar e fazer executar a orientação dada pela Assembleia do Corpo Clínico em matéria de Medicina ou quanto a assuntos médicos;

h) Esclarecer as partes interessadas em eventual conflito de posição entre o Corpo Clínico e a Superintendência, visando harmonizá-las em face dos postulados éticos;

i) Empenhar-se para que os integrantes do Corpo Clínico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, a ordem interna da Instituição e as Resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes em matéria de procedimento ético ou recomendações técnicas no exercício da Medicina;

j) Pleitear junto à Superintendência providências e meios adequados à efetuação das medidas aprovadas pela Assembleia Geral do Corpo Clínico, que visem à boa qualidade e eficácia da Medicina praticada na Instituição;

k) Encaminhar à Comissão de Ética Médica consulta relativas a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício da Medicina na Instituição;

l) Apresentar à Superintendência relatório anual das atividades médicas;

m) Cooperar com a Superintendência da Instituição;

n) Presidir as Assembleias Gerais do Corpo Clínico;

o) Transmitir o seu cargo ao Vice-Diretor, em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;

p) Zelar pelos livros de atas e do arquivo do Corpo Clínico;

q) Convocar em tempo hábil e por Edital colocado nos murais as Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias previstas neste Regimento Interno.

r) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

Artigo 23 - Compete ao Vice-Diretor Clínico auxiliar o Diretor Clínico e substituí-lo na sua ausência e/ou impedimentos.

Artigo 24 - Compete ao Secretário indicado pelo Presidente nas Assembleias Gerais lavrar as Atas, na qualidade de "*ad hoc*".

TÍTULO III

DA DIRETORIA TÉCNICA

Artigo 25 - O cargo de Diretor Técnico será ocupado por membro do Corpo Clínico nomeado pela Superintendência da Instituição, com mandato de dois anos coincidindo com o mandato do Diretor Clínico.

Artigo 26 - Compete ao Diretor Técnico:

a) Cientificar a Superintendência da Instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;

b) Executar e fazer executar a orientação dada pela Instituição em matéria administrativa;

c) Representar a Instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem as leis em vigor;

d) Reger e coordenar todas as atividades médicas da Instituição, em colaboração com a Comissão de Ética Médica;

e) Dar orientação científica, fazendo com que sejam cumpridas as normas de bom atendimento, dentro dos princípios da ética médica;

f) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

g) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e dos demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;

h) Designar os Coordenadores de áreas e serviços;

i) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica

TÍTULO IV

DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Artigo 27 – A Comissão de Ética Médica é composta de **3 (três) membros efetivos e 3 (três) membros suplentes** os quais serão eleitos por votação direta e secreta pelos membros efetivos do Corpo Clínico. A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Os candidatos a CEM se inscreverão individualmente, junto ao diretor clínico do

estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, sendo os nomes destes divulgados por ordem alfabética durante o período de uma semana. O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º. - A quantidade de membros da Comissão de Ética Médica será definida em conformidade com o artigo 4° da Resolução CFM N° 1.657/02.

§ 2º. - Após a eleição dos membros da Comissão de Ética Médica o resultado será lavrado em ata que será encaminhada ao CREMEGO para homologação. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Artigo 28 – A competência e procedimentos da Comissão de Ética Médica obedecerão ao disposto na Resolução CFM n.º 1.657/02, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO V

DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 29 – A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por profissionais da saúde pertencentes ao Corpo Clínico e nomeada pela Superintendência da Instituição, com mandato de 02 (dois) anos, coincidindo com o da Comissão de Ética Médica.

Artigo 30 – A competência e procedimentos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar obedecerão às normas contidas na Portaria do Ministério da Saúde nº. 2.616, de 12 de maio de 1998, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO VI

DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Artigo 31 – A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos será composta por médicos oriundos do Corpo Clínico, enfermeiros e demais profissionais da equipe multidisciplinar, sendo nomeada pela Superintendência da Instituição, com mandato de 02 (dois) anos, coincidindo com o da Comissão de Ética Médica.

Artigo 32 – A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº. 1.638/02, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO VII

DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Artigo 33 – A Comissão de Revisão de Óbitos será composta por, no mínimo três membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área da saúde indicados pela Direção Técnica da Instituição, com mandato de, no máximo, 30 (trinta) meses.

Artigo 34 – A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Óbitos obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº 2.171/17 ou por outras que, porventura, venham a revogá-la ou aditá-la.

CAPÍTULO VI

DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Artigo 35 – O Núcleo de Segurança do Paciente será composta por, no mínimo cinco membros, sendo médico, enfermeiro e outros profissionais da área da saúde indicados pelo Diretor Técnico da Instituição, com mandato de, no máximo, 36 (trinta e seis meses)

Artigo 36 – A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Óbitos obedecerão a RDC 36, ou por outras resoluções que, porventura, venham a revogá-la ou aditá-la.

CAPÍTULO VII

DOS DEPARTAMENTOS E SERVIÇOS

Artigo 37 – A Instituição manterá os departamentos e serviços médicos necessários ao preenchimento de suas finalidades tanto em regime de internação quanto em regime ambulatorial.

Artigo 38 – O serviço médico será constituído dos seguintes setores:

- **a)** Medicina interna;
- **b)** Cirurgia;

- **c)** outros.

Artigo 39 – O setor de medicina interna será constituído pelos seguintes departamentos:

- **a)** Clínica geral;
- **b)** Cardiologia;
- **d)** Anestesia;
- **g)** Infectologia;
- **i)** Angiologia; E
- **k)** Outros.

Artigo 40 – O setor de cirurgia será constituído pelos seguintes departamentos:

- **a)** Cirurgia geral;
- **b)** Cirurgia cardíaca;
- **d)** Ortopedia;
- **e)** Cirurgia vascular;
- **f)** Cirurgia torácica;
- Bucomaxilofacial
- **g)** Outros.

Artigo 41 – O setor de serviços auxiliares será constituído pelos seguintes departamentos:

- **a)** Radiologia;
- **b)** Laboratório de análises clínicas;
- **c)** Banco de sangue;
- **d)** Fisioterapia;
- **e)** Pronto SocorroE ;
- **f)** outros.

Artigo 42 – Em qualquer dos setores poderão ser criados outros departamentos ou desdobrados os já existentes quando for julgado conveniente às necessidades da Instituição e ao aperfeiçoamento técnico.

Artigo 43 – Cada departamento será dirigido por um Coordenador.

§ 1º. - Em cada departamento trabalharão tantos assistentes quantos forem julgados necessários pelos seus membros efetivos.

§ 2º. - Em casos de dúvidas, será consultado a Diretoria Técnica.

Artigo 44 – A Diretoria Técnica designará os chefes dos departamentos e serviços dentre os componentes do Corpo Clínico, nas respectivas especialidades, conforme o disposto na letra "b" do artigo 25.

Artigo 45 – Aos Coordenadores dos departamentos e serviços compete:

a) Auxiliar a Diretoria Clínica e Técnica na fiscalização do bom andamento da atividade da Instituição;

b) Supervisionar e orientar os médicos do seu serviço;

c) Organizar o departamento a seu cargo de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e imediata;

d) Comparecer diariamente ao departamento e controlar a frequência de seus auxiliares médicos, quando for o caso;

e) Orientar o trabalho dos médicos, tendo, sobretudo em vista a qualidade de assistênc prestada e a dedicação às finalidades dos serviços e da Instituição;

f) Elaborar ou determinar a elaboração de prontuário médico de cada paciente de acordo com as normas aprovadas pela Diretoria Técnica, Superintendência e Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;

g) Comunicar ao Diretor Técnico as falhas ocorridas, a fim de ser mantida a boa ordem no departamento ou serviço;

h) Cumprir e fazer cumprir os regulamentos da Instituição e do Corpo Clínico, assim como as "Ordens", "Instruções", "Protocolos" e "Procedimentos Operacionais Padrão", emitidos pela Diretoria Técnica e Superintendência;

i) Manter bom relacionamento ético entre os médicos e os funcionários dos departamentos e serviços;

j) Julgar a internação de pacientes dos ambulatórios nas enfermarias do respectivo departamento, selecionando quando necessário, os casos;

k) Responder as tratativas de Notificações ou Manifestações de Ouvidoria, assegurando que a apuração dos fatos aconteça de forma justa e idônea, a fim de que as ações de melhoria nos processos sejam eficazes e efetivas;

l) Comprovar competência técnica específica para atuação como Coordenador Médico de determinada unidade.

Artigo 46 – São direitos dos médicos da Instituição:

a) A autonomia profissional;

b) A decisão sobre a admissão e exclusão de membros do Corpo Clínico, garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;

c) O acesso à instituição e seus departamentos e serviços;

d) A participação nas assembleias e reuniões;

e) O direito de votar, e conforme o caso, ser votado;

f) De receber a remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;

g) A comunicação de falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;

h) O recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a instituição, quando julgar prejudicados por decisões de qualquer natureza;

i) Receber treinamentos e orientações acerca dos protocolos médicos praticados na Instituição;

j) Ter acesso a este Regimento e suas normas, de forma a conhecer as regras da Instituição.

Artigo 47 – São deveres dos médicos da Instituição:

a) A obediência ao Código de Ética Médica, aos Estatutos e ao Regimento Interno da Instituição;

b) A assistência aos pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em seu benefício;

c) A colaboração com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

d) A participação de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico, conforme Capítulo IV, artigo 11;

e) O cumprimento às normas técnicas e administrativas da Instituição;

f) A elaboração de prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;

g) A colaboração com as Comissões específicas da Instituição;

h) A restrição de sua prática às áreas para as quais foi admitido, exceto em emergências.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 48 – O Corpo Clínico reunir-se-á quadrimestralmente sob a presidência do Diretor Clínico para tratar de assuntos relacionados a atividades médicas, melhoria de assistência aos pacientes e de renome da instituição, além de outros assuntos especificados neste Regimento Interno. Em virtude do momento de pandemia pela COVID-19, as reuniões poderão ser realizadas virtualmente.

Parágrafo Único - Na ausência do Diretor Clínico ou de seu substituto legal a reunião será presidida pelo Coordenador de departamento mais antigo presente.

Artigo 49 – As reuniões serão secretariadas por um secretário "*ad hoc*" nomeado entre os membros do Corpo Clínico escolhido pelo Diretor Clínico.

Parágrafo Único – As Resoluções aprovadas e os assuntos discutidos serão registrados em livro apropriado da Diretoria Clínica.

Artigo 50 – As reuniões quadrimestrais do Corpo Clínico obedecerão às seguintes normas:

a) Verificação de presença;

b) Leitura e aprovação da ata da sessão anterior;

c) Expediente;

d) Continuação ou conclusão dos assuntos em discussão aberta;

e) Relatos de comissões do Corpo Clínico;

f) Assuntos de interesse geral que visem o aperfeiçoamento do trabalho médico na Instituição;

g) Comunicações e propostas de qualquer membro do Corpo Clínico;

h) Encerramento.

CAPÍTULO IX

DAS PENALIDADES

Artigo 51 – As transgressões a este Regimento Interno cometidos por médicos, sujeitam os infratores às seguintes penalidades:

a) Advertência verbal pelo Diretor Clínico e/ou Técnico;

b) Censura sigilosa por escrito;

c) Censura pública;

d) Afastamento temporário das atividades profissionais no Corpo Clínico;

e) Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único – Salvo os casos de extrema gravidade que exijam aplicação imediata de penalidade mais rigorosa, a imposição das penalidades obedecerá à gradação acima prevista.

Artigo 52 – Nenhuma penalidade será imposta sem sindicância, assegurando-se ao acusado, o mais amplo direito de defesa.

Parágrafo Único - A aplicação da penalidade constante da letra "e" do artigo 57 somente se aplicará se aprovada pela maioria de 2/3 dos membros do Corpo Clínico reunidos em Assembleia Geral Extraordinária, conforme o artigo 22, letra "g". Esta decisão deverá ser comunicada à Superintendência da Instituição e ao CREMEGO.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 53 – O presente Regimento Interno revoga os anteriores e começa a vigorar após sua aprovação pela Assembleia Geral Extraordinária da Instituição e consequente registro no CREMEGO.

Artigo 54 – Os casos omissos serão resolvidos pela Assembleia Geral do Corpo Clínico.

Santa Helena de Goiás/GO, data.

4.6.1 Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos

O presente Regimento Interno destina-se a estabelecer normas para a prestação de serviços de Plantões Médicos.

CAPÍTULO I – DA COMPOSIÇÃO DOS PLANTÕES

ARTIGO 1º. Este regimento se aplica aos médicos, que vierem a exercer atividades de plantonista em serviços do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**

Parágrafo Primeiro. O plantão médico presencial caracteriza-se pela prestação de 12 (doze) horas contínuas e ininterruptas de trabalho, nas unidades de abrangência do Hospital.

Parágrafo Segundo. O médico que pretender exercer a atividade de plantonista deverá observar as regras deste Regimento.

Parágrafo Segundo. A não observância do Regimento implicará o afastamento do plantonista em exercício para o semestre seguinte, ocupando o seu lugar outro médico, desde que atenda as normas contidas no presente Regimento Interno e os requisitos exigidos para sua inclusão.

ARTIGO 2º. A equipe de plantonistas que prestará o serviço será elaborada com base nos requisitos e necessidades da unidade de saúde, que informará o número de profissionais necessários, suas especialidades, assim como as condições gerais de prestação dos serviços.

ARTIGO 3º. O serviço de plantão prestado pelo médico será feito obrigatoriamente no recinto do estabelecimento de saúde, de forma presencial, não sendo admitido, em nenhuma hipótese, regime de "prontidão" ou "sobreaviso".

Parágrafo Primeiro. Somente será permitido o afastamento temporário para o acompanhamento de paciente, em caso de emergência. Durante o afastamento do plantonista, deverá permanecer no serviço o Socorrista ou Plantonista substituto, conforme a situação.

Parágrafo Segundo. Qualquer outro tipo de afastamento fora da hipótese acima é de inteira responsabilidade do plantonista sujeitando-se o mesmo às penalidades cabíveis pela Comissão Técnico-Disciplinar e pelo chefe dos plantões.

ARTIGO 4º. Será admitida a substituição de um determinado plantonista por um colega, obedecendo os critérios do presente Regimento e do Regimento Interno do estabelecimento de saúde, se houver, desde que comunicado previamente o chefe da equipe de plantão.

Parágrafo Primeiro. As trocas, sempre em caráter eventual, deverão ser comunicadas e registradas por escrito, em folha de receituário, com anuência dos dois envolvidos, ficando, desta maneira, a responsabilidade do plantão com o colega, respeitando-se o disposto no parágrafo segundo deste ARTIGO.

Parágrafo Segundo. A troca efetuada sem a comunicação conforme estabelecido acima causará problemas administrativos na contabilização da produção mensal, atrasando o pagamento dos honorários devidos e sujeitando o plantonista substituído e substituto às penalidades cabíveis, se necessário.

Parágrafo Terceiro. A comunicação de troca deverá ser feita preferencialmente em até 24 (vinte e quatro) horas antes da realização do plantão, em duas vias, ficando a primeira na recepção do Pronto Atendimento e a segunda, visada pela recepcionista, com médico titular do plantão, para sua conferência e controle.

ARTIGO 5º. Nos casos em que o plantonista faltar sem aviso prévio, por motivo qualquer, o médico plantonista que for chamado a substituí-lo terá direito aos honorários devidos pelo plantão, mesmo que o titular venha a comparecer ao plantão, se o assim quiser.

ARTIGO 6º. Após a 2ª (segunda) ausência sem justificativa, ou com 2 (duas) justificativas não aceitas pela Diretor responsável pelo serviço, o médico plantonista poderá ser destituído do quadro de plantonistas cooperados em atividades no local ou será punido conforme decisão superior.

ARTIGO 7º. É vedado aos plantonistas noturnos terem mais de uma escala de plantão semanal, salvo autorização do chefe dos plantões, em casos excepcionais.

ARTIGO 8º. Os médicos plantonistas que quiserem renunciar aos plantões deverão comunicar, por escrito, num prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes de abandoná-los.

ARTIGO 9º. É permitido pedido de afastamento por doença, viagem ou férias, que ultrapassarem 15 (quinze) dias.

Parágrafo Primeiro. A substituição do plantonista afastado se dará seguindo a sequência dos médicos inscritos.

Parágrafo Segundo. O plantonista que se afastar por mais de 90 (noventa) dias, mediante comprovação, para participar de cursos de especialização, para exercer cargos públicos (eletivo ou não) ou serviço militar, terá seu direito de médico plantonista resguardado quando de seu retorno.

CAPÍTULO II – DAS SANÇÕES

ARTIGO 10º. A infringência de qualquer ARTIGO deste Regimento, além de comportamento técnico, ético ou social inadequado à imagem de respeitabilidade do local onde o serviço está sendo prestado, submeterá o plantonista, a critério da Comissão Técnico-Disciplinar do Hospital às seguintes sanções:

- advertência por escrito, protocolada ou com aviso de recebimento;
- suspensão das atividades no Pronto Atendimento, por um ano e substituição por outro colega cooperado, atendendo-se o disposto no ARTIGO 8ª e seus Parágrafos,
- eliminação definitiva de quadro de plantonistas e substituição por colega cooperado, após devido processo disciplinar.

Parágrafo Primeiro - O estabelecimento destas sanções ficará a critério da Comissão Técnico Disciplinar do Hospital, atendendo-se os seguintes critérios:

- o fato do infrator ser primário;
- ser reincidente;
- negar-se peremptoriamente a cumprir quaisquer das normas deste Regimento.

Parágrafo Segundo - As reclamações e denúncias realizadas por escrito por parte dos usuários, colegas ou funcionários serão analisadas pela Direção do estabelecimento de

saúde que, após ouvir o chefe da equipe, poderá formalizar uma denúncia contra o plantonista à Comissão Técnico-Disciplinar do Hospital para apurar a culpabilidade do mesmo e aplicação das sanções acima previstas.

CAPÍTULO IV – DAS INCUMBÊNCIAS

ARTIGO 11º. Os plantonistas deverão cumprir rigorosamente o Regimento Interno do estabelecimento de saúde onde está sendo prestado o serviço.

§único. Independentemente das normas estabelecidas no Regimento Interno do estabelecimento de saúde, que devem ser rigorosamente cumpridas, é vedado o uso de cigarros ou similares e bebidas alcoólicas dentro das dependências do local do serviço.

ARTIGO 12º. Os plantões médicos serão de 12 (doze) horas por dia

§único. Poderão os Plantões serem organizados de outras formas, dependendo das necessidades do Hospital.

Parágrafo Primeiro. Em nenhuma hipótese poderá o médico plantonista negar o atendimento de sua especialidade, encaminhando o paciente para atendimento posterior em seu consultório.

Parágrafo Segundo. Também não poderá o médico plantonista, atender ou fazer procedimentos em seus pacientes, previamente encaminhados de seu consultório, no horário de seu plantão.

Parágrafo Terceiro. Todo e qualquer caso de atendimento serão atendidos pelo plantonista, sempre buscando a resolução dos problemas dentro da operacionalidade do serviço, quando for possível técnica e eticamente assim proceder.

ARTIGO 13º Prestar assistência aos pacientes da unidade assistencial procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos

ARTIGO 14º Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos sejam encaminhados.

ARTIGO 15º Atender aos pacientes de outros setores da unidade de saúde que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente

ARTIGO 16º Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico residente do plantão da mesma clínica o do médico plantonista.

ARTIGO 17º conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

ARTIGO 18º Na ausência de médicos assistente, conforme as circunstâncias, fornece atestado de óbito de paciente se necessário, no período diurno o atestado de óbito dever ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente. Anotar no livro de ocorrência todos os fatos e situações que mereçam registro.

ARTIGO 19º Comparecer ao local onde foi escalado cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e estando de plantão não deixar o local de tabalo antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa

ARTIGO 20º O plantonista que receber o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e em caso de reincidência de atraso por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades, cabíveis

ARTIGO 21º. Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição crachá funcional.

ARTIGO. 22º. O plantonista deverá se manter alcançável durante todo o seu horário de plantão

ARTIGO 23º Os formulários ou guias on-line utilizados pelos plantonistas deverão ser os específicos, timbrados, do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, constando o carimbo do médico com sua assinatura.

§único. O não cumprimento destas incumbências sujeitará o plantonista às sanções previstas neste Regimento.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 24º Todo e qualquer documento referente ao serviço plantão deverá ser arquivado em pasta no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

ARTIGO 25º O médico plantonista deverá assinar cópia do Regimento Interno em 2 (duas) vias, uma das quais será arquivada no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** . Tal assinatura implicará na aceitação pura e simples deste Regimento.

ARTIGO 26º. Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**,

ARTIGO 27º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

5 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

5.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional.

Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que trarão um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois:

- Agilizam e uniformizam o atendimento;
- Facilitam condutas descentralizadas;
- Diminuem a margem de erro;
- São importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela;
- São valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços;
- Facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.);
- Melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas;
- Melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados;
- Garante maior segurança;
- Otimiza a utilização dos recursos operacionais;
- Reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques;
- Pode gerar um prontuário eletrônico;
- Otimiza a produtividade dos trabalhadores;
- Garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

A Proposta de Manual de Protocolo Assistenciais a serem implantados no Hospital, serão construídos em conjunto com a equipe de acordo com as normas estabelecidas em instrumento utilizado para elaboração de documentos no Hospital Norma Zero. Após a elaboração todos documentos serão revisados pelo Coordenador do Núcleo de Qualidade e/ou responsável pelo Coordenador da Área, e aprovados pela Diretoria.

5.1.1 Protocolos Assistenciais – Medidas de Controle de Qualidade

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos

clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir a melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devem ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de planos e metas terapêuticas e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas com vistas ao atendimento do plano estabelecido para o usuário. A adoção de protocolos também proporciona uma maior linearidade e uniformização na prestação da assistência pelos diferentes profissionais de saúde, facilitam condutas descentralizadas e diminuem a margem de erros, possibilitando maior qualidade e eficácia no serviço, além de propiciar uma situação adequada para coletar dados no manejo – de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais do Hospital

UNIDADE DE SAÚDE	PROTOCOLO XXX
NOME DO PROTOCOLO	Versão Protocolo:
ESPECIALIDADE	
Executante	
Resultados esperados	
Recursos Necessários	
Atividades Introdução e descrição do protocolo Revisão de Literatura Definição e diagnóstico Justificativa e Objetivo Critérios de Elegibilidade Critérios de Exclusão Tratamento proposto Indicador de monitoramento Referências Bibliográficas Anexos	
Cuidados	
Ações em caso de não conformidade	
Elaborado em:	Responsável:
Aprovado em:	Responsável

Revisado em:	Responsável

Todas as ações possuem:

- Recursos Necessários: neste item é listado todo o material necessário para a execução do procedimento.
- Condições necessárias: situação existente que justifica a ação
- Cuidados especiais: itens de verificação necessários para o início do procedimento.
- Executor: profissional responsável pela ação.
- Ações: descrição da ação propriamente dita com as observações que se façam necessária.
- Resultados Esperados: listagem dos resultados esperados.
- Ações corretivas: ações que poderão ser aplicadas em caso de intercorrência.
- Riscos/ Tomada de decisão: listagem de riscos inerentes ao procedimento com definição de ações corretivas
- Anexos: material auxiliar para o procedimento.

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores do Hospital.

5.1.2 Norma Padronização De Documentos

OBJETIVO

Estabelecer regras e definições para os tipos de documentos do sistema de gestão da qualidade e a sua padronização, nas fases de elaboração, revisão, validação, aprovação, controle, distribuição e descarte, de modo a garantir idoneidade às informações necessárias à execução dos serviços prestados, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** .

RESPONSABILIDADE

Elaboração e revisão: Área de Qualidade,

Execução: Todas as áreas do HERSO e abrange toda a comunidade interna.

É de competência de toda a comunidade interna do HERSO, manter-se atualizada quanto:

Ao acompanhamento da legislação técnica de sua área.

Aos avanços tecnológicos dos processos de trabalho e da ciência.

À identificação de oportunidades de melhorias para um processo tratado nos documentos normativos.

alterações na estrutura, composição, competências, atribuições e funcionamento dos grupos, núcleos de trabalho, comissões e comitês, bem como das unidades organizacionais.

DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

Compete ao NQSP normatizar e gerenciar todos os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais, bem como direcionar a comunidade interna ao cumprimento desta norma.

Identificar os documentos aprovados com carimbo quanto a necessidade de controle de cópias.

Encaminhar os documentos para publicação na *intranet*.

Realizar o descarte de documentos físicos inativos/ cancelados / obsoletos encaminhados pelos gestores das áreas, e, articular o descarte dos documentos digitais inativos / cancelados / obsoletos.

Gerenciar a "LISTA MESTRA INSTITUCIONAL, de documentos internos e externos" para manter atualizados os prazos de validade de todos os documentos do HERSO, bem como a relação de cópias controladas distribuídas;

Treinar líderes para serem multiplicadores em suas unidades;

Disponibilizar e atualizar os modelos de documentos;

Relacionar a realização dos treinamentos pelas áreas responsáveis, dos documentos implantados.

DOS GESTORES DOS SETORES/ UNIDADES / COMISSÕES

Elaborar os documentos da área sob sua responsabilidade.

Revisar e controlar os documentos de sua unidade, quando necessidade de alteração do conteúdo ou minimamente com 90 dias de antecedência ao seu prazo de vigência, utilizando as datas da "LISTRA MESTRA", de forma que seja atualizado sempre em tempo hábil.

Identificar os documentos externos, regulamentá-los por envio para Validação, organizá-los e controlá-los utilizando a "LISTRA MESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS".

Controlar a impressão de cópia controlada de sua guarda.

Guardar os documentos físicos nas áreas, preservando a sua integridade, de forma a estarem legíveis e prontos para serem utilizados.

Encaminhar o arquivo editável do documento para ser aprovado ao NQSP.

Promover a divulgação e o treinamento dos colaboradores dos documentos publicados.

Controlar a distribuição dos documentos utilizados no setor.

Direcionar o documento para todos os colaboradores responsáveis/ eleitos, durante o ciclo documental.

Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados.

Realizar a remoção de documentos obsoletos.

Gerenciar as listas de controle de documentos do setor/unidade.

NÃO UTILIZAR NO HOSPITAL QUALQUER DOCUMENTO NÃO PADRONIZADO CONFORME ESTA NORMA, exceto durante a transição para a vigência desta norma;

DEFINIÇÕES

Ato administrativo: é toda manifestação unilateral de vontade da gestão que, agindo nessa qualidade, com finalidade de adquirir, resguardar, transferir, modificar, extinguir e declarar direitos, ou impor obrigações aos administrados ou a si própria, sendo expressado por meio da tomada de decisão;

Comunidade Interna: colaboradores de qualquer vínculo empregatício que laborem/ atuam no HERSO;

Cópia Controlada: documento, impresso ou eletrônico, que se refere ao documento original aprovado, identificado com carimbo na cor vermelha "Cópia Controlada", com dados

emitidos pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP). As versões eletrônicas devem ser disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão;

Cópia Não Controlada: documento usado para fins de treinamento e informação. A cópia não controlada deverá ser identificada como "Cópia Não Controlada" abaixo da paginação e devem ser disponibilizadas para impressão;

Documento: informação e o meio no qual ela está contida;

Documentos Internos: documentos elaborados pela própria organização;

Documentos Externos: documentos elaborados por outros órgãos e empresas, utilizados no hospital;

Documentos Inativos: extinção/ cancelamento de um documento nos casos em que a atividade ou processo deixam de existir;

Documentos da Hierarquia: classificação que tem como base relação por ordem/escala, entre superiores e dependentes;

Evidência: prova exibida, aquilo que é claro, que não dá margem à dúvida, apoia a existência ou veracidade de alguma coisa;

Em Branco: No caso de documentos que possuam mais de uma página, nos espaços em brancos e versos das folhas que estejam em branco, será realizado um carimbo de "EM BRANCO", em casos em que houver a falta do carimbo, deverá ser usado a impressão do lado em branco com as seguintes informações: "EM BRANCO – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – HERSO".

Lista Mestra: Documento que organiza e controla os documentos internos e externos. É uma relação que identifica todos os documentos integrantes do sistema de gestão da qualidade do hospital, com versão e codificação, possibilitando verificar se o documento que está sendo utilizado é vigente;

Registro: documento que apresenta resultados obtidos ou fornece evidências de atividades realizadas;

Unidade de negócio: são os diversos setores do hospital, conforme divisão no Organograma, abrangendo todas as nuances de cada departamento, desde os processos, até gestão de pessoas, custos, insumos e resultados.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado

NQSP: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

PDSA: sigla em inglês que designa quatro etapas de um ciclo (Plan, Do, Study and Act), traduzidos como Planejar, Fazer, Estudar e Atuar. É uma ferramenta para testar e implementar mudanças no ambiente de trabalho, além de orientar o processo de uma mudança para determinar se ela produz uma melhoria. As melhorias conduzidas pelo PDSA resultam em aprimoramento dos processos focando na melhoria contínua, gerando ainda conhecimento;

SCIRAS: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

TI: Tecnologia da Informação;

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

DESCRIÇÃO

Documentos são como se fossem capítulos de um livro, permitindo manter a memória corporativa e coletiva da organização, eles uniformizam os serviços, apóiam o seu bom funcionamento e evidenciam os requisitos desejados, contribuindo à melhoria contínua dos processos, e consequentemente à satisfação do cliente.

A padronização contribui para uma identidade visual única, o que facilita a leitura e a absorção das informações pelos diferentes níveis de circulação do documento, ao passo que o correto gerenciamento da documentação garante que estes sejam elaborados, aprovados, distribuídos, recolhidos e destruídos sem que o sistema de qualidade seja afetado. Eles devem estar disponíveis, e no formato adequado a quem precisar utilizar, para que não se tornem apenas burocracia. Ao mesmo tempo, o controle dos documentos é importante para que o hospital não se perca diante das informações existentes.

Além disso, os documentos possuem características de arquivo com peso legal, ou seja, os documentos são fonte de informação com característica jurídica, funcionando como evidência da realização e descrição de cada etapa do processo, sendo fonte de dados oficiais.

A documentação do sistema de gestão da qualidade consiste em diferentes tipos de documentos, compreendendo aos de níveis hierárquicos, os administrativos e os externos (Figura 01).

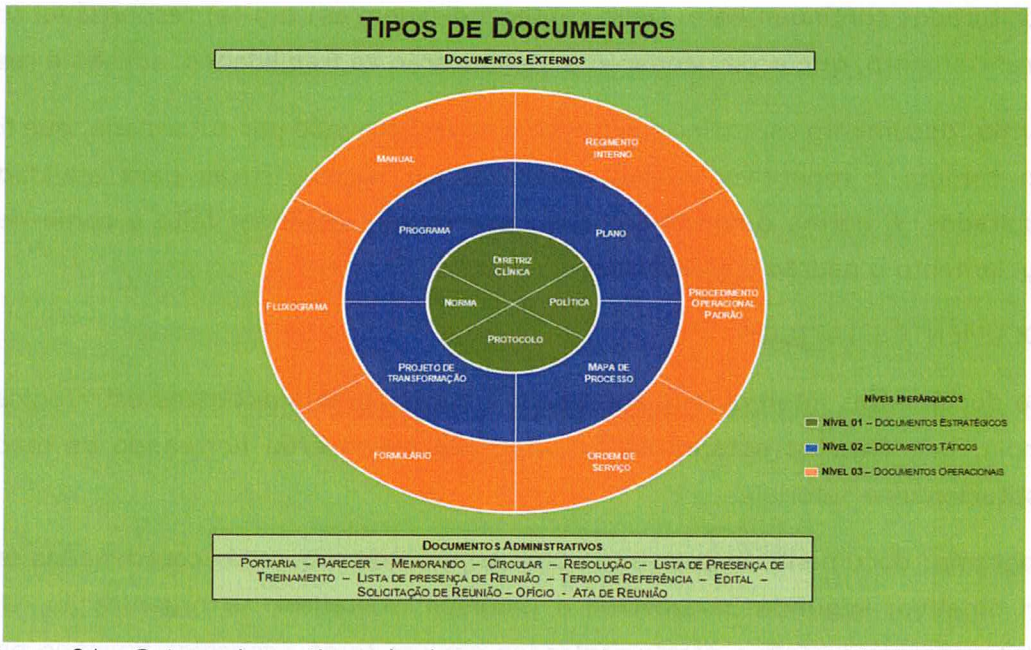


Figura 01 - Categorias e tipos de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade do HERSO

DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS

São todos aqueles documentos dos quais se originam os demais documentos do Hospital. São estes documentos que estabelecem as diretrizes, de abrangência ampla, atingindo toda a comunidade interna e regulando, em caráter direcionador, todas as práticas, processos, fluxos, procedimentos, tarefas e atividades de todos os setores e serviços internos, observando a segurança e bem-estar do paciente e demais envolvidos. São divididos da seguinte maneira:

Política: documento expresso pela alta direção, seja do hospital ou da sede da empresa gestora, que especifica diretrizes, ou seja, direciona e norteia todas as ações que a empresa e seus integrantes devem desenvolver em todos os níveis da cadeia de valor.

Diretriz Clínica: documento que sistematiza e sintetiza as evidências científicas em relação a todas as possibilidades de uma determinada doença: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, contém recomendações para o atendimento efetivo e seguro dos pacientes, a fim de auxiliar pacientes e profissionais na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado de saúde.

Protocolo: documento que padroniza a operacionalização de diretrizes estabelecidas, moldada ao perfil epidemiológico e aos recursos disponíveis da unidade. Define o fluxo de atendimento, a organização dos processos de trabalho e responsabilidades, para que sejam

monitorados continuamente. Deve conter indicador (es) e o (s) responsável (eis) pelo seu gerenciamento, que acompanharão e identificarão as fragilidades, adesão e resultados.

Norma: documento estabelecido por consenso e aprovado por autoridade, que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus resultados. A norma determina o que deve ou não deve ser feito e como deve ser feito regulamento o padrão estabelecido.

DOCUMENTOS TÁTICOS

São documentos internos que subsidiam a aplicação das diretrizes estratégicas, de forma ampla, aos diversos setores do hospital, regulando e/ou norteando os macroprocesso institucionais e setoriais.

Programa: documento que abrange um conjunto de processos coordenados em função de um objetivo, segundo parâmetros e recursos existentes na organização. O documento estabelece os requisitos gerais centrados em um tema específico baseado em arcabouço normativo vigente ou em boas práticas. O programa tem a função de apresentação dos objetivos que se espera alcançar focalizando em serviços determinados.

Plano: documento que define como processos e recursos que serão alocados, coordenados e articulados para nortear a implantação de políticas e/ou decisões institucionais, determinando metas e objetivos anuais.

Projeto de Transformação: documento que padroniza os projetos de transformação, esboça detalhadamente a idealização/intenção para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo, em um tempo determinado.

Mapa de Processo: é a identificação de todos os processos (macro) dos quais são compostos os setores e serviços do hospital, apontando as transformações de entradas em saídas, fornecedores e clientes internos e, ainda, outros elementos que interagem com o fluxo de trabalho permitindo a visualização das entregas de cada unidade de negócio.

DOCUMENTOS OPERACIONAIS

São os documentos internos, desdobrados a partir dos documentos estratégicos, considerando os direcionamentos dos documentos táticos, que operacionalizam diretrizes e princípios de maneira focalizada a determinados setores, serviços e atividades. Estes regulam a aplicação prática da execução das rotinas.

Manual: é um guia de instruções que serve para o uso de um dispositivo, para correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho, quer sejam individuais ou coletivos.

Fluxograma: é uma representação gráfica esquemática de um processo de trabalho que demonstra sua sequência operacional de desenvolvimento.

Regimento: documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências da organização, comissões, comitês e núcleos.

Procedimento Operacional Padrão: documento que descreve o passo a passo lógico e sequencial, do conjunto de tarefas necessárias para a execução de uma atividade, livre de variações, de modo que qualquer indivíduo, devidamente capacitado, que seguir as instruções obterá o mesmo resultado.

Formulário: documento com finalidade de registro, que apresenta resultados obtidos ou fornece evidência de atividades realizadas.

Ordem de Serviço: documenta o início da prestação de serviço a ser prestado à empresa e serve como ponto de partida para a organização do trabalho.

Lista de padronização: documenta uma relação de coisas, objetos ou insumos que podem ser adquiridos e utilizados no Hospital.

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

São documentos de origem interna, com abrangência e valor interno e externo ao hospital, focados na comunicação e registro de decisões, arguições, análises técnicas ou opiniões dos gestores do Hospital, sendo estes considerados atos administrativos.

Portaria: estabelece comando-geral ou especial a funcionário ou setor quanto às normas relacionadas a pessoal ou à estrutura organizacional, e ainda nomeações de responsabilidades;

Parecer: é uma explicação, opinião ou avaliação sucinta, conclusiva e clara, setorial(ais) ou individual, em relação a uma determinada decisão ou situação específica, de forma a sustentá-la ou não.

Memorando: é um meio de comunicação, transmissão e registro de informações internas a 1 (um) ou mais setores, que podem estar hierarquicamente no mesmo nível, ou em níveis diferentes.

Circular: é um documento interno semelhante ao memorando, mas de cunho coletivo. Utilizada quando a informação com conteúdo idêntico será encaminhada para todos os setores, ligados hierarquicamente a uma diretoria ou a todas.

Resolução: é um documento interno expedido pela direção, destinado a orientar aos colaboradores das decisões que complementam, integram ou interpretam um regulamento ou uma norma.

Lista de Presença de Treinamento: formulário para registro de informações de treinamentos e do público que foi treinado.

Lista de Presença de Reunião: formulário para registro de informações dos participantes para reuniões acima de 10 pessoas.

Ata de Reunião: é o resumo escrito dos fatos e decisões de uma reunião. Deve ser clara e fiel aos fatos ocorridos e constar: os assuntos, as conclusões, as decisões tomadas, os responsáveis, os prazos e os resultados a serem alcançados. Toda reunião deve ter uma ata.

Termo de Referência: é um documento no qual a instituição contratante estabelece os critérios pelos quais um serviço deve ser prestado ou um produto deve ser entregue por potenciais contratados. Os termos de referência precedem a assinatura do contrato e tem como função principal informar potenciais contratados sobre as especificações do serviço ou produto, e deve nortear um edital quando este for direcionado a aquisição de produto ou serviço. Quando o contrato é celebrado, os termos de referência se tornam parte integrante do contrato.

Edital: é um ato escrito em que são apresentadas determinações, decisões, avisos, citações, processos seletivos e demais comunicados de ordem oficial, focados na comunidade interna e/ou externa.

Ofício: documento de caráter público, emitido pela Direção ou Corporativo, para comunicar acerca de qualquer assunto de ordem administrativa.

Laudos técnicos: avaliações formais feitas por um profissional competente acerca de um problema, situação ou riscos, normalmente regulamentado por norma legal.

DOCUMENTOS EXTERNOS

Os documentos externos são documentos utilizados no hospital cuja emissão, revisão ou alteração é realizada por órgãos normativos, técnicos, científicos e fiscais que impactam no

atendimento do serviço do hospital. Exemplos: legislações, normas técnicas, manuais e cadernos do Ministério da Saúde ou ainda documentos de parceiros terceiros.

Os documentos externos serão encaminhados para Validação (Ver Subtítulo 5.2.3 - validação) e serão relatados na "LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS", pelo gestor da área que o utilizar.

Os documentos das empresas prestadoras de serviço que atuam no espaço físico do HERSO devem ser validados pelo NQSP e/ou SCIRAS e/ou SESMT para possuírem autorização de aplicação no Hospital e serão também monitorados pela "LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS".

CICLO DOCUMENTAL

Todo documento para a sua implantação seguirá sequencialmente o ciclo a seguir, e suas etapas detalhadas no Anexo I - "Fluxograma de Gestão dos Documentos";

Os modelos de documentos do sistema de gestão da qualidade, citados nessa norma, estão disponíveis para visualização na *intranet* e, ainda, na pasta de Gestão da Qualidade;

A **"intranet"** é um arquivo digital institucional, disponível pelo link: http://intranet.HERSO-go.net/web/. O seu acesso é possível somente nos dispositivos conectados à rede do hospital.

Os documentos publicados a partir desta norma serão considerados válidos na instituição quando forem disponibilizados na *intranet* ou na pasta de Gestão da Qualidade e também, quando os documentos forem impressos estes devem conter carimbo **"cópia controlada"** e serem assinados por um representante do NQSP.

Todos os documentos abrangidos por esta norma, que não estiverem nos padrões aqui definidos, sejam na forma ou conteúdo, não são considerados válidos, e não podem ser usados ou admitidos como oficiais neste hospital, ressalvado o período trinta dias após a publicação desta norma, que este será considerado o período de implantação;

DA ELABORAÇÃO

Os documentos precisam fazer sentido para quem cria e para quem usa, além de utilizar termos comum a todos para facilitar a compreensão.

Novos documentos poderão ser criados:

a) Quando surgir um novo processo/atividade, ou;

b) Quando houver a necessidade de orientações para facilitar e/ou padronizar a execução de processos;

c) Quando houver necessidade de registros oficiais e formais;

O gestor do processo a ser documentado e/ou colaborador designado por ele, deverá analisar a necessidade da criação e aplicação do documento. Após isso, se seguir à elaboração do documento, o NQSP fornecerá ao gestor do processo e/ou colaborador designado por ele a codificação e o modelo do documento a ser utilizado, ele obedecerá então, à codificação e ao modelo fornecidos.

É fundamental que o elaborador execute a atividade a ser descrita, a fim de demonstrar conteúdo da forma mais fiel ao modo como ela deve ser e é executada.

Os documentos demonstram e serão condicionados ao aprendizado obtido dos testes de mudança realizados (PDSA), exceto quando se tratar de políticas, diretrizes clínicas e projetos de transformação, exceto quando se tratar de uma prática já estabelecida.

Qualquer documento a ser elaborado seguirá o modelo do arquivo editável que foi disponibilizado pelo NQSP.

Os colaboradores que elaboram o documento não poderão ser os revisores ou aprovadores da revisão 00, somente das revisões subseqüentes.

A responsabilidade da elaboração ou pela revisão para novas versões de documentos é do gestor do processo.

Atos administrativos formais, elaborados nos termos desta norma, expressados pe documentos administrativos, oriundos da Diretoria e Gerência deste hospital, possuem validade imediata, sendo este, aplicado a área de abrangência da gestão da respectiva diretoria ou gerência, salvo quando o próprio ato citar expressamente regra diferente, não havendo necessidade de nenhuma outra etapa apontada no ciclo de Gestão dos Documentos de que trata esta norma.

Atos administrativos formais, elaborados nos termos desta norma, expressados por documentos administrativos, emitido por coordenador, com abrangência setorial respectiva, que já não tenha sido formalmente regulamentado por outro ato administrativo, possuem validade no ato de sua emissão válidos apenas em cada setor, não havendo necessidade de outras etapas do ciclo de gestão documental.

Assim que o documento for elaborado, este deve ser endereçado para o NQSP por meio do "Forms" conforme o passo a passo a seguir

1. Para enviar documentos, o profissional deve acessar à intranet do Hospital, na pasta do Núcleo de Qualidade

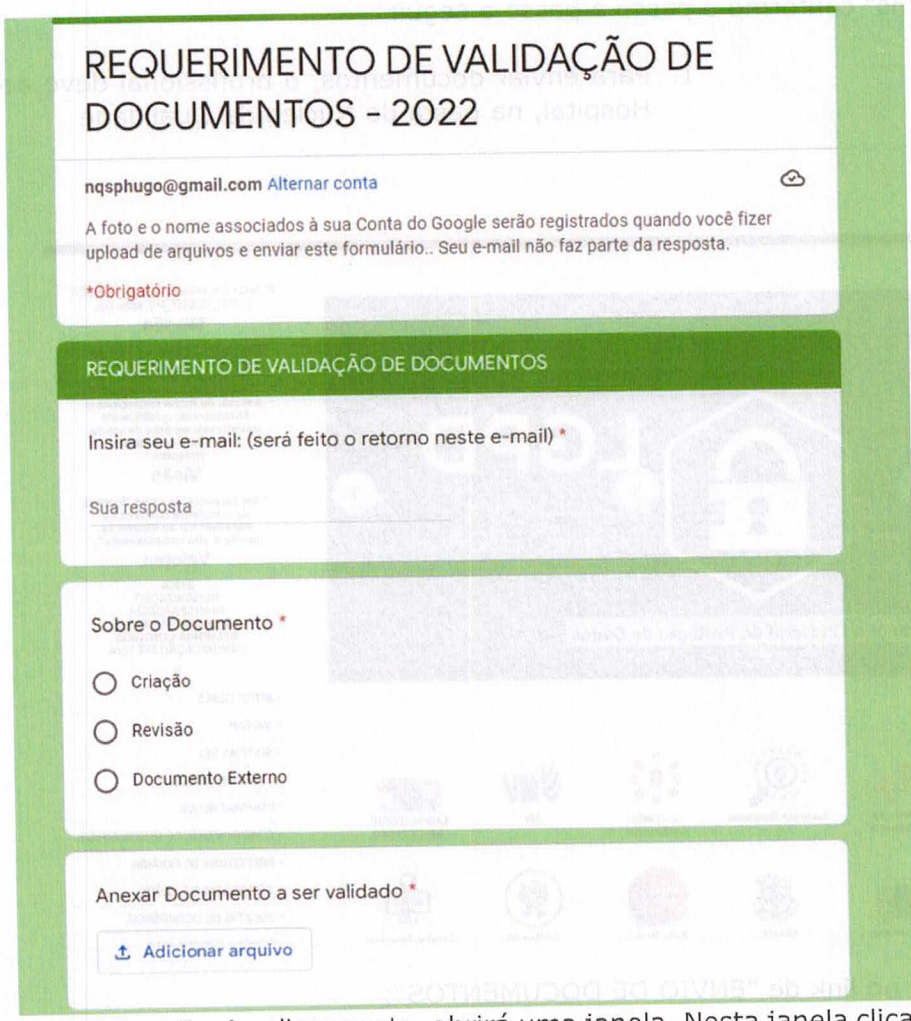


Clicar no link de "ENVIO DE DOCUMENTOS";

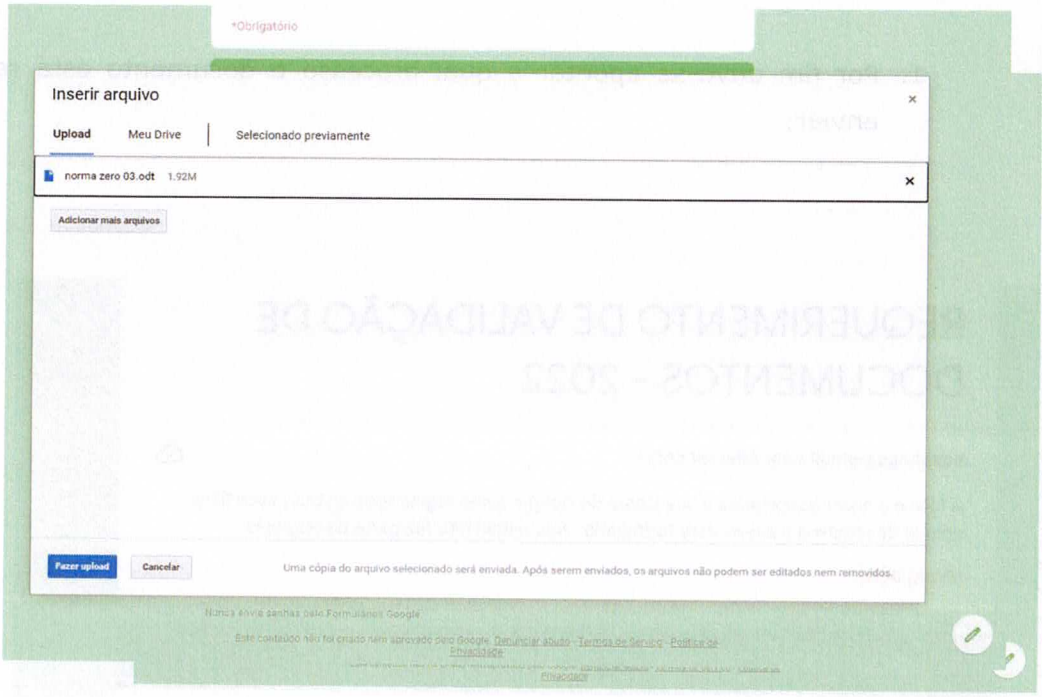
2. Ao clicar no link, o usuário será encaminhado para um forms de envio, deve então realizar a leitura das normas de envio e clicar em "enviar":

3. Deve ser inserido no próximo passo o e-mail institucional e apontar se o documento é uma revisão ou criação.

4. O documento criado ou revisado deve ser incluído, clicando no item de "adicionar arquivo".

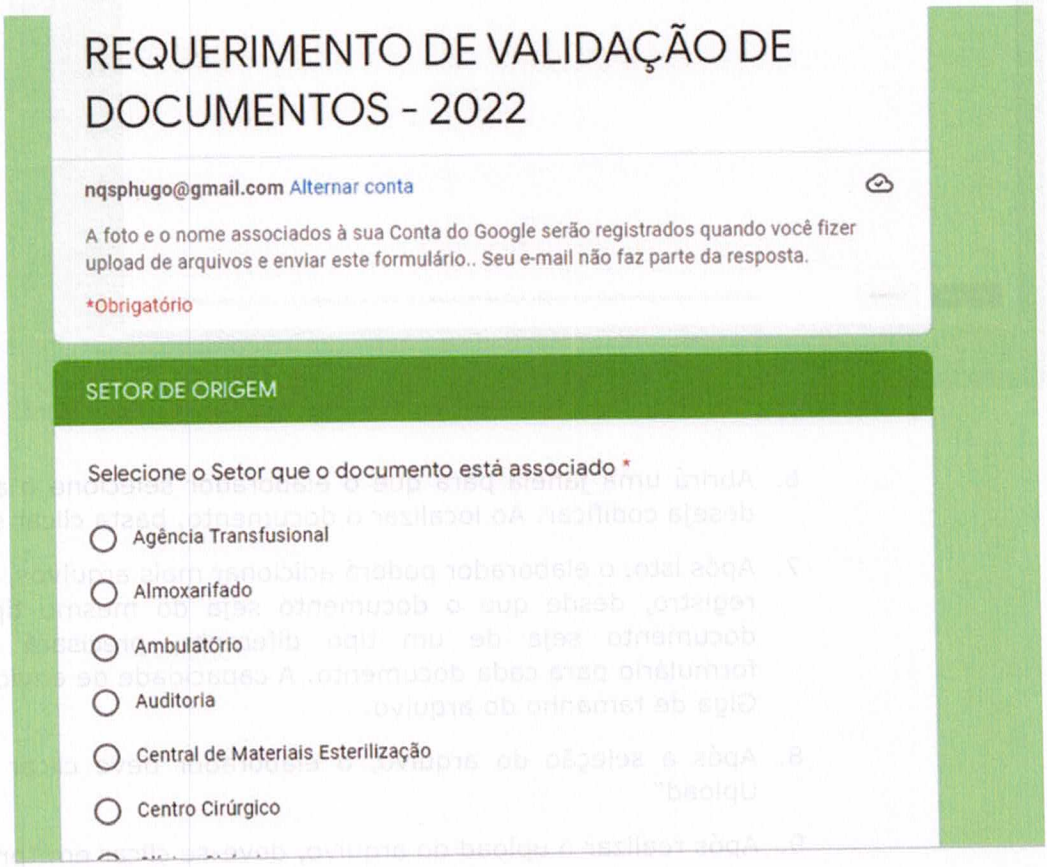


5. Ao clicar neste, abrirá uma janela. Nesta janela clicar em "selecionar arquivos do seu dispositivo";



6. Abrirá uma janela para que o elaborador selecione o arquivo que deseja codificar. Ao localizar o documento, basta clicar sobre ele.
7. Após isto, o elaborador poderá adicionar mais arquivos, até dez por registro, desde que o documento seja do mesmo tipo. Caso o documento seja de um tipo diferente, precisará enviar um formulário para cada documento. A capacidade de envio é de até 1 Giga de tamanho do arquivo.
8. Após a seleção do arquivo, o elaborador deve clicar em "Fazer Upload"
9. Após realizar o upload do arquivo, deve-se clicar em "próxima";
10. Na página seguinte deve ser selecionado o tipo do documento de acordo com esta norma e clicar em "próxima";
11. Em seguida deve ser selecionado o setor, e após clicar em "próxima";

1. Por fim deve-se apontar a qual processo o documento está relacionado e enviar;



REQUERIMENTO DE VALIDAÇÃO DE DOCUMENTOS - 2022

nqsphugo@gmail.com Alternar conta

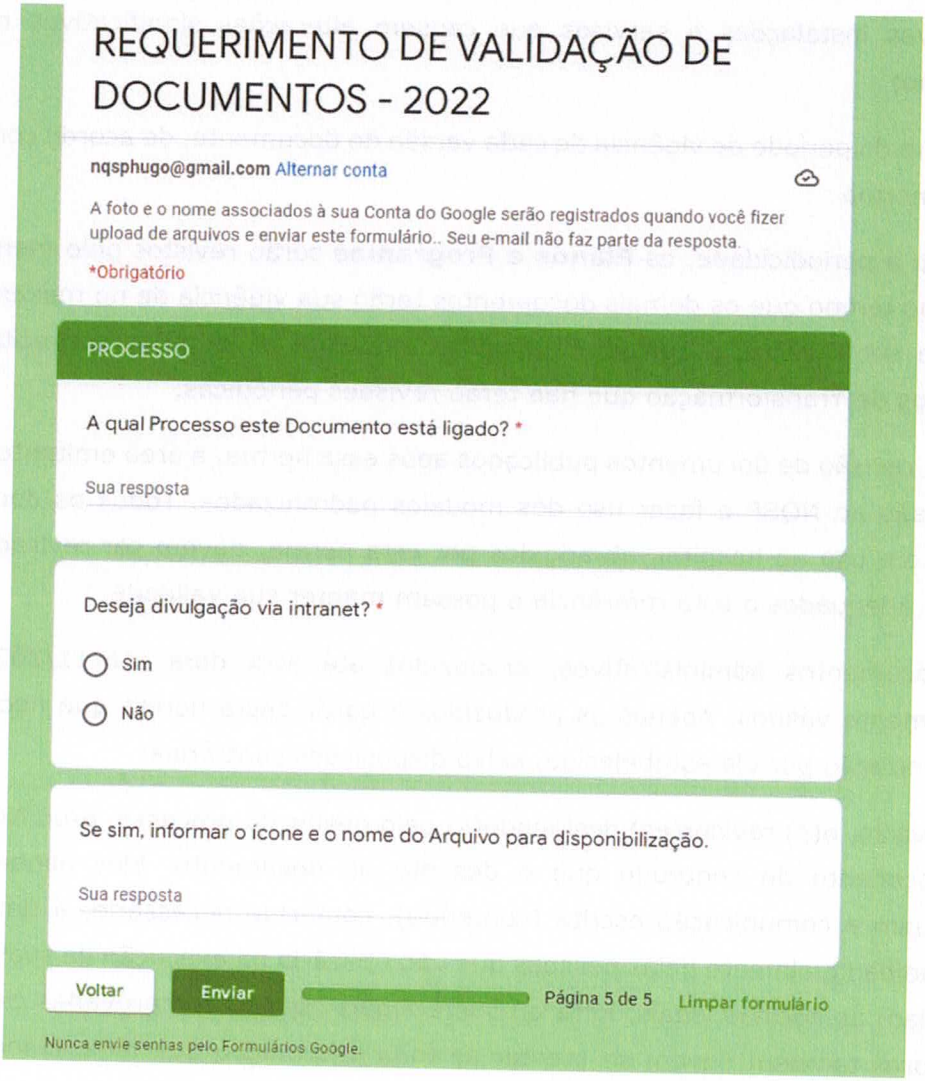
A foto e o nome associados à sua Conta do Google serão registrados quando você fizer upload de arquivos e enviar este formulário.. Seu e-mail não faz parte da resposta.

*Obrigatório

SETOR DE ORIGEM

Selecione o Setor que o documento está associado *

- Agência Transfusional
- Almoxarifado
- Ambulatório
- Auditoria
- Central de Materiais Esterilização
- Centro Cirúrgico



REQUERIMENTO DE VALIDAÇÃO DE DOCUMENTOS - 2022

nqsphugo@gmail.com Alternar conta

A foto e o nome associados à sua Conta do Google serão registrados quando você fizer upload de arquivos e enviar este formulário.. Seu e-mail não faz parte da resposta.

*Obrigatório

PROCESSO

A qual Processo este Documento está ligado? *

Sua resposta

Deseja divulgação via intranet? *

Sim

Não

Se sim, informar o ícone e o nome do Arquivo para disponibilização.

Sua resposta

Voltar Enviar Página 5 de 5 Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

DA REVISÃO

A revisão de documentos é o ato de incluir, remover, alterar e/ou substituir conceitos, definições e/ou sequência de atividades, e, será realizada:

a) A partir da implantação de novas técnicas de trabalho;

b) A partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas no processo;

c) Na substituição de equipamentos que alterem o modo de execução;

d) Para corrigir as não conformidades constantes do relatório de avaliação de auditorias internas e/ou externas;

e) Novas instalações e serviços que causem alterações significativas na execução do trabalho;

f) Ao fim do período de vigência de cada versão do documento, de acordo com o estabelecido nesta norma

Quanto a periodicidade, os **Planos e Programas** serão revistos pelo menos **uma vez ao ano**, ao tempo que os demais documentos terão sua vigência de no máximo 2 anos. Todos podem ser revistos a qualquer momento mediante os critérios supracitados, exceto os Projetos de Transformação que não terão revisões periódicas.

Para a revisão de documentos publicados após essa norma, a área emitente deve comunica a revisão ao NQSP e fazer uso dos modelos padronizados. Todos os documentos que já estão em uso no hospital, abrangidos por esta norma, devem ser revisados a fim de que sejam adequados a esta referência e possam manter sua validade

Os documentos administrativos, produzidos até esta data (16/11/2020), se mantém plenamente válidos. Apenas os produzidos a partir desta norma que necessitam seguir a padronização por ela estabelecida, salvo disposições contrárias;

Na revisão, o(s) revisor(es) designado(s) pelo gestor do processo, e/ou NQSP, deve(m) ter conhecimento do conteúdo que é descrito no documento. Eles alinham, melhoram e adéquam a comunicação escrita (conteúdo), conforme necessário, a fim de que ela seja entendida igualmente pelas pessoas que vão utilizá-la na execução de suas atividades e que atendam as normas legais, infra ou supra legais quando comprovadas cientificamente. Os revisores também devem se atentar se toda informação que foi evidenciada é suficien para a finalidade a qual se propõe.

Os colaboradores que revisam o documento, não poderão ser os elaboradores ou os aprovadores da revisão 00, somente nas revisões subsequentes.

Como contingência para envio de documentos poderá ser utilizado os e-mails: nqspHERSO@gmail.com e/ou qualidade@HERSO.org.br.

DA VALIDAÇÃO

O validador atesta que as informações contidas no documento atendam a requisitos institucionais, que podem ser:

a) de normas documentais;

b) da segurança do trabalhador;

c) do controle de infecções, e;

d) da segurança do paciente.

Os documentos assistenciais e/ou relacionados a hemovigilância, tecnovigilância, biovigilância, e farmacovigilância devem ser validados pelo SCIRAS e NQSP, e os assistenciais e/ou administrativos quando relacionados à segurança do trabalhador devem ser validados pelo SESMT.

O NQSP é validador de todos os documentos no que tange ao atendimento da estrutura e critérios padronizados nesta norma e também que forem concernente às práticas de Segurança do Paciente.

Os diretores também podem validar documentos, desde que estes documentos estejam em processos ligados à área de atuação da respectiva diretoria.

Gerentes podem exercer função de validador, desde que o todo o processo a que se refere o documento, esteja ligado exclusivamente a hierarquia do gerente, caso contrário, os demais gerentes ou outros gestores envolvidos precisarão validar o documento em conjunto com o gerente.

Documentos que abrangem regulamentação no âmbito da gestão de pessoas, precisarão ser validados ainda pelo gestor de recursos humanos ou por diretoria responsável quando esta diretoria não for a aprovadora;

DA APROVAÇÃO

- Todo documento será aprovado antes de sua publicação, pelo superior hierárquico de quem o elaborou, se em seu respectivo modelo padronizado houver o campo destinado a aprovação.
- É na aprovação o momento de anuência, confirmação e consentimento total do documento. Quando aprovado, o documento é reconhecido oficialmente pela autoridade que a compete.
- Exclusivamente, o Projeto de Transformação será aprovado somente pela Diretoria-Geral.

- O documento será encaminhado para o aprovador em meio físico e deve conter as assinaturas de próprio punho do elaborador quando se aplica, revisor(es) e validador(es) no campo especificado do item "CONTROLE DO DOCUMENTO".
- Os colaboradores que aprovam o documento, não poderão ser os elaboradores ou revisores da revisão 00, somente nas revisões subsequentes.
- Atos administrativos cuja a abrangência incluir todo o hospital, deverão ser formalizados por meio dos documentos administrativos contidos nesta norma, e, sempre que **não** forem emitidos pelas Diretorias, NQSP, SESMT, Recursos Humanos e Jurídico, obrigatoriamente, deverão ser aprovados por algum destes para que sejam considerados válidos.
- A aprovação de atos administrativos é evidenciada por meio de assinatura e carimbo do gestor responsável por um dos aprovadores aqui citados, de acordo com a natureza do ato administrativo que revela em si quem deve ser este aprovador considerando o organograma a qual os processos envolvidos estão ligados. Uma vez estabelecido o ato administrativo formal, este somente perde sua validade por meio de outro ato administrativo formal;
- A Gerência, no uso de suas atribuições, pode ser aprovadora ou emissora de atos administrativos formais em geral, desde que estes possuam abrangência nas equipes sob sua gestão, conforme organograma, sempre que envolverem processos que são exclusivos de sua competência.
- Os atos Administrativos formais, documentados conforme esta norma, emitidos pel coordenações do NQSP, SESMT, Recursos Humanos e SCIRAS possuem validade em todo o hospital, considerando a área de regulamentação de cada um, devendo estes ser apenas elaborados pelo gestor e aprovados pela Diretoria.

DO CONTROLE

- Todo documento submetido a todo ciclo de gestão documental, sendo aprovado, deve ser incluído na "LISTA MESTRA", exceto os documentos administrativos.
- Se o documento tiver **versão anterior impressa ela deve ser recolhida e entregue ao NQSP pelo gestor que detém o documento**, apenas após o recolhimento do documento antigo é que será disponibilizado a versão atualizada pelo NQSP.

- O documento aprovado nos formatos digital e físico, serão encaminhados pelo gestor do processo, para o NQSP, mantendo-os sob sua guarda, incluindo-o em planilha eletrônica "LISTA MESTRA INSTITUCIONAL", permitindo a sua rastreabilidade.
- Os destinos das cópias físicas e eletrônicas distribuídas pelo NQSP devem ser registradas na "LISTA MESTRA INSTITUCIONAL".
- As cópias controladas terão carimbo vermelho de "CÓPIA CONTROLADA" com data do dia em que a cópia foi fornecida, número da cópia e assinatura do colaborador do NQSP e nas páginas em branco o carimbo: "EM BRANCO";

CONTROLE DE DOCUMENTOS EXTERNOS

- Todos os documentos externos serão aceitos desde que validados por um responsável. Caso este documento seja de origem de órgão regulador, ou Lei, será considerado válido;
- Os documentos externos serão organizados pelo gestor da área em que aplicam e enviados para validação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. Estes documentos receberão um carimbo de "DOCUMENTO EXTERNO VALIDADO", com data da validação, assinatura e receberá ainda um número de identificação.
- Além da validação do NQSP, o próprio NQSP indicará mais um validador responsável por garantir a manutenção do documento atualizado. Sendo assim, quando o documento for encaminhado para validação o NQSP apontará quem será o responsável pelo documento;
- O SCIRAS e SESMT também poderão ser validadores de documentos externos além do NQSP e além do responsável. A orientação sobre estes outros setores a serem validadores também será por meio do NQSP que considerará que todos os processos envolvidos no com controle e prevenção de infecção como devendo ser validado pelo SCIRAS e todos os processos envolvendo saúde e segurança no trabalho como devendo ser validados pelo SESMT.

DISTRIBUIÇÃO

- A publicação dos documentos consiste em disponibilizá-los à comunidade do hospital em meios físicos e eletrônicos.
- Os modelos dos documentos administrativos serão disponibilizados eletronicamente, em formato editável, na *intranet*.

- Os documentos externos não serão publicados na *intranet*.
- Os documentos digitais aprovados serão enviadas pelo NQSP via e-mail, ao setor de TI, para publicação na *intranet*, com bloqueio de edição e impressão, quando se tratar de cópia controlada, caso aprovado pelo diretor ligado ao processo.
- A cópia do documento físico aprovado será disponibilizado, após solicitação, pelo NQSP ao gestor do processo para a sua guarda no seu setor, com carimbo de identificação se a cópia é controlada, a data da distribuição e o colaborador do NQSP que a concedeu.
- A impressão de documentos com cópia controlada só é permitida com a autorizaçã do gestor do processo que a guarda. Os documentos desta hierarquia documental, com exceção dos documentos administrativos, documentos externos e formulários, todos deverão ter controles de cópias físicas sempre que for necessário ter cópias físicas.
- O NQSP enviará ao gestor do processo a confirmação da distribuição eletrônica do documento, na *intranet*, via e-mail.
- O setor de TI tem o prazo de 2 (dois) dias para a distribuição eletrônica do documento, na *intranet*, a partir da solicitação do NQSP.
- Os documentos eletrônicos obsoletos serão mantidos em servidor digital, sob responsabilidade do setor de TI mas serão retirados da intranet conforme solicitação do NQSP.
- O NQSP gerenciará uma pasta no servidor chamada de Gestão da Qualidade, mantendo sempre as versões mais atualizadas de todos os documentos, de acordo com esta norma, para que seja consultada através de todos os computadores do hospital. Estes arquivos estarão disponíveis apenas para consultas. Esta pasta será dividida por setor que deu origem ao documento.

DESCARTE DE DOCUMENTOS

- Após o armazenamento do documento eletrônico obsoleto no servidor, o documento físico descartado sofrerá fragmentação manual ou mecânica, com garantia que a descaracterização dele não possa ser revertida, após isso, será encaminhado para reciclagem ou destruição.

- O descarte seguirá as diretrizes institucionais em relação à preservação do meio ambiente e sustentabilidade e será realizado por colaborador designado do NQSP.
- Os documentos a serem reciclados serão desprezados em lixeira identificada "MATERIAL RECICLÁVEL", não devendo conter neles conteúdo sigiloso.
- A substituição do documento físico obsoleto à versão vigente, será realizada pelo gestor do setor que o utilizará.
- Se houver necessidade de remanejamento de documentos em arquivo contratado fora da unidade, o gestor que o realizar deve repassar ao NQSP a relação dos documentos encaminhados para tal, para a manutenção de sua rastreabilidade.

DA CONSULTA AO ACERVO DOCUMENTAL

- Os documentos publicados na *intranet*, serão correspondentes sempre à sua última versão disponível.
- Os documentos obsoletos ficam mantidos eletronicamente em servidor digital, sob guarda do setor da TI, e caso necessário acessá-los, solicitar ao NQSP.
- Os documentos que fornecem registros, sejam por entidades externas ou não, tais como calibrações, controles de temperaturas e outros utilizados nos processos internos, devem ser disponibilizados, controlados, arquivados e mantidos sob guarda do gestor do setor em que são aplicados, devendo ser apresentados nas auditorias internas/externas e/ou visitas técnicas quando solicitados.
- Os documentos externos devem ser mantidos sob a guarda do gestor do processo responsável por sua aplicação, devendo estar disponíveis na sua unidade, em arquivo físico e/ou eletrônico.

INATIVAÇÃO DE DOCUMENTOS

- As inativações de documentos, ou seja, o seu cancelamento, são aplicáveis sempre que:

a) do término de um processo/ atividade;

b) da atividade ou processo ser transferida para outro setor;

c) da substituição de um documento por outro, e;

d) de documento em duplicidade.

- Os documentos cancelados/inativados, são mantidos, na "LISTA MESTRA" para controle de histórico, e sua codificação bloqueada para uso.
- A inativação de documento vigente é primeiramente solicitada pelo gestor do processo do qual o documento faz parte, ao NQSP via-email. Em seguida, o documento em meio físico inativado/cancelado deve ser removido de circulação pelo gestor do processo e encaminhado ao NQSP para o seu descarte, e o seguimento da exclusão da *intranet* e armazenamento no servidor digital, pelo setor da TI.
- Os documentos aprovados antes dessa Norma não serão cancelados e serão considerados válidos os dispostos na *intranet*, podendo ser utilizados até serem alinhados/substituídos pelo gestor do processo/NQSP, daí, já sob as regras desta norma.

CODIFICAÇÃO E NUMERAÇÃO

A codificação e a numeração visam identificar e organizar os documentos. São compostos pela abreviatura do tipo de documento, (ex.: Política - POL), a identificação do Setor/ Unidade / Comissão, e pelo número de expedição do documento, separados por ponto (.)

A numeração dos documentos será feita utilizando três dígitos começando pelo 001 e seguirão crescentes para o mesmo Setor / Unidade / Comissão e para cada tipo de documento.

Exemplo:

NOR.NQSP.001, 002, 003...

POP.NQSP.001, 002, 003...

XXX-XXX-XXX – 00 Revisão que é a versão do documento

Código sequencial numérico

Sigla do setor/unidade/comissão do documento

Sigla do tipo de documento

- Aos documentos administrativos **não se aplica codificação**.
- A codificação dos documentos externos é relacionada na "LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS".

- A codificação dos documentos da cadeia hierárquica é relacionada na "LISTA MESTRA" e informada no próprio documento.
- Apenas o NQSP realiza codificações de documentos;

DAS SIGLAS PARA A CODIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS

nº	DOCUMENTO	SIGLA
01	Política	POL
02	Protocolo	PRO
03	Diretriz Clínica	DTC
04	Norma	NOR
05	Plano	PLN
06	Programa	PGM
07	Projeto de Transformação	PRJ
08	Regimento Interno	REG
09	Fluxograma	FLU
10	Procedimento Operacional Padrão	POP
11	Cronograma	CRO
12	Formulário	FOR
13	Manual	MAN
14	Lista	LIS
15	Laudo	LAU
16	Regulamento	RGU
17	Organograma	ORG

nº	SETOR	SIGLA

01	Agência Transfusional	ATRA
02	Almoxarifado	ALMX
03	Ambulatório	AMB
04	Auditoria	AUDI
05	Biblioteca	BIB
06	Central de Materiais Esterilização	CME
07	Centro Cirúrgico	CCIR
08	Clínica Cirúrgica (3º andar)	CCIR
09	Clínica Médica (2º andar)	CMED
10	Comissão de Residência Médica	COREME
11	Comissão de Residência Multiprofissional	COREMU
12	Comitê de Ensino e Pesquisa	CEP
13	Compras	COMP
14	Comunicação	COM
15	Coordenação Administrativa	CADM
16	Coordenação e Apoio Assistencial	CAAS
17	Coordenação Multiprofissional	CMULT
18	Coordenação Operacional	COPE
19	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	DDRH
20	Departamento de Ensino e Pesquisa	DEP
21	Departamento Pessoal	DPE
22	Diretoria Administrativa/Financeira	DAF
23	Diretoria de Ensino e Pesquisa	DIEP
24	Diretoria-Geral	DGE

25	Diretoria Técnica	DTE
26	Engenharia Clínica	ENGC
27	Farmácia	FARM
28	Farmácia Clínica	FARC
29	Faturamento	FAT
30	Financeiro	FIN
31	Gerência Assistencial	GASS
32	Gerência Médica	GMED
33	Jurídico	JUR
34	Manutenção Predial	MPRE
35	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	NQSP
36	Núcleo de Verificação De Óbito	NVO
37	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	NVEH
38	Núcleo Interno de Regulação	NIR
39	Nutrição	NUTR
40	Nutrição Clínica	NUTRC
41	Ouvidoria	OUV
42	Recepção	RECP
43	Segurança e Vigilância	SEGV
44	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico	SADT
45	Serviço de Arquivo Médico e Estatística	SAME
46	Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	SCIRAS
47	Serviço de Higiene e Limpeza	SHL
48	Serviço de Transporte de Pacientes	STP

49	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT
50	Tecnologia da Informação	TI
51	Traumatologia/Ortopedia (4º andar)	TRAU
52	Unidade de Emergência e Trauma	UET
53	Unidade de Processamento de Roupas	UPR
54	Unidade de Terapia Intensiva	UTI
55	Laboratório	LAB
56	Custos	CUS
57	Prestação de Contas	PRC
58	Morgue	MOR

FORMATAÇÃO

Logotipo

O logotipo nos documentos deverá obedecer ao padrão vigente adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, disponibilizado pelo Setor de Comunicação.

A logomarca simples destina-se aos documentos da hierarquia de circulação exclusivamente interna:

Figura 02 - Logomarca simples

Os documentos administrativos terão o logotipo composto exatamente como a seguir:

Figura 03 - Logomarca composta

São vedados o uso de logotipos, em cabeçalhos e rodapés diferentes destes apresentados e padronizados acima.

Cabeçalho

Logotipo Simples	SETOR/UNIDADE/COMISSÃO		
	TIPO DO DOCUMENTO		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	Codificação e Numeração	Número da Revisão	Data da Vigência

Figura 04 - Cabeçalho padrão dos documentos hierárquicos

Estará localizado em todas as páginas dos documentos da hierarquia, e deve conter:

Logomarca simples do HERSO à esquerda.

Campos "Setor/Unidade/Comissão", "Tipo do documento" e "Título do documento" - fonte Arial, caixa alta, tamanho 11, negrito e centralizado.

Campos "Codificação e Numeração" (exemplo NOR.NQSP.001), a "Revisão" refere ao número da revisão atual em que se encontra, e deve ser preenchido com numeração a partir de 00 para a primeira versão, seguindo sequencialmente para cada uma das versões posteriores, e "Data da Vigência" compreende a data limite em que ocorrerá o final da validade do documento – todos em fonte Arial, tamanho 10, centralizado.

Corpo do Texto

POP

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

2. DEFINIÇÕES

Esclarecer as siglas e conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto. Se não houver, informar: Não Aplicável.

3. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

4. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o POP.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Iniciar com verbo no infinitivo. Descrever em narrativa cronológica as etapas do procedimento, inclua os insumos a serem utilizados em cada etapa. (Quem faz, como faz, pra que faz, com o que faz, quando faz...)	Responsável (cargo).

6. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
	Identificar possíveis falhas que possam ocorrer, e pontuar como agir diante delas, antecipando-se à solução em situações inesperadas.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética.

Deve ser aplicado em todos os documentos:

8. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE POLÍTICA

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade da política, iniciar com verbo no infinitivo.

2. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto.

3. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

4. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática.

5. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Descrever detalhadamente e de forma organizada todos os trâmites a serem seguidos na padronização a ser instituída, de forma a facilitar e apoiar tomadas de decisões. Deve expressar as diretrizes e intenções do hospital para cumprir a missão institucional.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

7. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE PROTOCOLO

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

2. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto.

3. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

4. PÚBLICO ALVO

Relatar para quem se destina, pacientes ex: internados, ambulatoriais, portadores de patologia específica ou colaboradores.

5. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o protocolo.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Descrever detalhadamente e de forma organizada todos os trâmites a serem seguidos na padronização a ser instituída, de forma a facilitar e apoiar tomadas de decisões.

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
	Identificar possíveis falhas que possam ocorrer, e pontuar como agir diante delas, antecipando-se à solução em situações inesperadas.

8. INDICADORES

Listar os dados que permitirão mensurar atributos, dimensões e ou desempenho, a partir das informações estabelecidas aqui.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice

1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.b

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

10. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	

Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/00 00	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/00 00	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/00 00	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE PLANO

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

2. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

3. PÚBLICO ALVO

Relatar para quem se destina, pacientes ex: internados, ambulatoriais, portadores de patologia específica ou colaboradores.

4. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o protocolo.

DESCRIÇÃO DO PLANO

Definir como processos e recursos serão alocados, coordenados e articulados para nortear um planejamento de ações, determinando metas e objetivos anuais.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.b

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

7. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

8. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE PROJETO DE TRANSFORMAÇÃO

DESCRIÇÃO

Expõe e esclarece os principais aspectos do projeto.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

Porque o projeto deve ser feito. Quais os problemas que existem que justificam a existência do projeto.

OBJETIVO

O que a organização pretende obter com ele. Preferencialmente deve ser escrito de forma SMART (Específico, Mensurável, Atingível, Realista em um Tempo).

Exemplo: "Aumentar o faturamento em 10%, no prazo de 6 meses após a implantação."

BENEFÍCIOS

O que o projeto irá gerar de bom para a empresa no futuro?

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto é o que vai ser entregue quando o projeto for concluído até o final. São os outputs (saídas). Os requisitos são as características dos produtos que o projeto precisa atender.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

São os clientes internos e externos que podem ser afetadas pelo projeto.

Stakeholders internos: Gestores da empresa; Colaboradores; Pacientes; Familiares de Pacientes. Stakeholders externos: Fornecedores; Concorrentes; Governo; ONG's; Mídia; Sindicatos; Meio ambiente.

Todos esses exemplos, além de outras empresas ou pessoas que estejam associados a eles, podem ser impactados pelo projeto. Depois que o gestor do projeto identifica os stakeholders, vale a pena classificá-los conforme a afetação — se será direta ou indireta, positiva ou negativamente.

RESTRIÇÕES

Limites que já são conhecidos e que impactarão no projeto em termos de prazo e orçamento.

RISCOS

Utilizar ferramenta da qualidade conforme orientações do NQSP e anexá-la a este documento.

EQUIPE

Profissionais (perfil ou nomes) de pessoas que terão que ser envolvidas no projeto na etapa de planejamento e/ou até na execução.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

Quando começa: data de início do projeto. Quando termina: data de término do projeto. Marcos e entregas: momentos importantes do projeto, incluindo momentos de entrega.

ORÇAMENTO

Custos que o projeto terá para sua implementação.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Projeção de cálculos dos ganhos financeiros que o projeto trará à empresa, com prazos.

PLANO DE AÇÃO

É um *briefing* o qual contém as atividades que devem ser executadas e que são necessárias para que o projeto seja finalizado com sucesso, desde seu planejamento à execução. Utilizar 5w2h e anexá-la a este documento.

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	

	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/00 00	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/00 00	

MODELO DE PROGRAMA

Obs.: A capa do PROGRAMA poderá ser personalizada com imagem ou figura que será alinhada junto ao Setor de Qualidade e Comunicação.

1. INTRODUÇÃO

Fazer um texto breve para anunciar e situar o leitor sobre o tema, fazendo uma contextualização deste com a realidade. Relate a relevância do Manual.

2. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

3. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessário, a fim de ajudar a compreensão do texto.

4. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

5. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o Manual.

6. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

Aqui se desdobra a apresentação do programa.

7. INDICADORES

Inserir o monitoramento dos indicadores do programa.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúd 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

9. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/00 00	

Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE MANUAL

Obs.: A capa do Manual poderá ser personalizada com imagem ou figura que será alinhada junto ao NQSP e Comunicação.

1. INTRODUÇÃO

Fazer um texto breve para anunciar e situar o leitor sobre o tema, fazendo uma contextualização deste com a realidade. Relate a relevância do Manual.

2. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

3. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto.

4. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

5. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o Manual.

6. DESCRIÇÃO DO MANUAL

Aqui se desdobram e se constroem os argumentos. Escreva de forma concisa os itens que devem ser obedecidos e cumpridos, bem como a forma como esses devem ser executados pelos colaboradores da instituição, quer seja individualmente, quer seja em conjunto, favorecendo a integração dos diversos subsistemas organizacionais

6.1 ETAPA DA DESCRIÇÃO

Quando aplicável, descrever as etapas detalhadamente.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índi 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

8. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE NORMA

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade da norma, iniciar com verbo no infinitivo.

2. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto.

3. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

4. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o protocolo.

5. DESCRIÇÃO

Descrever detalhadamente e de forma organizada o contexto/sobre da norma a ser instituída.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundi formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

7. ANEXOS

8. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2	00/00/0000	

	Cargo		
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE REGIMENTO

	SETOR		
	REGIMENTO		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	REG.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

PREÂMBULO

Citar aqui regulamentações que subsidiam o regimento ou ainda citação científica. Caso não haja, inserir "NÃO APLICA"

Ex.:

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 222 de 18 de março de 2020 da ANVISA;

A Diretoria do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO RESOLVE aprovar o Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Art. 1° - Dos Objetivos

São Objetivos do (inserir nome da Comissão):

Inserir os objetivos da comissão

Art. 2° Das Atribuições

A (inserir nome da Comissão possui as seguintes atribuições:

Inserir todas as atribuições da comissão

Art. 3° - Da Composição

O NSP será constituído por membros executores e membros consultores. Terá como membros executores, no mínimo, um profissional da área (inserir área de atuação) para atuar como coordenador e um servidor de apoio técnico-administrativo. Terá como membros consultores profissionais da equipe multidisciplinar definida em Portaria específica.

A (citar nome da comissão) será subordinado diretamente à (citar subordinação).

Para realização dos trabalhos do NSP os membros consultores deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais durante a execução das mesmas. O tempo mínimo de dedicação por membro consultor será definido pela coordenação do NSP, de acordo com as necessidades e perfil do hospital.

Art. 4° - Das Competências

I. Compete ao Coordenador

II. Compete aos membros executores

III. Compete aos membros consultores

Art. 5° - Do Mandato

O mandato será por (inserir tempo do mandato) conforme validação da Diretoria Geral do HERSO. A relação dos membros de cada mandato deverá ser oficializada na ata da reunião, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 6° - Do Funcionamento e Organização

Deverão ocorrer reuniões (inserir periodicidade), ou conforme a necessidade, ou seja, se necessário reuniões extraordinárias, com data, local e horário, previamente definidos e informados aos membros (inserir comissão).

As decisões (inserir comissão) serão tomadas por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

As reuniões (inserir comissão) deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas e encaminhadas aos respectivos responsáveis.

As resoluções (inserir comissão) serão decididas com a participação da maioria simples. Os assuntos tratados pelo NSP deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Diretoria Geral, ou pelo Coordenador (inserir comissão).

INSERIR MAIS ARTIGOS COMFORME FOR NECESSÁRIO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

MODELO DE REGIMENTO INTERNO

	SETOR		
	REGIMENTO INTERNO		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	REG-SETOR-0XX	Versão 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

O documento deve ser estruturado em capítulos, seções, artigos e incisos; deve descrever minimamente o objetivo e o campo de aplicação. O texto deve ser feito com fonte Arial, tamanho 11, espaçamento 1,5.

_____

Assinatura do Gestor

_____

Assinatura do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

MODELO DE FORMULÁRIO

SETOR

Nº

ATA	HORA	LOCAL	RESPONSÁVEL	AÇÃO

MODELO DE LISTA

	SETOR		
	LISTA		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	LIS.SETOR.XXX	Revisão 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

TÍTULO DO DOCUMENTO					

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão Nº	Motivo

MODELO JUSTIFICA DE FALTA

	NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		
	FORMULÁRIO		
	JUSTIFICATIVA DE FALTA - REUNIÃO		
	FOR.NQSP.004	Revisão 01	Vigência: 28/07/2023

DE: (NOME COMPLETO)

PARA: (NOME DA COMISSÃO)

Santa Helena de Goiás, _____ de _____ de 202__

Venho por meio desta, justificar a minha ausência da Reunião Ordinária da _____ _, que ocorreu no dia _____ de _____ de 202__.

Conforme motivo (s) abaixo especificado:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Atenciosamente,

Assinatura do Membro:

_____

4.7.3.1 FORMATAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Fonte: Arial, tamanho 11, justificado, espaçamento 1,5;

Utilizar espaçamento 1,0 para citação longa;

Os títulos e subtítulos dos capítulos apresentados no corpo do texto devem ser destacados em negrito, fonte Arial, caixa alta, tamanho 11, numerado em ordem sequencial (Ex.: 1.,2.,3.) com alinhamento à esquerda e espaço antes e depois parágrafo: separando os títulos e subtítulos com os o texto;

Citações diretas, indiretas, citação de citação, fonte Arial 9.

As margens seguem a configuração moderada do Word / WPS Office / LibreOffice.

A composição de cada documento seguirá os itens de seu modelo, e serão redigidos fielmente às especificações solicitadas em cada tópico.

As figuras ou fotos podem ser coloridas e deverão ser dimensionadas de acordo com a necessidade, alinhadas preferencialmente à esquerda, e a sua legenda é inserida na primeira linha abaixo da imagem, com a primeira letra de cada palavra em caixa alta, exceto as preposições, alinhamento à esquerda, e deve indicar o número da figura e a descrição; fonte Arial, tamanho 10, (Ex: Figura 01 – Xxxxxxxxxxxx).

Os anexos serão numerados com algarismos arábicos, precedidos da palavra "Anexos".

Os anexos deverão estar em formato "Print Screen / Captura de Tela". Se o anexo referi se a um documento de origem externa, deve ser somente citado no corpo do texto.

A bibliografia segue o estilo Vancouver e **são listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto**; fonte Arial, tamanho 11, espaçamento 1,5, alinhamento justificado.

Controle do Documento

Deve vir no final de cada documento da hierarquia, apresentado em forma de tabelas com contorno, alinhadas à esquerda, fonte Arial, tamanho 10, espaçamento 1.5, com os títulos destacados em negrito e as informações: "Elaboração", "Revisão", "Validação" e "Aprovação", "Número e a Motivação da Revisão".

As datas deverão ser descritas no formato: 00/00/0000.

Os documentos deverão ser assinados a próprio punho, com a identificação profissional ao lado de cada responsável, com caneta preta ou azul.

No campo "Elaboração" não pode ser excluído o nome do elaborador em nenhuma revisão, e nos campos "Revisão", "Validação" e "Aprovação" devem constar os nomes dos participantes do ciclo documental somente da versão vigente.

Formulários, ordens de serviço e documentos administrativos não terão o campo Controle do Documento.

Rodapé

Conterá em todas as páginas dos documentos administrativos e da hierarquia, a numeração de página de modo a permitir reconhecer a página atual e o quantitativo total de páginas do documento, (ex.: Página 01 de 03); fonte Arial, tamanho 10, números em negrito, centralizado.

Os documentos que são cópia não controlada, terão no rodapé, abaixo da paginação o texto "CÓPIA NÃO CONTROLADA", fonte Arial, tamanho 10, negrito e centralizado.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9000/2015: Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9001/2015: Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Manual de Redação da Presidência da República, 3ª edição, revista, atualizada e ampliada. Brasília, 2018. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/centrodeestudos/assuntos/manual-de-redacao-da-presidencia-da-republica/manual-de-redacao.pdf

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Manual de Redação do Governo do Estado de Goiás / Governo do Estado de Goiás, Gabinete Civil, Agência Goiana de Administração e Negócios Públicos. Goiânia: Aganp, 2005. Disponível em: https://www.administracao.go.gov.br/?option=com_content&view=article&id=13213

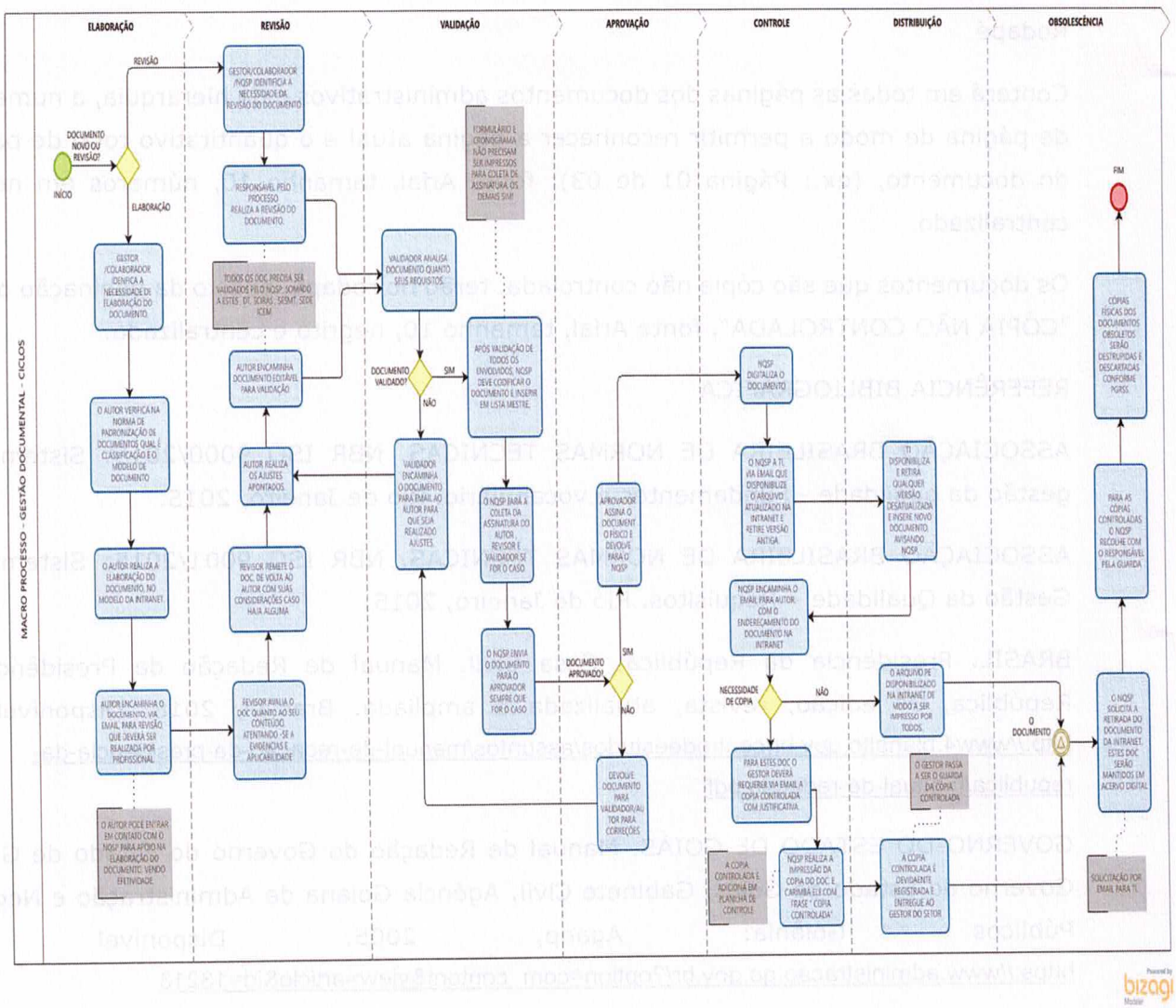
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Sistema de Gestão da Qualidade. Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. Versão 2. Brasília, 2019. Disponível em:

http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4699516/Norma_de_Elaboracao_e_Controle_de_Documentos_v.2_01.08.19.pdf/6443dcd1-56e2-486f-a051-36051fdca948

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo, 2018.

ANEXOS

ANEXO I - Fluxograma do Ciclo de Gestão de Documentos (FLU.NQSP.003)



5.1.3 POP -Padronização Protocolo Assistencial

Forma para Elaboração de documentos	
1.Objetivo	
Definir critérios e requisitos para a elaboração, manutenção e padronização da apresentação de documentos tais como: políticas, planos, procedimentos, normas e protocolos clínicos. Todos os documentos criados pela instituição serão disponibilizados na intranet.	
2. Referência	
Não se aplica.	
3.APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos os setores do Hospital	Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Não se aplica.	
6. DEFINIÇÕES	
SCIrAS — Setor de Controle de Infecções relacionada a Assistência à Saúde 6.1. Conceitos: Esta norma utiliza-se de diversos termos e nomenclaturas de documentos que tem sua definição abaixo, a fim de padronizar os conceitos: Política – Conjunto de intenções e diretrizes definidas pela empresa, que indica "O QUE" e norteiam todas as atividades, atendendo à Visão e Missão da instituição. Plano – Documento resultante de um processo de planejamento que precede e determina as estratégias e apões da instituição, relacionadas a um assunto em específico. Norma – Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção do Hospital que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios,	

características e regras sobre atividades elou produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.

Procedimento Operacional Padrão — É o documento que contém a descrição do conjunto de técnicas das atribuições, atividades e responsabilidades inerentes a um processo. Nele especifica-se a forma de executar uma tarefa, organizando as atividades e responsabilidades do "COMO FAZER", visando estabelecer e fixar rotinas, atividades ou instruções de trabalho através de procedimentos, estabelecendo uma linha de sequência lógica e dinâmica. As etapas operacionais (7. Descrição dos Procedimentos) podem ser de forma descritiva ou gráfica (fluxograma).

Protocolo — Descrição de um plano ou conjunto de etapas específicas da assistência, que contém o que se faz, quem faz e como se faz, visando direcionar os profissionais assistenciais na prevenção, recuperação ou reabilitação à saúde; as diretrizes médicas se encaixam nessa categoria.

6.2. Composição de Documentos:

Refere-se ao conteúdo específico de cada documento, o qual conterá itens e subitens de acordo com a necessidade.

Norma e POP deverão conter, os seguintes tópicos:

1-Objetivo — item que detalha, de forma clara, concisa e sem ambiguidades, o assunto de que trata o documento.

2-Referência — item que informa as referências externas (bibliografias, estudos, manuais etc., de Instituições e Órgãos competentes ao assunto). Assim como referências internas (documentos normativos, podendo ser políticas, planos, normas e protocolos clínicos).

3-Aplicabilidade — item que descreve o local/setor a ser aplicado o documento.

4-Responsabilidade — os cargos e/ou funções responsáveis pela implantação do documento.

5-Materiais Necessários — descrição de materiais necessários para execução do procedimento descrito.

6-Definição — item opcional que contém as definições de termos necessários para uma melhor compreensão do documento.

7-Descrição do Procedimento — item que descreve passo a passo da rotina, processo, protocolo elou atividade a ser realizada.

8-Tarefas Crítica/Especiais — serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento.

9-Indicadores — existe para que seja informado o indicador ligado àquele POP, caso exista.

10-Documentos de Apoio — são todos os documentos utilizados ou referidos na descrição do documento podendo ser utilizados no seu formato original (opcional).

Importante: Os anexos elaram apêndices devem estar citados no campo "Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

11-Controle de Revisões Efetuadas — tabela com data e motivo das revisões ocorridas.

Políticas, planos e protocolos deverão seguir o mesmo padrão dos POPs e normas, salvo no item 7-Descrição de Procedimento. Para Políticas utilizar 7 — Diretrizes, para Planos utilizar 7-Descrição do Plano, para protocolos utilizar 12 — Descrição do Protocolo.

Ciclo de Aprovação

Elaboração — É a fase inicial do documento, ou seja, o momento em que o documento foi criado. Nesse campo consta a data de elaboração e o nome do responsável pela criação desse documento.

Revisão Após criação do documento, o supervisor/coordenador/gerente/diretor da área deve revisar e avaliar conteúdo. Nesse campo consta a data em que o documento foi revisado e o nome do responsável que revisou.

Revisão do SCIrAS — Após a revisão do documento, o SCIrAS revisa todo conteúdo e se está de acordo com suas normas, Nesse campo consta a data em que o documento foi enviado/ revisado e o nome do responsável SCirAS que realizou a revisão.

Aprovação NQ – Após a revisão do SCIrAS elou do superior da área, a Qualidade avalia o conteúdo e estrutura do documento, e se está de acordo com a norma zero. Nesse campo consta a data em que o documento foi validado pela Qualidade e o nome do responsável que analisou.

Aprovação Diretoria e Finalização – Após aprovação do NQ, o documento é encaminhado para Diretoria avaliar e efetuar a assinatura. Todos os documentos deverão ser assinados pela Diretoria-Geral, seguido pela Diretoria Técnica tratando-se dos documentos assistenciais e Diretoria Administrativa tratando-se dos documentos gerenciais. Nessa fase não se é permitida a alteração do conteúdo.

Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento utilizando o mesmo número de versão.

Caso algum documento necessite alteração antes do prazo de validade, será criada uma nova versão com o motivo dessa criação, podendo ser: documento digitado fora da norma zero, erros de ortografia, nova rotina implantada, novo anexo ou informações na referência, etc.

No momento da criação de uma nova versão, a antiga fica disponível em uma pasta eletrônica de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá:

A cada 02 anos, ou conforme necessidade.

Observação: O documento poderá ser alterado antes desse período sempre que houver alteração de rotina, legislação, anexo, etc., conforme descrito no item ciclo de aprovação.

Hierarquia dos Documentos Políticas;

Protocolos e Planos;

POP e Fluxograma;

Registro da Qualidade.

7.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 Fonte do corpo do documento:

O corpo de texto de todos os documentos deverá ser elaborado na Fonte ARIAL NORMAL, Tamanho 12. Mudanças na formatação e no tamanho desta fonte em lugares específicos serão especificadas a seguir.

7.2 Formatação da impressão dos documentos:

Os documentos devem ter suas páginas configuradas para impressão no seguinte padrão: Papel A4, Fonte Arial 12, margem superior 6 cm, inferior 4 cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm, rodapé 2 cm, espaço entre linhas 1,5 cm e espaço depois do parágrafo.

Os documentos estarão disponíveis via eletrônica, em pasta na intranet com acesso apenas para visualização, sem permissão de impressão.

Os setores que necessitarem de cópias dos documentos deverão solicitar os mesmos à qualidade para providência com cópia controlada.

7.3 Cabeçalho do documento

Todos os documentos tais como: políticas, procedimentos, normas e protocolos do Hospital, tem a logo da instituição no cabeçalho.

Título do documento

Documento: deve ser claro e conciso (o mais curto possível), centralizado e todo em letras MAIÚSCULAS, na fonte ARIAL 14.

Número de identificação do documento obedecendo à seguinte regra: Número da Versão;

Número de Revisão, caso já tenha ocorrido;

Data da Criação;

Sigla do tipo de documento;

Sigla do Setor (no caso de a gerência ter mais de um setor);

Número do documento (por ordem de criação por setor elou gerência);

Exemplos: POP.ENF.UTI.OI / POP.ADM.IO

Abaixo as siglas padronizadas utilizadas naS UNIDADES

NOR — Norma PC — Protocolo Clínico

PLA - Plano POP — Procedimento Operacional Padrão

POL - Política PG — Procedimento Gerencial

Siglas setoriais:

ADM — Administração AMB — Ambulatório

AUD — Auditoria CC — Centro Cirúrgico

CME — Central de Material e Esterilização

COMP - Compras DP — Departamento Pessoal EMERG - Emergência

EDA — Endoscopia ENF — Enfermagem

FARM - Farmácia FAT — Faturamento FISIO - Fisioterapia

GP — Gestão de Pessoas HIG — Higiene

GTI — Informática UINT — Internação

LAB — Laboratório LAV — Lavanderia

ENGE — Manutenção

SCIrAS — Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde

NIR — Núcleo Interno de Regulação

SGQ — Sistema Gestão da Qualidade RECEP - Recepção

SAME — Serviço de Arquivo Médico SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica

UTI Unidade de Terapia Intensiva AT -Agência Transfusional

EMTN — Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

DEP — Diretoria de Ensino e Pesquisa

SS — Serviço Social FONO — Fonoaudiologia

ODONT — Setor de Odontologia SND - Serviço de Nutrição e Dietética

PSIC — Psicologia LAVAN - Lavanderia

CIHDOT — Comissão Intra Hospitalar de Doação de órgãos e tecidos

DDRH — Recursos Humanos NSP — Núcleo de Segurança doPaciente

EP — Educação Permanente ANEST — Serviço de anestesiologia

INST — Institucional ACUPU - Acupuntura

OUVI – Ouvidoria SESMT — Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

PICS — Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

C) Fases do documento: cada documento criado passa por um processo de aprovação, como:

Elaboração do documento

Revisão do documento

Revisão do documento pelo SCIrAS, caso necessário. Aprovação do documento Finalização do documento Após a finalização do documento e criação da lista mestra conforme modelo padrão, a mesma deverá ser encaminhada à diretoria para assinatura, validando assim os documentos relacionados e então encaminhar os documentos assinados à qualidade. Apenas após a lista mestra ser assinada, o núcleo da qualidade publicará os documentos para acesso na intranet. Os documentos de terceiros poderão seguir a logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação enterro da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor. Apenas após receber os documentos e a lista estar assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade publicará os documentos na intranet.
8. TAREFAS CRITICAS/ESPECIAIS
Os Documentos de terceiros poderão seguir logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação interno da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor. Apenas após receber os documentos e lista mestra assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade publicará os documentos na intranet.
9.INDICADORES
Não se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO

Os Documentos a serem elaborados envolverão todo Hospital, nas áreas administrativas e assistenciais. Para o INSTITUTO CEM todos os colaboradores do Hospital, bem como pacientes, acompanhantes e familiares serão beneficiados. O alinhamento das documentações voltadas à estruturação da assistência e melhoria dos processos de trabalho são pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de

saúde, e para tanto se faz necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

5.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão De Custos

5.2.1 Manual de Rotinas para Administração Financeira

Todas as rotinas de Administração Financeira estão subordinadas à Diretoria Administrativa Financeira, e destina-se a gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de. Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas Institucionais para a realização dos trabalhos.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A gestão contábil financeira do Hospital em relação ao Contrato de Gestão para a administração da Unidade deverá compreender um conjunto de ações e procedimentos administrativos que visam maximizar os resultados econômicos e financeiros, contemplando um conjunto de procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, a análise e o controle das atividades financeiras da instituição. A partir de um detalhado planejamento inicial serão adotados os procedimentos elencados abaixo, visando a melhor execução de cada um dos itens, otimizando as ações da gestão financeira como um todo.

Contas a Pagar e a Receber: Processo a ser operado pela área de Finanças que operacionaliza os pagamentos e recebimentos, para dar suporte ao fluxo de caixa e demais processos financeiros;

Fluxo de Caixa: Processo que faz a ligação entre as projeções dos recebimentos e pagamentos e as decisões de aplicação de recursos financeiros;

Aplicação de Recursos Financeiros: Processo que deverá definir e operar as aplicações temporárias de sobras de caixa, trabalhando preferencialmente com ativos financeiros de baixo risco e alta liquidez, também alinhados com o fluxo de caixa para dar confiabilidade aos compromissos da instituição;

Controle de estoque: É o processo que deverá registrar, fiscalizar e gerir a entrada e saída de mercadorias e produtos da instituição. A parte física deverá ser realizada pela área administrativa, enquanto a parte financeira é feita pela área gestão financeira/contábil;

Apuração de resultados: Processo que deverá demonstrar, de maneira clara e transparente, os resultados, apurando o saldo final de todas as contas, encerrando todas as contas de receitas e despesas, que irão para a conta de Resultado do Exercício;

Gestão patrimonial: Processo que deverá atualizar os valores monetários do patrimônio, através da contabilização e depreciação de seus bens imobilizados, a fim de ter um controle efetivo de todo o empreendimento da empresa. Neste processo está a atividade de balanço patrimonial, identificação e baixa do ativo imobilizado, balanço das depreciações, e listas de bens por grupo;

Gestão orçamentária: Este processo deverá ser implantado e terá como finalidade melhorar a rentabilidade do projeto/contrato de gestão, através de ajuste dos custos e despesas do mesmo.

Abaixo apresentamos um modelo do Manual de Rotinas para Administração Financeira que poderia ser aplicado para o Do Hospital, a se adequar respeitando as devidas proporcionalidades e características da unidade:

À Gerência Contábil e Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Unidade de saúde.
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição.
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor.
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços.
- Outras atividades correlatas.
- A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

- A Gerência Contábil e Financeira é composta por: Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber, Serviço de Finanças, Serviço de Contabilidade

Fluxo Administração Financeira

Incluir Nota fiscal, relatório de atividades, certidões de regularidade, declaração do fiscal de execução dos serviços – Gestão de Contratos

Incluir ordem de pagamento e memorando de autorização - Controladoria

Aprovar memorando de autorização de pagamento – Diretoria Geral

Emitir planilha de retenção de impostos - Contabilidade

Auditoria Interna – Auditor Interno

Realizar Pagamento – Diretoria Financeira

Anexar comprovante de Pagamento - Controladoria

Lançar Documentos no SIPEF

Contabilizar Documentos/Comprovantes - Contabilidade

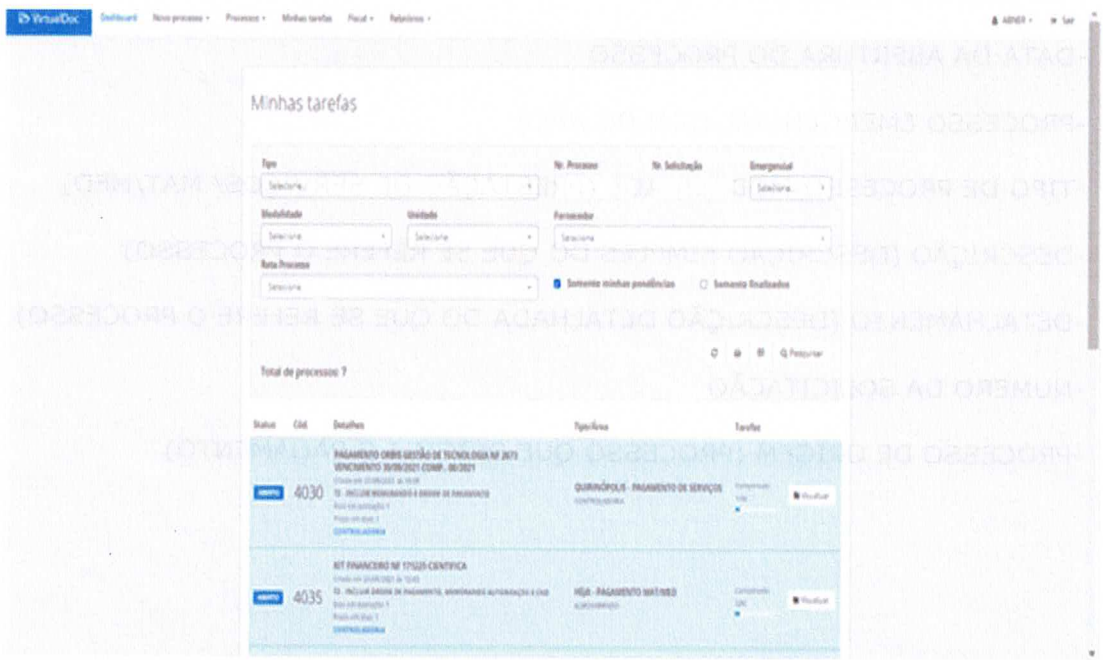
CONHECENDO O SISTEMA VIRTUAL DOC

No layout da página do virtual DOC, vamos fazer o loguin para acessar a plataforma, são colocados o usuário e senha cadastrados para cada colaborador.



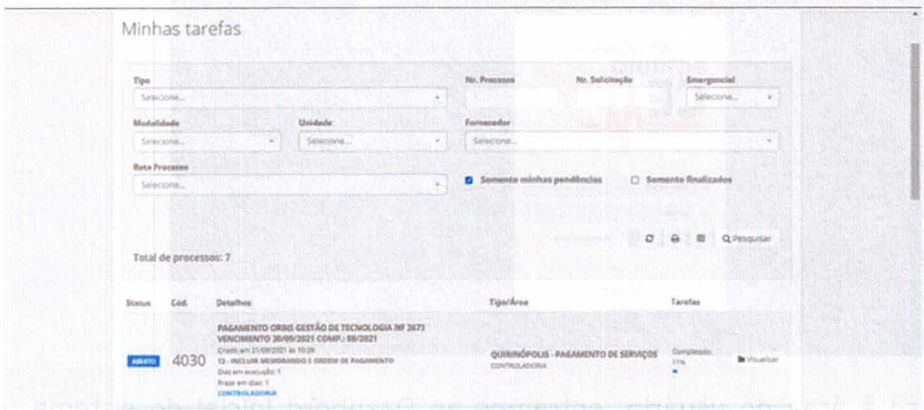
Após o acesso à área do usuário, entramos no Dashbord inicial do sistema, com várias informações no menu superior, são cinco itens contendo subitens para cada evento e etapas do processo, iremos relacionar abaixo os passos que competem a CONTROLADORIA.

É necessário abrir a página de "Minhas Tarefas" para identificar quais pendências e demandas já estão disponíveis para o setor.



Nesse exemplo, temos 7 processos pendentes na tarefa da CONTROLADORIA, tarefas entre inclusão de Memorando de Autorização, Ordem de Pagamento e CND's e também inclusão de Comprovante de Pagamento, quando já houver a realização do pagamento. São exibidas informações como número do processo, descrição, unidade hospitalar entre outras conforme demonstrativo abaixo.

Próximo passo é abrir o processo que iremos dar andamento, clicando no Ícone "Visualizar".



Irá abrir a página do processo, contendo todas as informações do mesmo, na aba "DETALHES" contém informações de:

-STATUS DO PROCESSO (ABERTO/FINALIZADO/CANCELADO)

-NUMERO DO PROCESSO

-DATA DA ABERTURA DO PROCESSO

-PROCESSO EMERGENCIAL (SIM OU NÃO)

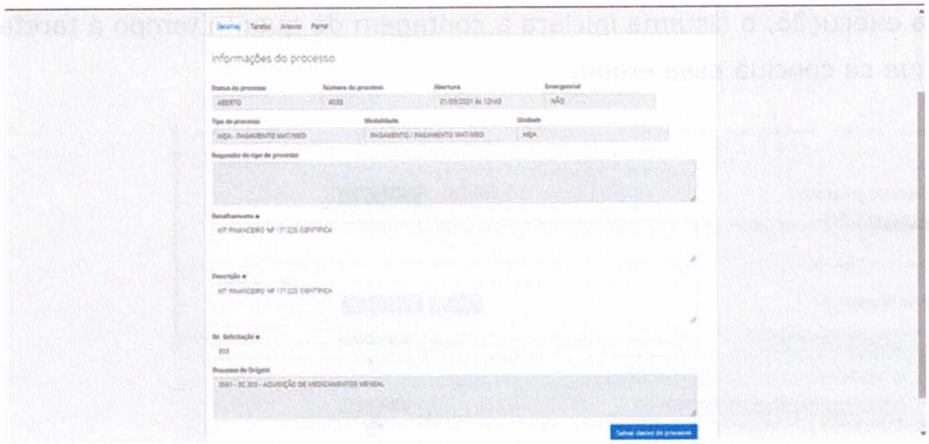
-TIPO DE PROCESSO/MODALIDADE (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS/ MAT/MED)

-DESCRIÇÃO (DESCRIÇÃO SIMPLES DO QUE SE REFERE O PROCESSO)

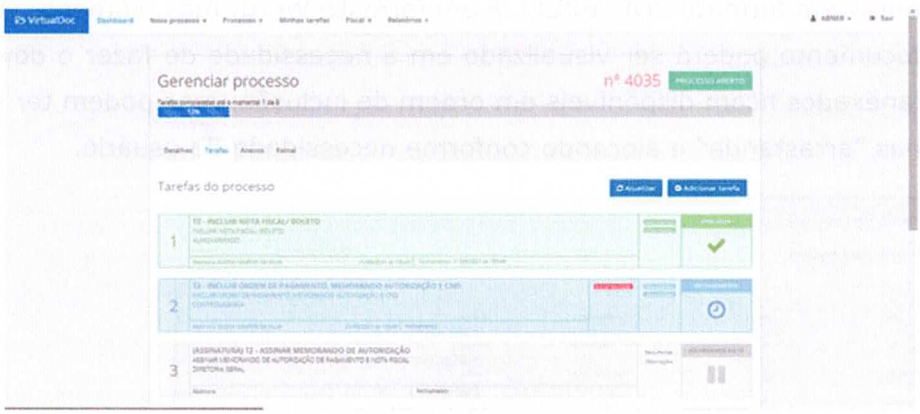
-DETALHAMENTO (DESCRIÇÃO DETALHADA DO QUE SE REFERE O PROCESSO)

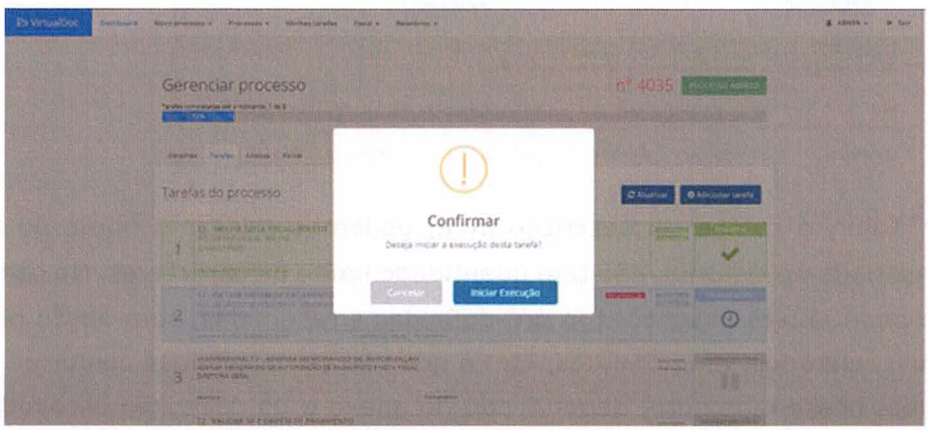
-NUMERO DA SOLICITAÇÃO

-PROCESSO DE ORIGEM (PROCESSO QUE ORIGINA O PAGAMENTO)



Na aba "TAREFAS" informa o passo a passo do processo até que se possa ter a finalização e conclusão do mesmo, nesse exemplo precisamos iniciar nossa tarefa, clicando no botão "Iniciar Execução" e confirmando a execução da tarefa, para que se inicie as atividades dentro do processo.

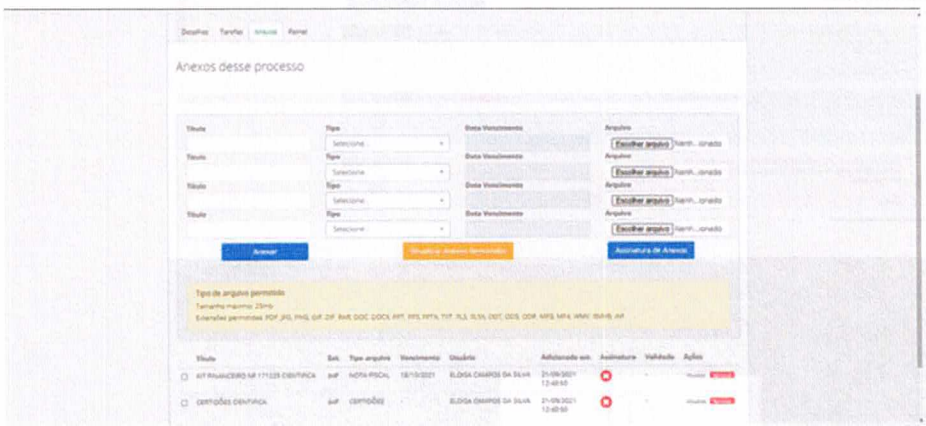




Após iniciar a execução, o sistema iniciara a contagem de quanto tempo a tarefa ficara em aberto, até que se conclua essa etapa.

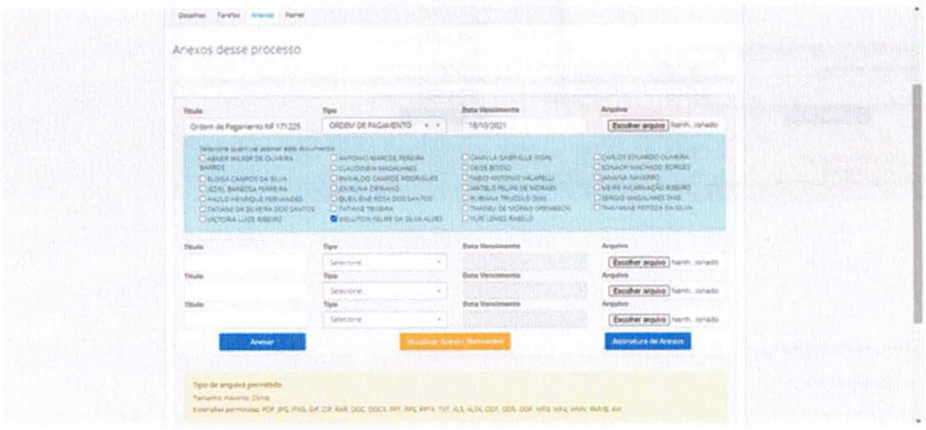


Na aba "anexos" é onde de fato se encontra toda a documentação do processo, e onde se pode anexar mais documentos para composição do processo, neste passo podemos anexar, tanto documentos em formato PDF, EXCEL e em formato Word, mas, somente em formato PDF, que o documento poderá ser visualizado em a necessidade de fazer o download. Os processos já anexados ficam disponíveis em ordem de inclusão, mas podem ter sua ordem alterada apenas "arrastando" e alocando conforme necessidade do usuário.

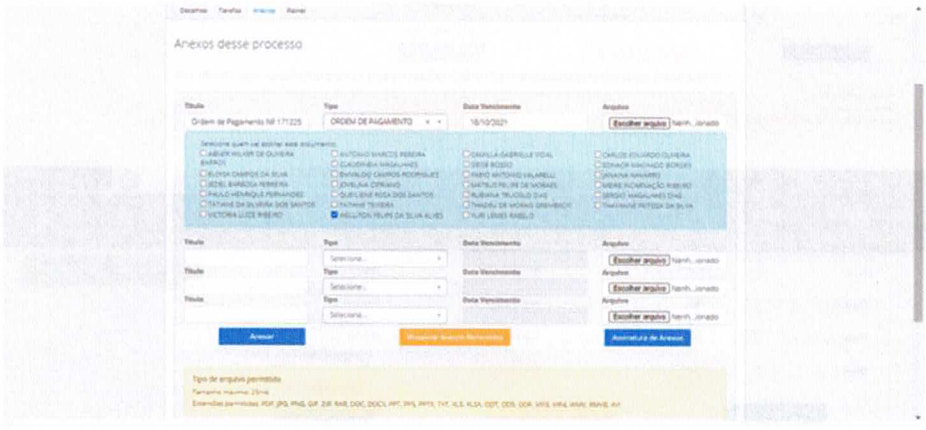


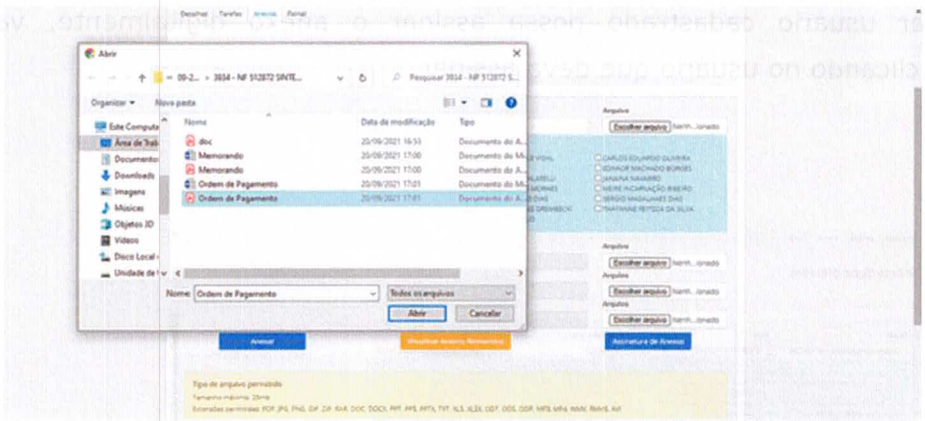
No campo "Título", é campo de descrição livre, podemos colocar o nome do anexo que estaremos inserindo no sistema, não tem quantidade limite de caracteres. No campo "Tipo", é um campo onde já tem descrições já pré-definidas e resumidas, sem opção para edição, como (boletos, relatórios, memorandos, etc) e que vão ser escolhidas conforme anexo que estará inserido, nesse momento, dependendo do anexo e da descrição escolhida, abrirá a caixa de data de vencimento e uma caixa adicional para assinatura do anexo, que permite

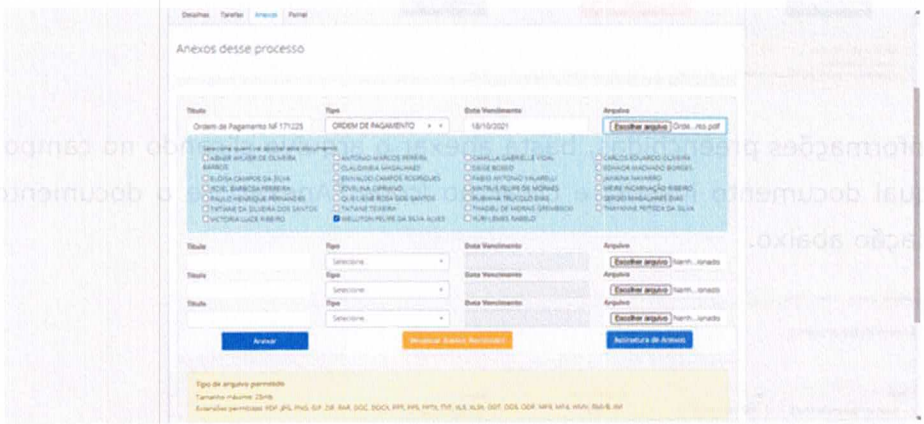
que qualquer usuário cadastrado possa assinar o anexo digitalmente, validando o documento, clicando no usuário que deva assinar.

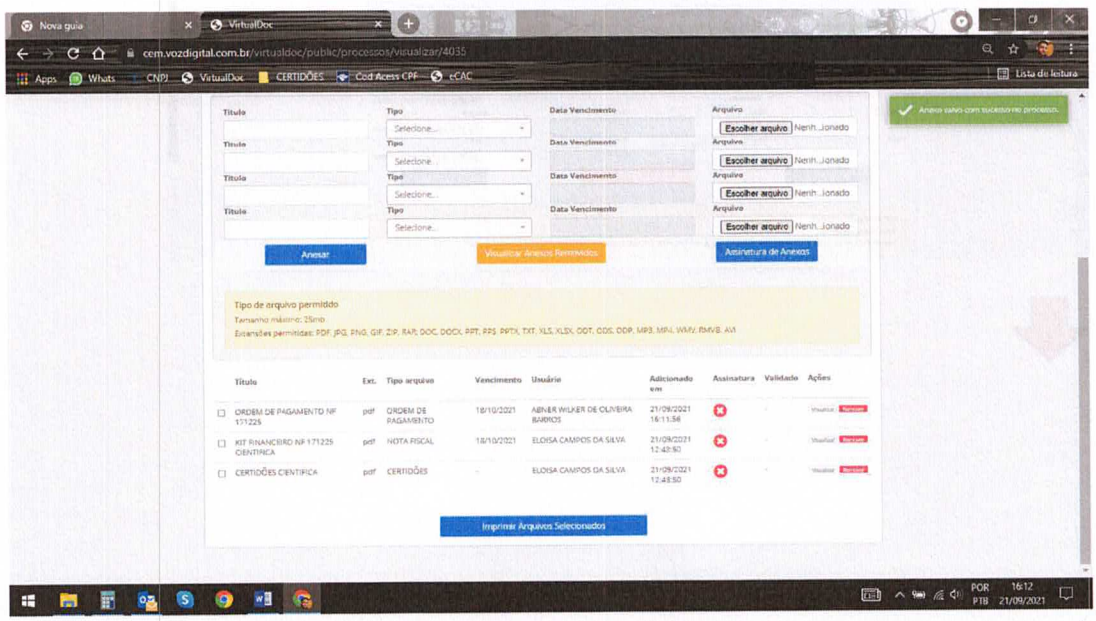


Com essas informações preenchidas, basta anexar o arquivo clicando no campo "Arquivo", e escolher qual documento inserir, e clicar no ícone "Anexar", e o documento já estará visível na relação abaixo.

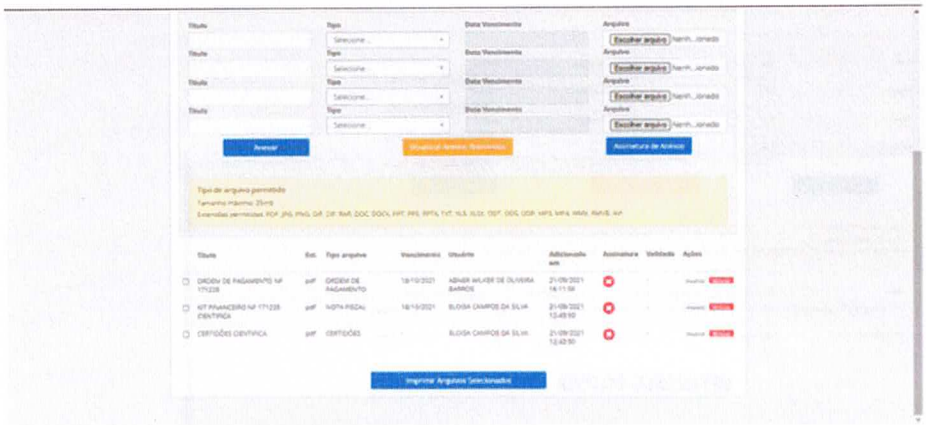


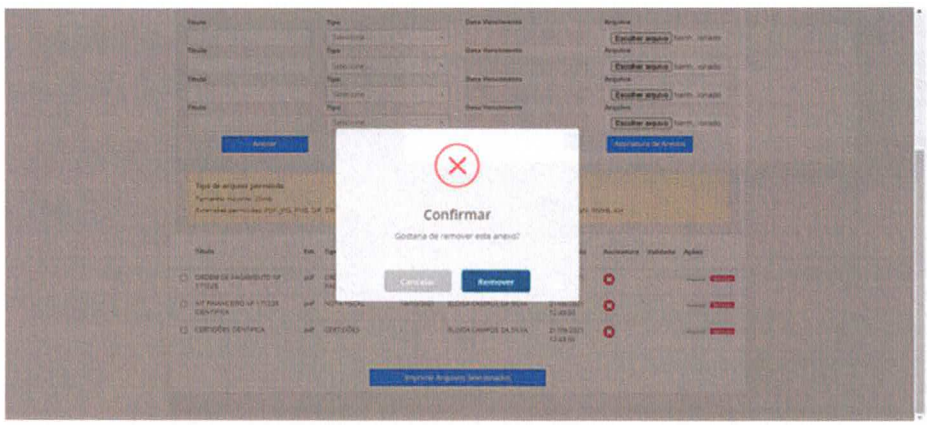


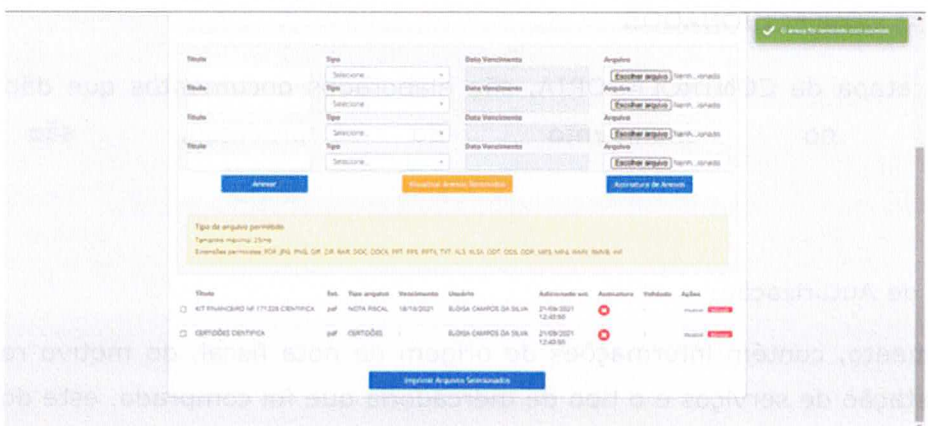

Anexos desse processo


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/4035
Anexo salvo com sucesso no processo.
Anexar
Visualizar Anexos Removidos
Assinatura de Anexos
Tipo de arquivo permitido
Imprimir Arquivos Selecionados

Caso, por algum motivo, haja necessidade de remoção do arquivo, pelo usuário, devera ser solicitado ao Diretor financeiro a exclusão apontando a justificativa, após a autorização basta clicar em "Remover" e confirmar a remoção, e anexar um novo arquivo.

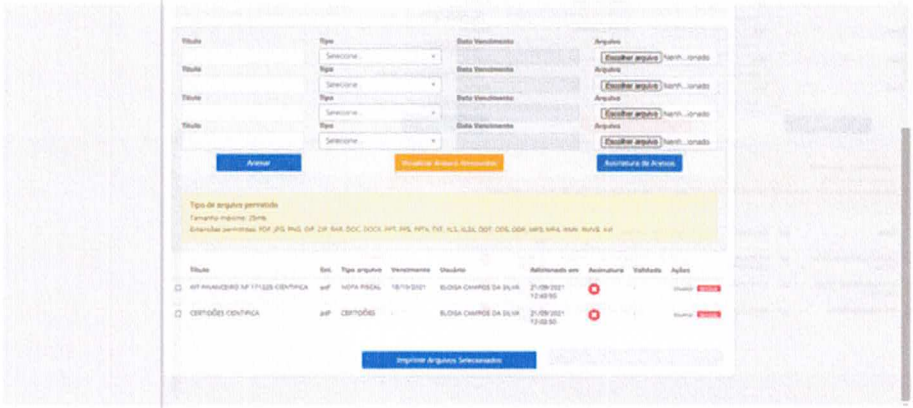






Obs.: Todos os arquivos removidos, permanecem em visualização, e contém informações de qual arquivo foi removido, qual usuário removeu e qual data/hora da exclusão.

Basta clicar no ícone "Anexos Removidos".





DOCUMENTOS CONFECCIONADOS

Na primeira etapa da CONTROLADORIA, são elaborados documentos que dão suporte e veracidade no andamento do processo, são eles:

Memorando de Autorização:

Neste documento, contém informações de origem da nota fiscal, do motivo resumido da compra/prestação de serviços e o tipo de mercadoria que foi comprada, este documento é

validado pela diretoria-geral, dando plena ciência e afirmando que tal fornecedor está habilitado a receber pelo passivo ora empregado.

Memorando nº 0XXX/2021 - HEJA

Jaraguá, XX de agosto de 2021.

Assunto: ENCAMINHAMENTO DE NOTA FISCAL REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, NO MÊS DE JULHO DE 2021.

Prezado (a),

Venho por meio deste, encaminhar Nota fiscal em anexo, para realização de pagamento de prestação de serviços de hospedagem, Referente ao mês de julho/2021.

Segue o protocolo de entrega da nota fiscal e encaminhada ao Instituto CEM conforme abaixo relacionado:

NF	EMPRESA	VALOR
XXXX	XXXXXXXXXX	XXXX

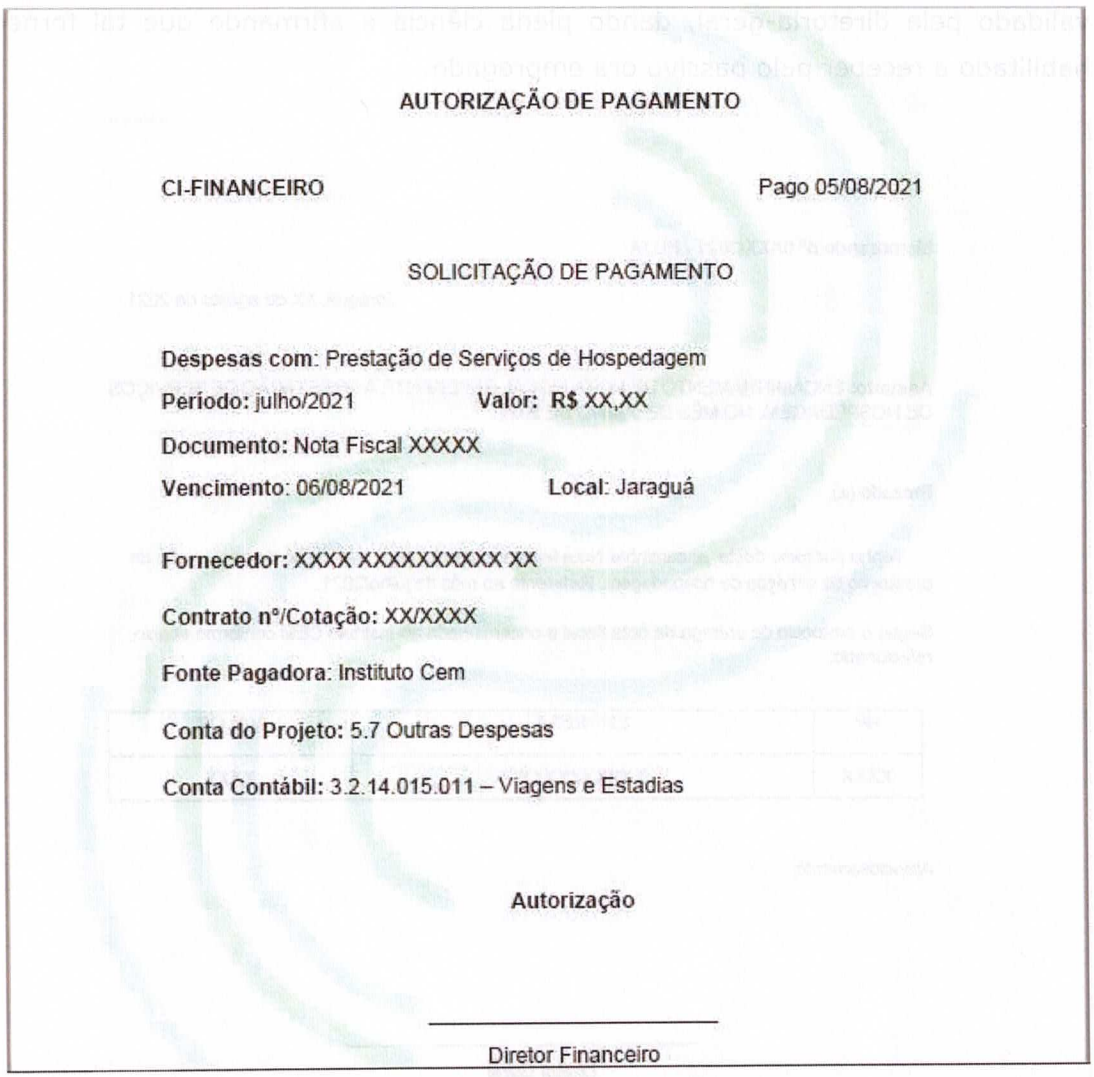
Atenciosamente,

_____

Diretor Geral

Ordem de Pagamento:

Neste documento, reforçamos informações para conferência de vencimento, fornecedor, data do pagamento, valor a pagar/pago, conta contábil a qual tal produto ira ser alocado, conta de custos para controle de custos, número do contrato/cotação para identificação da melhor oferta, entre outros. Documento é validado pela diretoria financeira, a qual verifica se o processo vai ou não a pagamento na data provisionada.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CI-FINANCEIRO Pago 05/08/2021

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Despesas com: Prestação de Serviços de Hospedagem

Período: julho/2021 **Valor:** R$ XX,XX

Documento: Nota Fiscal XXXXX

Vencimento: 06/08/2021 **Local:** Jaraguá

Fornecedor: XXXX XXXXXXXXXX XX

Contrato nº/Cotação: XX/XXXX

Fonte Pagadora: Instituto Cem

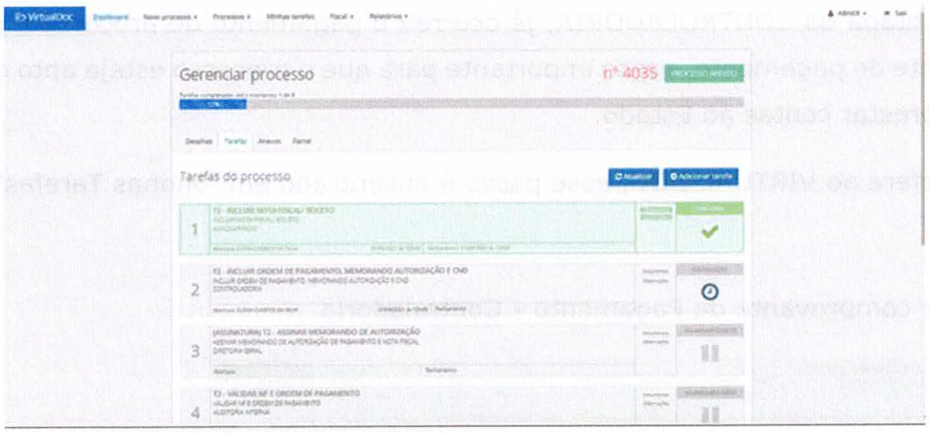
Conta do Projeto: 5.7 Outras Despesas

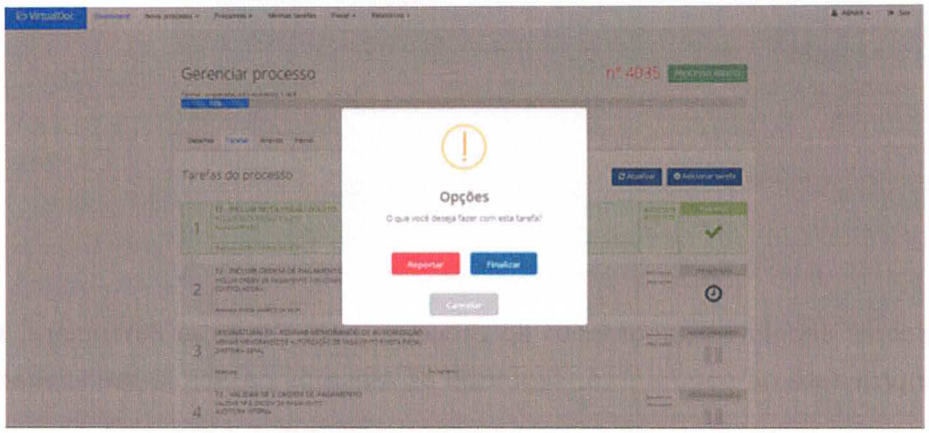
Conta Contábil: 3.2.14.015.011 – Viagens e Estadias

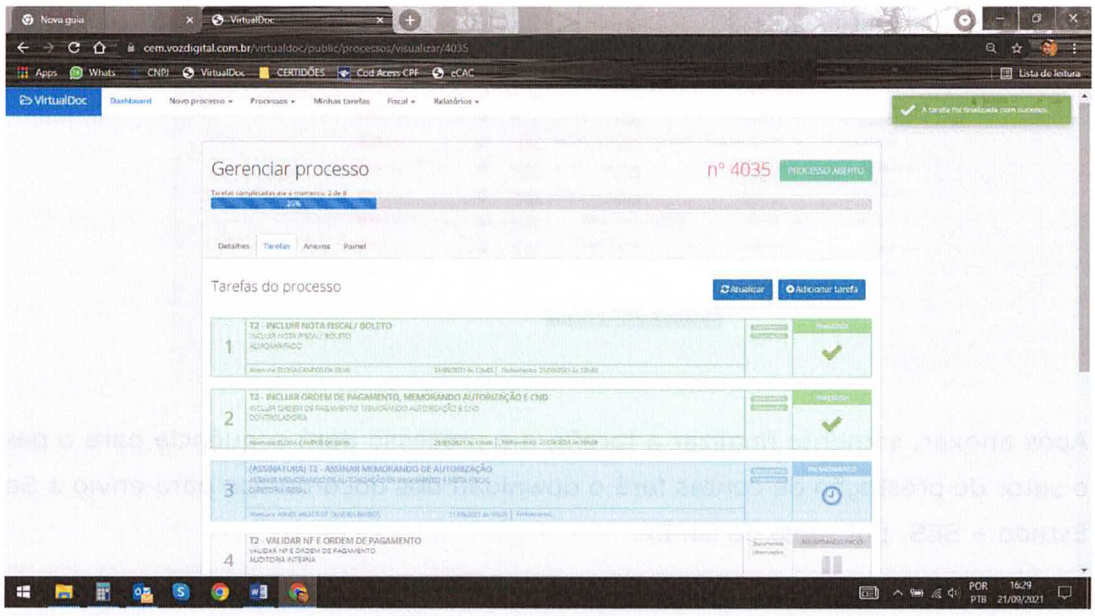
Autorização

Diretor Financeiro

Após elaborados os dois documentos pela CONTROLADORIA, e anexados no sistema, devemos finalizar o processo, e dar sequência no processo para próximo usuário. Basta voltar na aba "TAREFAS" e finalizar, clicando no "reloginho" e confirmando.





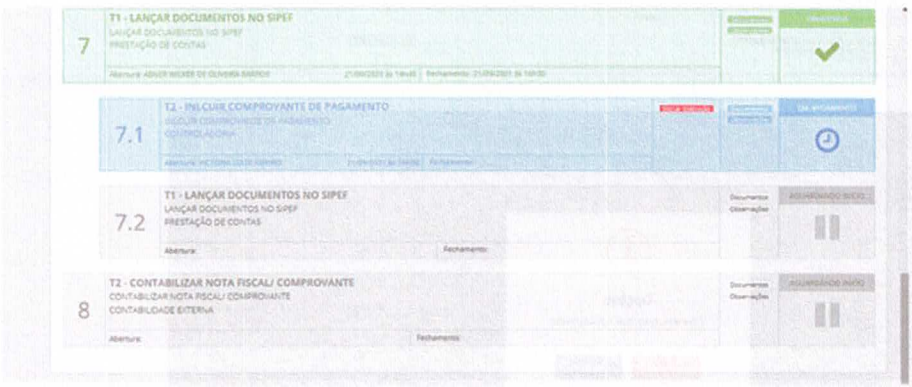


COMPROVANTE DE PAGAMENTO

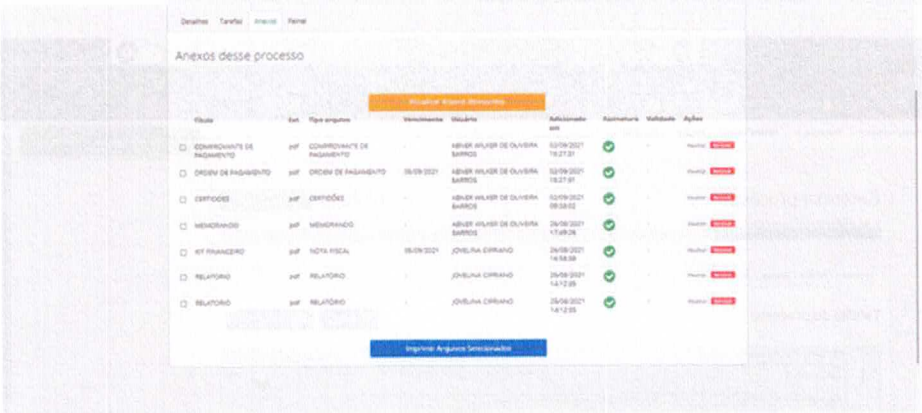
Na segunda etapa da CONTROLADORIA, já ocorreu o pagamento do processo e é anexado o comprovante de pagamento, passo importante para que o processo esteja apto e completo na hora de prestar contas ao Estado.

No que se refere ao VIRTUAL DOC, esse passo é encontrado em "Minhas Tarefas" no passo 6:

6 | Anexar comprovante de Pagamento - Controladoria



Esse passo ocorre depois do pagamento do processo pela Diretoria Financeira, e somente anexar o comprovante de pagamento, seguindo os mesmos passos já mencionados acima.



Após anexar, somente finalizar a tarefa, e o processo dará sequência para o passo 7, onde o setor de prestação de contas fará o download dos documentos para envio a Secretaria de Estado – SES, por meio do SIPEF.

ROTINA

Abaixo, segue fluxograma das rotinas exercidas pela controladoria.



5.2.1.1 Contabilidade

DO SERVIÇO DE CONTABILIDADE

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela administração de todos os lançamentos e conferências dos dados contábeis da Unidade de saúde.

Ao Serviço de Contabilidade compete:

- Controlar e conciliar as atividades e dados históricos resultantes das ações inerentes à área.
- Zelar pelo cumprimento das normas contábeis, fiscais e tributárias.
- Prestar informações sobre a posição financeira da organização, através de balancetes, balanços e demonstrações de resultados, realizando a previsão mensal das possíveis receitas e despesas.

- Conferir mediante registro legal, o inventário contábil, o inventário físico e financeiro dos estoques e bens patrimoniais.
- Responder pela preparação e escrituração dos documentos contábeis.
- Analisar e apropriar os fatos com documentos pertinentes segundo o plano de contas. Promover as devidas depreciações do bens da Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

OBJETIVO

Estabelecer as ações e padronizar os procedimentos contábeis, o Plano de Contas, a função e funcionamento das contas e as demais ações da área contábil a serem adotadas em âmbito do Instituto CEM.

A escrituração dos atos e fatos administrativos do instituto CEM será feita de acordo com os procedimentos estabelecidos neste manual, nas formas analítica e sintética, com elaboração dos livros Diário e Razão, com base no Plano de Contas aprovado pela Diretoria-Geral e estruturado em grupos, subgrupos, contas e subcontas, em ordem cronológica de dia, mês e ano, à vista dos documentos hábeis (vias originais e legais) e tem a finalidade de:

- Registrar e controlar a execução orçamentária da receita e da despesa
- Registrar os atos e fatos de natureza financeira e patrimonial
- Emitir relatórios e peças contábeis - Diário, Razão, Balancetes e Demonstraçõ mensais e balanços e demonstrações anuais
- Demonstrar os resultados econômico-financeiros do Instituto CEM para serem analisados e interpretados
- e. Fornecer os elementos para a elaboração da prestação de contas anual.

PROCEDIMENTOS

Visando à segurança, o controle da documentação e à facilidade de obtenção de informações, a contabilização dos atos e fatos administrativos será, preferencialmente, feita nas dependências do Instituto CEM e obrigatoriamente por Contabilista inscrito no Conselho Regional de Contabilidade.

O Diretor Administrativo é o responsável pela supervisão e coordenação dos serviços administrativos, financeiros e contábeis do Instituto CEM e pelo fornecimento de

informações gerenciais ao Diretor Executivo e demais membros dos Conselhos de Administração e Fiscal.

A Contabilidade é a fase final do controle interno que registra todas as operações relacionadas com a execução orçamentária da receita e da despesa, outros ingressos e saídas de recursos, os créditos a receber e obrigações a pagar, a movimentação de bens patrimoniais e demais atos e fatos administrativos.

Compete ao Contabilista:

- Adotar o sistema contábil informatizado utilizado pelo Instituto CEM, e a legislação aplicável ao processamento dos dados e relatórios relativos aos registros dos atos e fatos administrativos do Instituto CEM;
- Classificar os documentos contábeis de forma que indiquem os códigos das contas debitadas e creditadas e outros dados necessários e esclarecedores do registro efetuado;
- Organizar a documentação por ordem cronológica/sequencial de lançamentos.

EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS

As operações econômicas e financeiras do Instituto CEM serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação
- Balanço Financeiro
- Balanço Patrimonial
- Balanço da Receita Orçada x Arrecadada
- Balanço da Despesa Fixada x Realizada
- Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados às Coordenações até o dia 20 do mês subsequente ao de referência.

RELATÓRIOS ANUAIS

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro.

São peças componentes das demonstrações contábeis

- Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de Janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
- Balanço Financeiro;
- Balanço Patrimonial Comparado;
- Demonstração das Variações Patrimoniais;
- Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
- Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

O Contabilista deverá encerrar os balanços e apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

PLANO DE CONTAS

Estrutura – O Plano de Contas é estruturado de forma hierárquica e é padrão do Instituto CEM, observadas a legislação aplicável e as características específicas do Instituto CEM.

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos do Instituto CEM, demonstrando a aplicação dos recursos.

- Ativo Financeiro. Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;
- Ativo Permanente. Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo - Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos aplicados.

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos auferidos no exercício, a serem computadas na apuração do resultado do Instituto CEM, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

- Receitas Correntes – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;
- Receitas com Subvenções – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida ao Instituto em troca do cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;
- Receitas Financeiras – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;

- Receitas com Doações – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para o Instituto, ou um cancelamento de um passivo, sem a necessidade de uma contrapartida.

Despesa - Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado do Instituto CEM, subdivididas por projeto e/ou contrato de gestão executado.

ROTINAS BÁSICAS DO SERVIÇO DE CONTABILIDADE ESCRITURAÇÃO FISCAL

Ação / Descrição

- Receber as notas fiscais de produto entrada, emitir notas fiscais de produto saída, provenientes dos setores da unidade de saúde quando necessário.
- Importar, validar, conciliar e gerar o arquivo para o Sistema SPED Fiscal, efetuando a apuração do ICMS, repassar o arquivo para envio à RFB, ao Gerente Contábil e Financeiro.
- Apurar PIS/COFINS sobre o faturamento e ICMS, emitir DARE/DARF e repassar ao Gerente Contábil e Financeiro para pagamento.
- Efetuar Backup da Escrituração Fiscal logo após a apuração mensal dos impostos. Organizar a documentação fiscal em ordem cronológica para proceder à encadernação.

CONCILIAÇÃO CONTÁBIL

Ação / Descrição

- Receber os relatórios de posição de estoque para posterior conciliação.
- Receber os relatórios de posição de estoque via Sistema de informática, para posterior análise e conciliação.
- Realizar a importação da movimentação mensal no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, para posterior conciliação.
- Conferir a conciliação dos lotes de importação no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, e validar os saldos para emissão do balancete.
- Realizar a conciliação contábil do Razão com os relatórios dos estoques.

- Classificar os documentos conforme o Plano de Contas estabelecido pela Instituição. Sugerir alterações necessárias no Plano de Contas, seguindo os aspectos legais e as necessidades da unidade de saúde.
- Gerar o arquivo de provisão da folha de pagamentos no sistema, importação para o sistema de informática, e validação dos saldos.
- Elaborar e emitir demonstrativos mensais (balancetes contábeis), sempre que se efetivar o fechamento, bem como confeccionar os demonstrativos contábeis anuais da unidade de saúde para efeitos prestação de contas, e submetê-lo a avaliação e validação pelo Gerente Contábil e Financeiro.
- Realizar parametrizações nos sistemas informática, quando necessários visando a correta contabilização quando das importações dos mesmos.

GERAÇÃO E TRANSMISSÃO DE ARQUIVOS

Ação / Descrição

- Gerar e transmitir a Declaração de Débitos e Créditos de Tributos Federais (DCTF), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Contribuições do PIS e COFINS (DACON), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica (DIPJ), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto Retido na Fonte (DIRF). Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Receber os dados da folha de pagamento dos colaboradores da unidade de saúde, conferir e transmitir o arquivo para pagamento, colhendo a autorização dos Superintendentes Executivo e Administrativo e Financeiro.
- Efetivar o fechamento, gerar e transmitir o Sistema de Fundo de Garantia e Informações à Previdência (SEFIP) Sistema fornecido pela Caixa Econômica Federal. Com as informações do FGTS e INSS da folha de pagamento do mês anterior, de acordo com a legislação trabalhista e previdenciária.
- Gerar e transmitir o SPED Fiscal, no sistema fornecido pela pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Realizar a análise e importação da entrada de notas fiscais de produtos e serviços no sistema de informática.

PAGAMENTOS

Ação/ Descrição

- Receber os processos com as Notas Fiscais e demais documentos relativos aos pagamentos a serem efetuados encaminhados por diversos setores via protocolo e encaminhá-los ao Gerente Contábil Financeiro.
- Receber os processos, conferir e separar os pagamentos, distribuindo-os por Bancos, de acordo com os saldos nas contas-correntes.
- Manter controle, e elaborar, caso necessário, a documentação hábil para efetivação de pagamentos e recebimentos.
- Emitir e encaminhar ao Gerente Contábil e Financeiro os cheques/documentos de pagamentos previstos para o dia.
- Conferir os documentos enviados para pagamento, colher autorização e assinatura (física ou eletrônica), dos Diretores, nos pagamentos contidos nos processos com as Notas Fiscais e demais guias.
- Elaborar mapa demonstrativo de despesas e receitas de forma a produzir diariamente a previsão de Fluxo de Caixa (Posição de Saldos), lançando os valores efetivados. Efetuar a baixa na planilha de posição de saldo, os pagamentos realizados que foram debitados nas contas-correntes, efetuando o fechamento e imprimindo-a e apresentar quando solicitado aos Superintendentes, Executivo e Administrativo e Financeiro.
- Efetuar o pagamento, conferir e anexar à documentação hábil correspondente a cada um dos compromissos pagos.
- Formalizar os processos e encaminhá-los aos setores para gestão. Organizar os documentos pagos em seus respectivos processos.
- Alimentar a planilha de Prestação de Contas com as informações dos pagamentos efetuados para fins de prestação de contas à Secretaria da Saúde e ao Ministério da Saúde, quando for o caso.

ROTINA BÁSICA DO SERVIÇO DE FINANÇAS

- Receber repasse de numerários dos diversos setores. Acompanhamento dos recebimentos do SUS.
- Recebimento de Numerários da Campanha de arrecadação. Pagamento via suprimento de Caixa.

- Pagamento de Fornecedores. Alimentação da Posição de Saldos. Fechamento do Caixa daFinanças.
- Análise dos relatórios e extratos bancários, observando os créditos que houve. Lançamento dos créditos constantes nos extratos na planilha de receita e no sistema de informática.

ACOMPANHAMENTO DE RECEBIMENTOS SUS

Ação/ Descrição

- Receber a comunicação do faturamento, referente as faturas do SUS.
- Emitir a Nota Fiscal, juntando, se solicitado for, os documentos hábeis (certidões declarações, etc).
- Providenciar a entrega das referidas Notas Fiscais aos respectivos clientes. (eletronicamente).
- Aguardar e acompanhar os créditos do SUS.

PAGAMENTO VIA SUPRIMENTO DE CAIXA (FUNDO ROTATIVO)

Ação/ Descrição

- Protocolar o repasse de numerário de suprimento de caixa para o comprador
- Conferir as Notas e / ou Cupons fiscais de acordo com a solicitação de compras. Analisar criteriosamente os documentos fiscais, observando o preenchimento correto destes.
- Lançar no sistema de informática os valores das Notas Fiscais pagas e também lançar na REST das Notas fiscais de serviços.
- Organizar os documentos no processo de suprimento de caixa.
- Quando se verificar que o saldo requer um novo reforço, emitir o extrato do caixa e conferir os lançamentos com as notas fiscais pagas e anexar ao processo de suprimento.
- Encaminhar o processo ao gerente Contábil e Financeiro para análise.
- Conferir o processo e solicitar novo reforço de caixa.

PAGAMENTO DE FORNECEDORES (PAGAMENTOS VIA CHEQUE NOMINAL)

Ação/ Descrição

- Receber as notas e demais documentos relativos a pagamentos previstos.) Efetivar os pagamentos e colher as devidas quitações.

Após pagamento, repassar o processo ao Serviço de contas a pagar e receber.

FECHAMENTO DO CAIXA DA FINANÇAS

Ação/ Descrição

- Controlar o saldo do caixa Finanças, efetuar as transferências devidas dos valores ao caixa central, mantendo um saldo de fundo de caixa para troco.
- Receber o repasse efetuado pela Finanças, conferindo os valores transferidos aos caixas centrais.

5.2.1.2 Gestão Financeira

DO SERVIÇO DE CONTAS A PAGAR / E OU RECEBER

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pelas atividades de contas a pagar /e ou receber e pelos respectivos controle e registros legais.

Ao Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber compete:

- Planejar, e controlar as atividades de contas a pagar e a receber de forma a estabelecer fluxo de caixa.
- Verificar, processar e controlar os pagamentos e recebimentos dentro da codificação estabelecida pelo plano de contas e custos.
- Realizar lançamentos no fluxo de caixa, bem como visar ordens de fornecimento e/ou pagamento.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

DO SERVIÇO DE FINANÇAS

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento.

Ao Serviço de Finanças compete:

- Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da Unidade de saúde.

- Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras.
- Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias.
- Formalizar os documentos comprobatórios das contas a pagas e recebidas pela Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Finanças é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

OBJETIVO

Padronizar e racionalizar o processamento da despesa em âmbito do Instituto CEM.

PROCEDIMENTOS

As compras e contratações de serviços são realizadas para garantir o suprimento de bens e de serviços imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos do Instituto CEM.

Todas as despesas de compra de material ou de contratação de serviços deverão ser feitas mediante processo constituído de acordo com o Regulamento de Compras e Contratações vigentes, devendo ser observados os procedimentos legais estabelecidos.

Como os recursos são repassados pelo órgão contratante e também estão sujeitos às crises econômicas, bem como a problemas referentes a atrasos nos repasses de recursos, a gestão financeira definiu um plano de contingência que consiste nas seguintes premissas:

- Priorizar o pagamento de obrigações assumidas com seus profissionais/empregados e com fornecedores de materiais e insumos que impactam diretamente na segurança da assistência aos pacientes / gerenciamento de riscos;
- Suspender obras e reformas de ampliação realizadas com eventuais sobras de recursos para custeio, bem como aquelas que não impactam negativamente nas metas contratuais de produção;
- Rescindir ou suspender contratos de serviços assessórios;
- Negociar com fornecedores e prestadores de serviço sobre o parcelamento de valores pendentes de pagamento;
- Revisar com os prestadores de serviços de suporte à assistência, fluxos e rotinas que resulte na redução de custos, mantendo a segurança de pacientes e profissionais.

LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

O material ou o serviço deverá guardar conformidade com as especificações e as quantidades contratadas, devendo ser exigido do fornecedor as garantias relativas à compra ou ao serviço contratado.

Entre o recebimento do material ou do serviço e o pagamento da despesa deverá ser observado um intervalo mínimo para o processamento das previdências necessárias ao controle financeiro.

O pagamento da obrigação somente é autorizado após ser atestado pelo setor requisitante, que além de conferir o material, deverá verificar os documentos do fornecedor, como a legalidade da nota fiscal, a incidência e retenção de tributos e encargos.

Só poderão ser pagas despesas dentro do exercício vigente, salvo se o gasto houver sido registrado contabilmente (emprenhado) para o exercício futuro.

FORMAS DE PAGAMENTO

Os pagamentos de despesas dar-se-ão através de transferência bancária (TED ou TEV), diretamente na conta do fornecedor, sendo admitidos eventualmente a emissão de cheque nominal, ou pelo Sistema Eletrônico de Pagamentos disponíveis na rede bancária.

Poderá haver o depósito em conta-corrente nominal a ele, permanecendo o demonstrativo de depósito em poder da unidade como comprovante do pagamento.

No caso dos pagamentos efetuados via Sistema Eletrônico de Pagamentos, o relatório de pagamentos efetuados, devidamente conciliado com o extrato bancário, é o comprovante da quitação da despesa.

ENCARGOS E TRIBUTOS

Para as despesas de prestação de serviço, mediante emissão de Nota Fiscal, deverão ser observadas as regras de retenção de impostos:

- IR, PIS, Cofins e CSLL – Lei nº 9.430/96, conjugada com as Instruções Normativas das Secretaria da Receita Federal nº 480 e 539;
- INSS – Instrução Normativa nº 3, da Secretaria de Receita Previdenciária do Ministério da Previdência Social;
- IRPF – Tabela Progressiva;
- ISS – Regras definidas por município.

Para serviços de profissionais autônomos, deverá haver retenção do Imposto de Renda (quando ultrapassar o limite de isenção), de INSS e o recolhimento do ISS (conforme regra definida pelo município sede do prestador do serviço).

Todos os pagamentos que tiverem a incidência de retenção de tributos deverão ser previamente submetidos ao Setor Contábil para cálculo do Imposto, da retenção do valor devido e emissão da Guia de Recolhimento correspondente. O Contador responde pelas incoerências e falta de recolhimento de tributos exigidos por Lei.

Quesitos para a execução da Despesa

- Disponibilidade Financeira – existência de recursos financeiros para suportá-la
- Legitimidade – toda a despesa deve ser prevista em Orçamento do exercício a que se refere o gasto, com enquadramento perfeito e claro de dispêndio
- Legalidade – toda a despesa deve se revestir das formalidades legais e das normas internas. Verificar principalmente as certidões negativas da Receita Federal do Brasil, do FGTS e do Município
- Competência - a despesa relativa a contratos e serão apropriadas/compromissadas em cada exercício financeiro, pela parte a ser nele executada.

FUNDO FIXO

Será autorizada a concessão de suprimento de fundos fixos para funcionários alocados na sede, sempre a serviço da Organização, para pagamento de despesas de pronto pagamento.

Os valores concedidos ao funcionário responsável e o seu respectivo substituto, no caso de eventual afastamento, serão definidos e nomeados por meio de portaria da Direção Gera.. O setor responsável procederá à solicitação da concessão do suprimento de fundo fixo para o funcionário designado, apresentando posteriormente o documento fiscal que comprove tal despesa. Este documento deverá ser emitido com o CNPJ e razão social do Instituto CEM para o contrato de gestão específico.

INDICADORES FINANCEIROS

Mensalmente também serão demonstrados a partir dos indicadores financeiros abaixo relacionados ao desempenho e evolução mensal financeira do Instituto CEM.

- Índice de Liquidez Corrente
- Índice de Liquidez Imediata
- Índice de Participação de Capital de Terceiros

- Garantia do Patrimônio Social ao Capital de Terceiros
- Composição dos Exigíveis (tipo de obrigação)
- Composição dos Exigíveis (por vencimento)
- Índice de Gastos Administrativos
- Índice de Acumulação de Superávit

FLUXO SIPEF

2 INTRODUÇÃO

O Sistema de Prestação de contas Econômico-Financeiro (SIPEF), é de suma importância para a transparência financeira da prestação de contas de Terceiros (Organizações Sociais, Hospitais Filantrópicos e Concessionárias) aos Órgãos Fiscalizadores, por intermédio da fiscalização eletrônica.

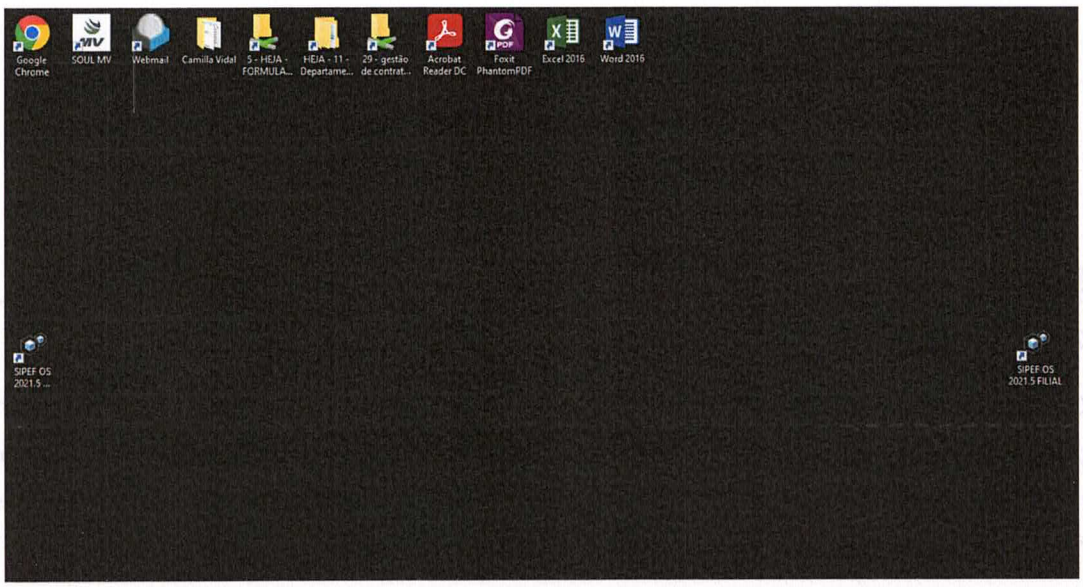
Logo, o objetivo principal do SIPEF é proporcionar segurança jurídica no que concerne aos aspectos financeiro e contábil da administração, possibilitando sua avaliação e, ainda, proporcionar o monitoramento dos contratos de gestão.

O SIPEF encontra-se em funcionamento na extensão do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, denominada filial, de 08h00 às 18h00, de segunda a sexta, e é gerido pelos Gestores da entidade e seus gestores.

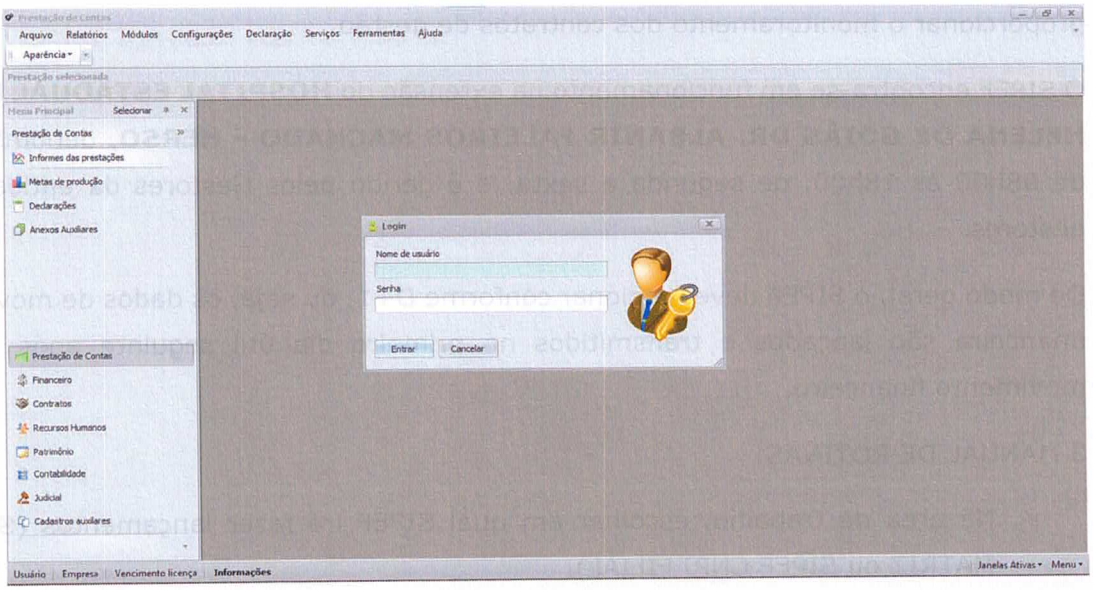
De modo geral, o SIPEF deve funcionar conforme D+1, ou seja, os dados de movimentação financeira são lançados e transmitidos no primeiro dia útil seguinte após a data do movimento financeiro.

3 MANUAL DE ROTINAS

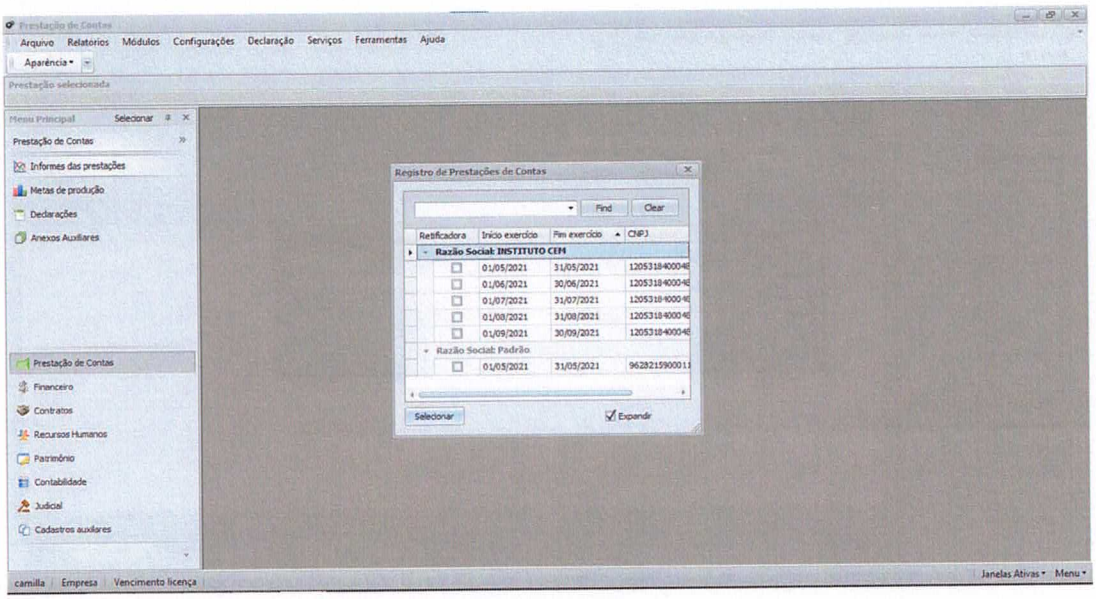
- ✓ Na área de trabalho, escolher em qual SIPEF irá fazer lançamentos (SIPEF CNPJ MATRIZ ou SIPEF CNPJ FILIAL).



✓ Ao executar, informar os dados de usuário e senha.



✓ No primeiro aceso, o sistema já possui um registro de prestação de contas padrão. Deve-se selecioná-lo para que se possa criar novas prestações mensais.



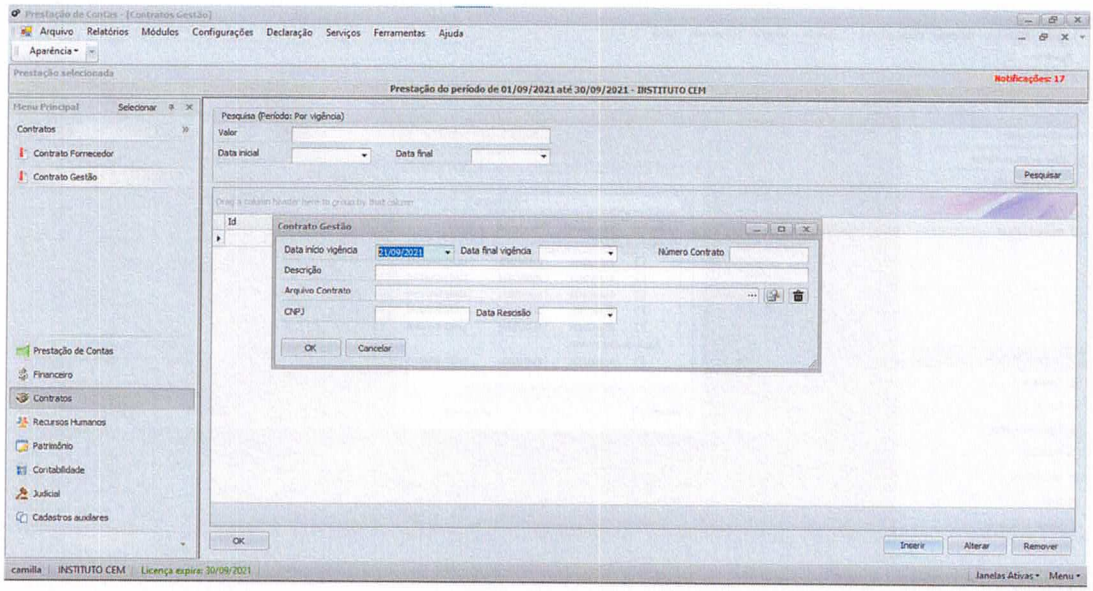
1º PASSO - CADASTRO CONTRATO GESTÃO

– Cadastro Contrato gestão: Clique em **Contratos → Contrato Gestão.**

Clique em **Inserir**, para inserir através de texto externo; para alterar os dados de um contrato já cadastrado, clique em **Alterar**; caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **OK.**

Após clicar em **Inserir** abrirá os seguintes campos:

- Data início da vigência - Data de início do Contrato de Gestão;
- Data final da vigência - Data do encerramento do Contrato de Gestão;
- Número do Contrato - Exemplo 065/SES/2020;
- Descrição do Contrato - Descrever o objeto do Contrato de gestão;
- Arquivo do Contrato - Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir. Lembrando que após selecionar os documentos, nem o caminho nem o nome do documento podem ser alterados.
- CNPJ - CNPJ da Unidade; e
- Data da Rescisão - (preencher somente após o término ou rescisão do Contrato de Gestão).



2º PASSO - CADASTRO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

– Cadastro da Prestação de Contas: Clique em Prestação de Contas → Informes das prestações. Na janela Prestações de contas para inserir via sistema um novo período de prestação clique em **Inserir**.

Para **Inserir:** Se houve certificado digital selecionado na configuração, uma tela de listagem será aberta para que o mesmo seja selecionado. Ao selecioná-lo e clicar em **OK**, os campos de Razão Social e CNPJ são preenchidos automaticamente. Caso não deseje que os campos citados sejam preenchidos basta clicar em **Fechar**.

Com a tela de Prestação de Contas aberta preencha o formulário de acordo com os dad da unidade onde os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- Razão Social – Razão social da unidade;
- Nome Fantasia – Nome fantasia da unidade;
- CNPJ – Número do CNPJ da unidade. Obs.: Deve ser o mesmo CNPJ do contrato de gestão com a secretaria (Filial);
- Insc. Estadual – Se houver preencher o Número da inscrição estadual da unidade;
- Insc. Municipal – Se houver preencher o Número da inscrição municipal da unidade;
- Data – Data do cadastro. Obs.: Não é necessário realizar alterações, o campo é preenchido automaticamente pelo Sistema;

- Arquivo – Não anexar nada na abertura (somente depois se precisar);
- CEP – CEP onde se localiza a unidade;
- UF – Estado onde se localiza a unidade. Obs.: Basta selecionar o estado, clique nos [...];
- Município – Cidade onde se localiza a unidade. Obs.: Basta selecionar a cidade, clique nos [...];
- Bairro – Bairro onde se localiza a unidade;
- Endereço – Endereço da unidade;
- Complemento – Complemento do endereço da unidade;
- E-mail – E-mail da unidade;
- Número End. – Número residencial da unidade;
- Tel 1 – Telefone da unidade (1ª opção);
- Tel 2 – Telefone da unidade (2ª opção);
- Isenta PIS – Unidade isenta do pagamento de PIS (Não mexer); e
- Retificadora – Só preencher no Caso em que a prestação seja uma retificadora de uma prestação já existente.

Na aba Outros Dados:

- Nr Contrato Gestão - Seleciona [...] para anexar um contrato de gestão já cadastrado no Sistema; • Início Exercício – Data do primeiro dia do mês da prestação de contas. Ex.: 01/02/2020;
- Fim Exercício – Data do último dia do mês da prestação de contas. Ex.: 29/02/2020;
- Início Contrato - Data do início do contrato de gestão com a unidade;
- Fim Contrato - Data do fim do contrato de gestão com a unidade;
- Valor Total Contrato – Valor total do contrato de gestão com a unidade (Dados de acordo com o contrato de gestão da unidade com a SES);
- Valor Mensal Contrato – Valor mensal do contrato de gestão com a unidade;
- Desc. Contrato – Descrição do contrato de gestão com a unidade;

- Responsável – Nome do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;
- Cargo – Cargo do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;
- CPF – CPF do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;
- Responsável 2° - Nome do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade;
- CRC – CRC do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade; e
- CPF – CPF do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade.

Na aba Repasses:

- Desconto Folha – Desconto na folha de pagamento (NÃO PREENCHER);
- Desc. Contratos – Desconto nos contratos obtidos (NÃO PREENCHER);
- Desconto Outros – Outros tipos de descontos (NÃO PREENCHER);
- Data – Data do recebimento do repasse;
- Operação – Número da operação bancária;
- Tarifa Bancária – Valor da tarifa bancária (NÃO PREENCHER);
- Valor Repasse – Valor do repasse recebido;
- Classificação do Repasses – Classificação do repasse recebido:

1. Nenhuma, 2. Fixo + Variável, 3. Odontologia, 4. Investimento, 5. Ensino e Pesquisa, 6. Programas Especiais, 7. Plano de Investimento Autorizado.

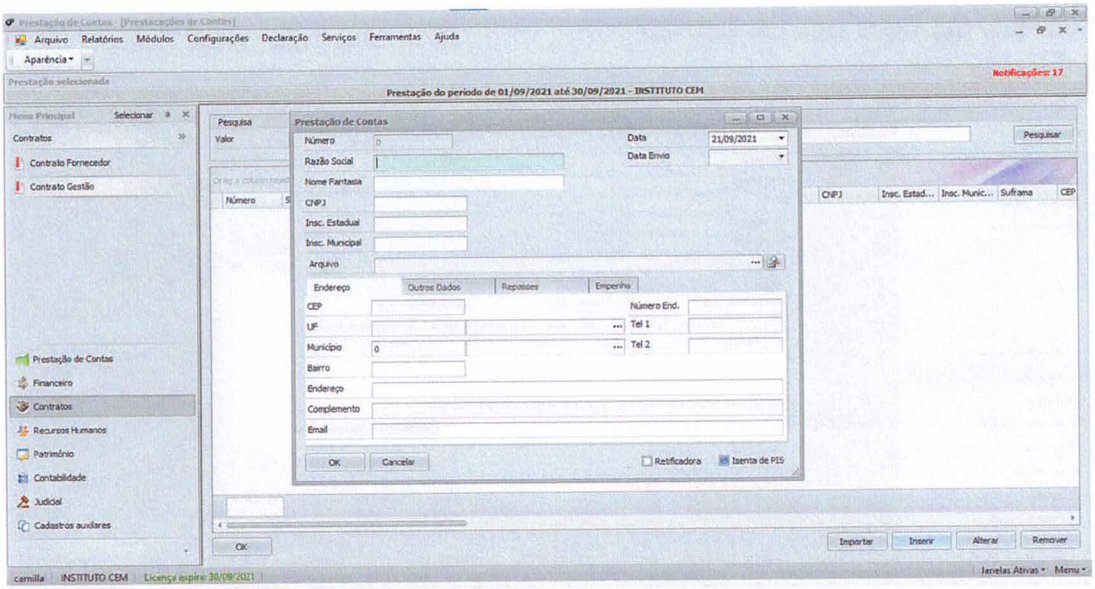
(OBS.: REPASSE MENSAL ESCOLHER O NÚMERO 2. FIXO + VARIÁVEL, OS OUTROS REPASSES ESCOLHER DE ACORDO COM O DESCRIMINADO NO EMPENHO); e

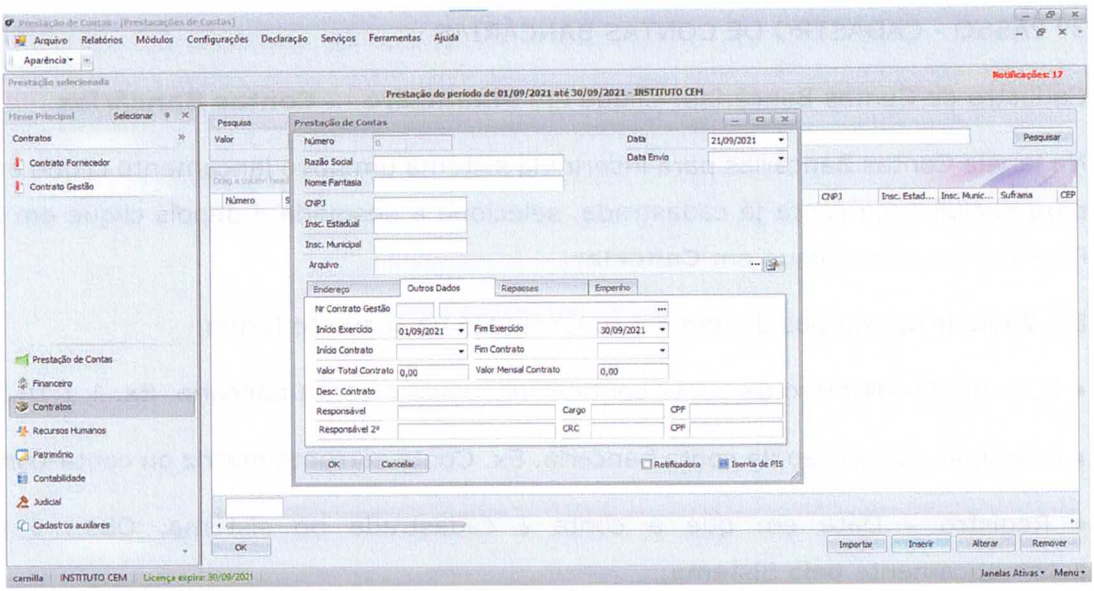
- Responsável pelo Registro – Obs.: É preenchido pelo próprio Sistema.

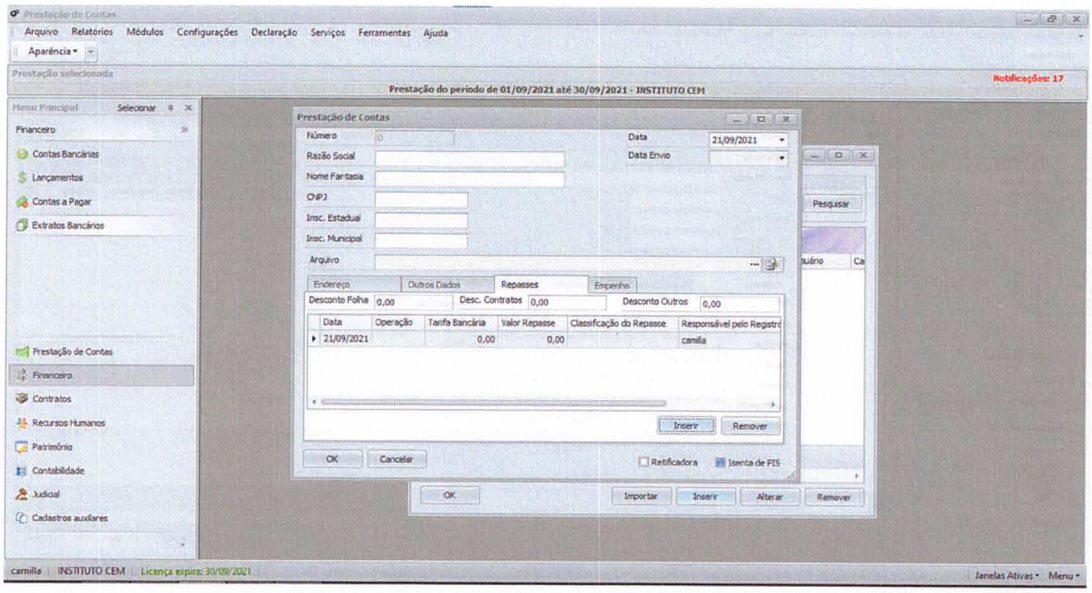
Na aba Empenhos:

(NÃO PREENCHER).

Observação final: para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar,** para alterar os dados de uma prestação já cadastrada, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para salvar os dados clique em OK.


Prestação de Contas - [Prestacações de Contas]
Arquivo Relatórios Módulos Configurações Declaração Serviços Ferramentas Ajuda
Aparência
Notificações: 17
Prestação do período de 01/09/2021 até 30/09/2021 - INSTITUTO CEM
Menu Principal
Contratos
Contrato Fornecedor
Contrato Gestão
Prestação de Contas
Financeiro
Contratos
Recursos Humanos
Patrimônio
Contabilidade
Judicial
Cadastros auxiliares
Pesquisa
Valor
Pesquisar
Prestação de Contas
Número
Razão Social
Nome Fantasia
CNPJ
Insc. Estadual
Insc. Municipal
Arquivo
Data
21/09/2021
Data Envio
Endereço
Outros Dados
Repasses
Empenho
CEP
UF
Município
Bairro
Endereço
Complemento
Email
Número End.
Tel 1
Tel 2
OK
Cancelar
Retificadora
Isenta de PIS
CNPJ
Insc. Estad...
Insc. Munic...
Suframa
CEP
Importar
Inserir
Alterar
Remover
camilla
INSTITUTO CEM
Janelas Ativas
Menu


Prestação de Contas - [Prestacações de Contas]
Arquivo Relatórios Módulos Configurações Declaração Serviços Ferramentas Ajuda
Aparência
Notificações: 17
Prestação do período de 01/09/2021 até 30/09/2021 - INSTITUTO CEM
Menu Principal
Contratos
Contrato Fornecedor
Contrato Gestão
Prestação de Contas
Financeiro
Contratos
Recursos Humanos
Patrimônio
Contabilidade
Judicial
Cadastros auxiliares
Pesquisa
Valor
Pesquisar
Prestação de Contas
Número
Razão Social
Nome Fantasia
CNPJ
Insc. Estadual
Insc. Municipal
Arquivo
Data
21/09/2021
Data Envio
Endereço
Outros Dados
Repasses
Empenho
Nr Contrato Gestão
Início Exercício
01/09/2021
Fim Exercício
30/09/2021
Início Contrato
Fim Contrato
Valor Total Contrato
0,00
Valor Mensal Contrato
0,00
Desc. Contrato
Responsável
Cargo
CPF
Responsável 2º
CRC
CPF
OK
Cancelar
Retificadora
Isenta de PIS
CNPJ
Insc. Estad...
Insc. Munic...
Suframa
CEP
Importar
Inserir
Alterar
Remover
camilla
INSTITUTO CEM
Janelas Ativas
Menu



3º PASSO - CADASTRO DE CONTAS BANCÁRIAS

Cadastro de Contas Bancárias: Clique em **Financeiro → Contas Bancárias**

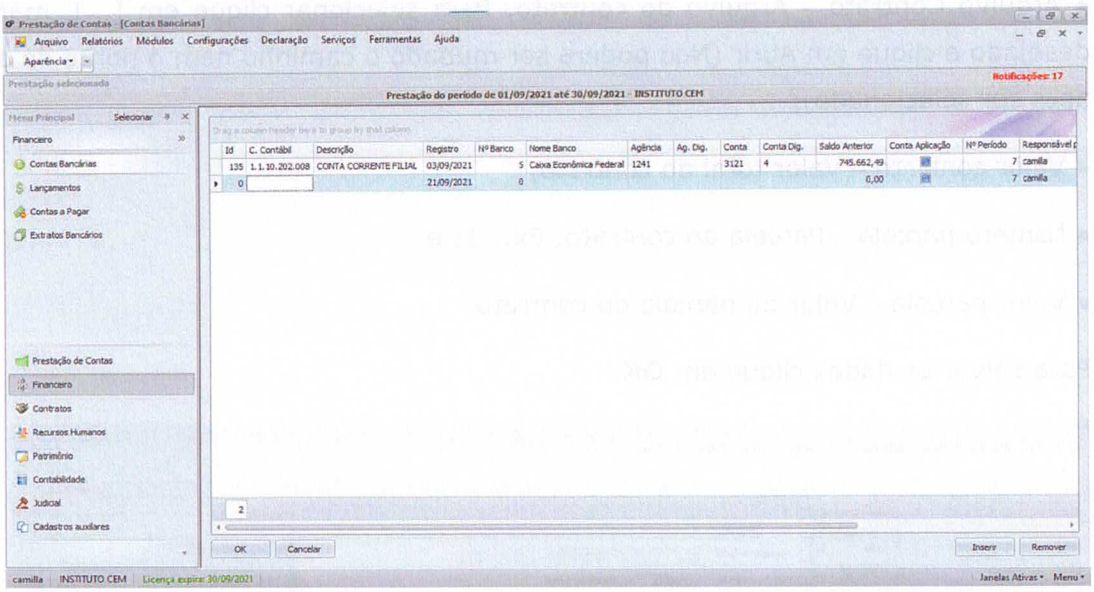
Na janela Contas Bancárias para inserir via sistema um novo lançamento clique em **Inserir**, para excluir uma conta já cadastrada, selecione a desejada e depois clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Em **Inserir** os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- C. Contábil – Número da conta contábil vinculada a conta bancária. Ex. 1.1.10.202.002;
- Descrição – Descrição da conta bancária. Ex. Conta corrente matriz ou conta-corrente filia
- Registro – Data em que a conta é cadastrada no sistema. Obs.: É preenchido automaticamente pelo Sistema;
- N° Banco – Selecione o banco na listagem, clicando no símbolo de (+) após clicar no campo;
- Nome Banco – É preenchido após a seleção do banco;
- Agência – Número da agência bancária;
- Ag. Dig. – Dígito da agência bancária;
- Conta – Número da conta bancária;

- Conta Dig. – Dígito da conta bancária;
- Saldo Anterior – Valor do último saldo da conta no mês anterior a prestação de contas; e
- Conta Aplicação – Marque caso a conta bancária seja exclusiva para aplicações financeiras.

Ao finalizar o preenchimento, clique em **OK** para salvar.



4º PASSO - CADASTRO DE CONTRATOS E ADITIVOS CONTRATUAIS

Cadastro de Contratos e Aditivos Contratuais: Clique em **Contratos → Contrato Fornecedor.**

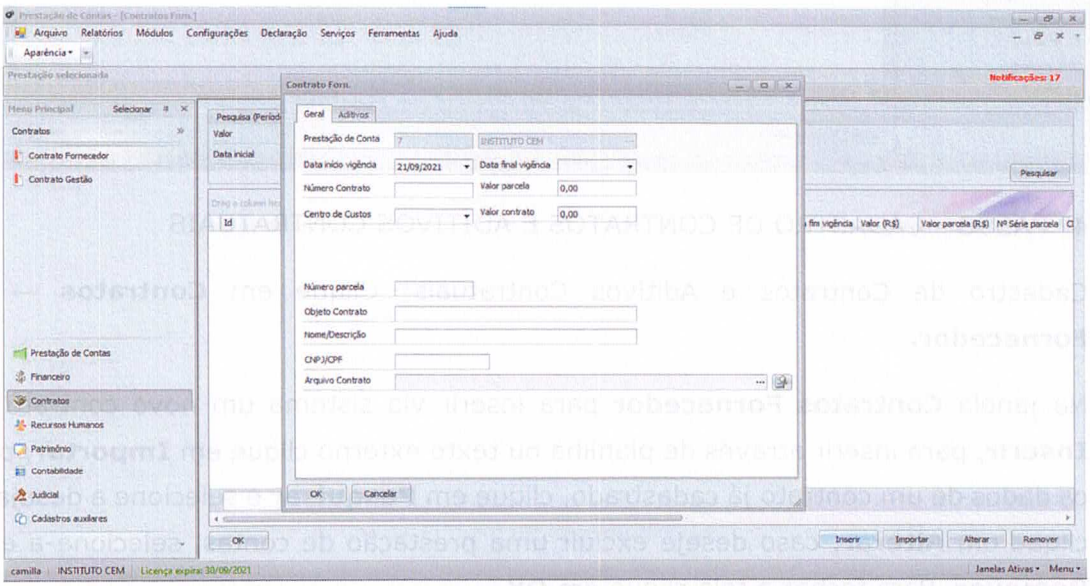
Na janela **Contratos Fornecedor** para inserir via sistema um novo contrato clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um contrato já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **OK.**

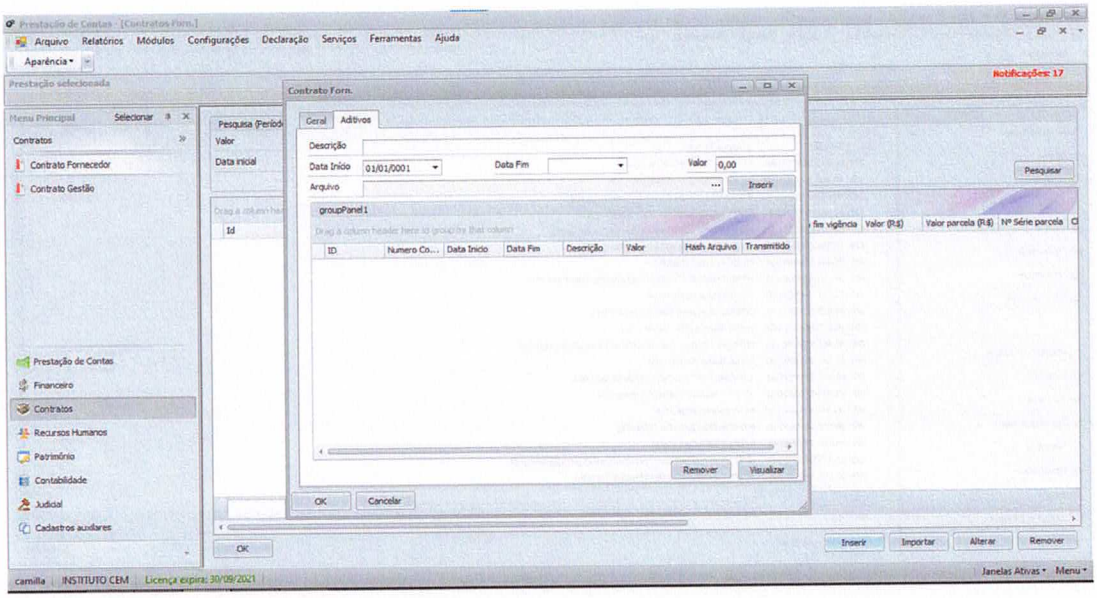
INSERIR: os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- Número Contrato – Número do contrato (Exemplo: Contrato n° 001/2021 -);
- Data início vigência – Data do início do contrato;
- Data final vigência – Data do fim do contrato;
- Objeto Contrato – Objeto contratado;

- Nome/Descrição – Nome da Empresa;
- CNPJ/CPF – CNPJ ou CPF do fornecedor contratado;
- Centro de Custos – Centro de custo do contrato. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Cadastros Auxiliares → Centro de Custo (não preencher);
- Arquivo Contrato – Arquivo do contrato. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir (Não poderá ser mudado o caminho nem o nome do documento após ser selecionado);
- Valor contrato – Valor total do contrato;
- Número parcela – Parcela do contrato. Ex.: 1; e
- Valor parcela – Valor da parcela do contrato.

Para salvar os dados clique em **OK**.





5º PASSO CADASTRO DE FORNECEDORES

Cadastro de Fornecedores Clique em Módulos → Cadastros Auxiliares → Fornecedores

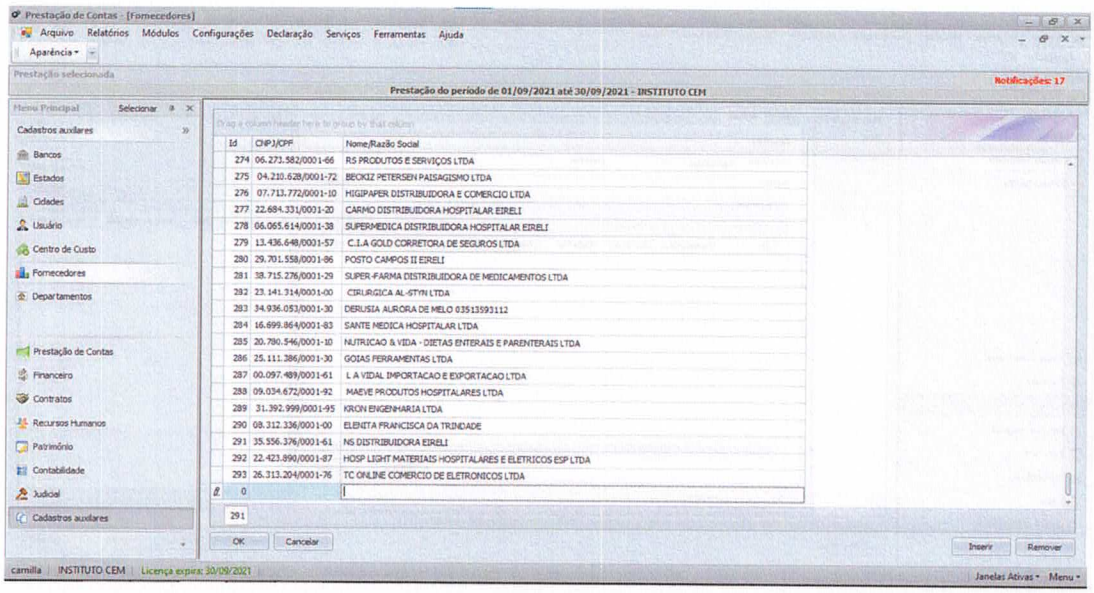
Na janela Fornecedores para inserir um novo fornecedor clique em **Inserir**, para alterar os dados de um fornecedor já cadastrado, selecione o desejado e altere o campo, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para salvar clique em **OK** e para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Clique em **Inserir** para cadastrar um novo fornecedor. Onde os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- CNPJ/CPF – CNPJ ou CPF do fornecedor.
- Nome/Razão Social – Nome ou Razão Social do fornecedor.

Para salvar os dados cadastrados clique em **Ok.**



6º PASSO CADASTRO DE LANÇAMENTOS FINANCEIROS

Cadastro de Lançamentos Financeiros Clique em **Financeiro → Lançamentos:**

Na janela Financeiros para inserir via sistema um novo lançamento clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir, selecione-o e clique em **Remover**.

– Se desejar visualizar a nota fiscal de um lançamento, selecione-o e clique em Visualizar NF. Para fechar a tela clique em OK

Inserir novo lançamento:

Na aba Geral:

- N° Operação – Número da operação bancária do lançamento financeiro;
- N° Documento – Número do lançamento financeiro;
- Valor – Valor pago;
- Conciliado – Informa se o lançamento foi ou não debitado no banco (NÃO PREENCHER);
- Competência - Mês do lançamento;
- Data do Pagamento – Data do pagamento/recebimento;

• Centro de Custos – Centro de custo do lançamento. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Cadastros Auxiliares → Centro de Custo (NÃO PREENCHER);

• Tipo Operação – Tipos de operação financeiras mais utilizadas pelo Instituto CEM:

1. Repasse (VERBAS DA SES PARA O INSTITUTO);

3. Resgate Aplicações (usado somente na contra aplicação, quando for DÉBITO, transferência da aplicação para a conta-corrente);

6. Pagto. Folha Pagto (usado para lançar o pagamento dos colaboradores);

7. Pagto. Títulos Concessionarias (Água, luz, Telefone);

8. Pagto. Fornecedores (usado para lançar o pagamento de todos fornecedores serviço ou material 9. Pagto. Tributos, Taxas e Contribuições (usado para lancer taxas bancárias e impostos, exceto os da folha de pagamento);

11. Transferências Conta Aplicação (utilizados para lançamentos da conta-corrente a DÉBITO, transferência da conta-corrente para aplicação);

12. Aplicações Financeiras (Utilizado para lançamentos da conta Aplicação a CRÉDITO, transferência da conta-corrente para aplicação);

13. Impostos C/A (Utilizado para lançamentos de impostos diversos na conta aplicação a DÉBITO);

14. Resgate Aplicações (utilizado na conta-corrente a CRÉDITO, transferência da conta aplicação para conta-corrente);

23. Reembolso de Rateios (rateios de despesas entre as unidades a DÉBITO – 3%);

26. Rescisões Trabalhistas;

32. Aluguel;

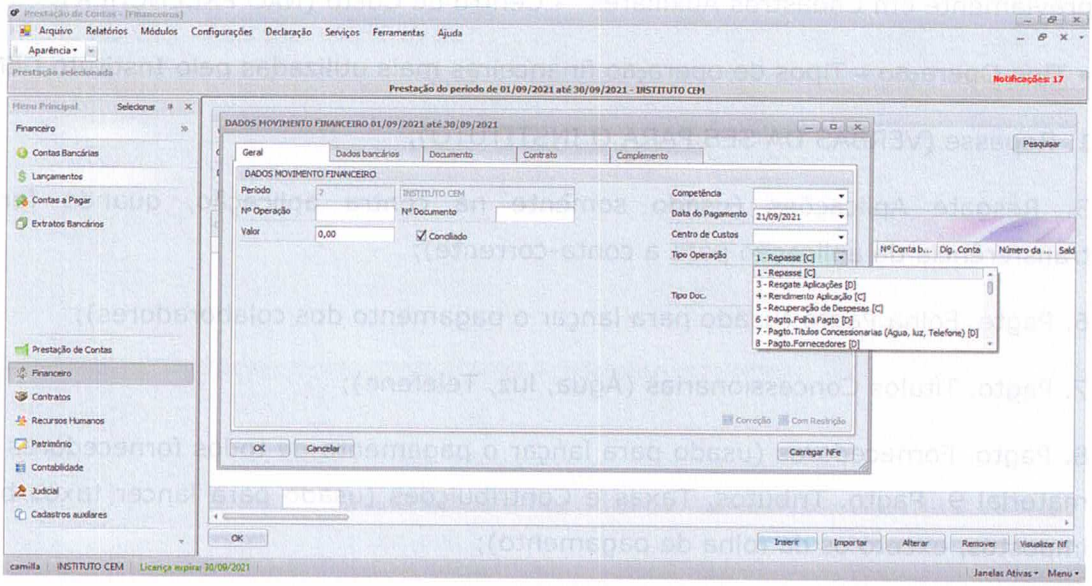
36. Encargos sobre Folha Pagamento (impostos sobre a folha IRRF, PIS, FGTS e INSS);

37. Reembolso de Despesas [Débito] (Estornos ou movimentação de verbas entres as unidades);

40. Reembolso de Despesas [Crédito] (Estornos ou movimentação de verbas entres as unidades);

46. Encargos sobre rescisão Trabalhista. (despesas com encargos na rescisão);

47. Reembolso de Rateios. (rateios de despesas entre as unidades a CRÉDITO – 3%);



• Tipo Doc. – Tipo de documento no qual foi realizado o lançamento:

1. CHEQUE
2. DEPÓSITO
3. TED
4. DOC
5. OUTROS
6. DINHEIRO
7. BOLETO
8. TEVS
9. DUA
10. DUAM
11. DARE
12. DARF
13. TARIFAS BANCÁRIAS

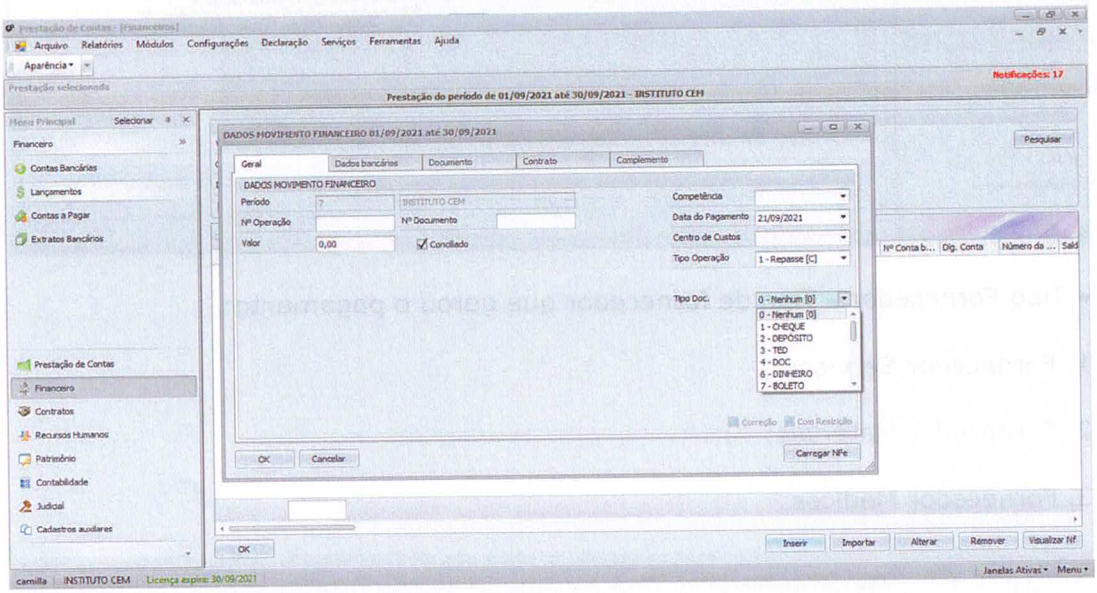
14. IPTU

15. IPVA

16. FATURA

17. GPS

18. FGTS



OBS.: CASO O "TIPO OPERAÇÃO" FOR "8-Pagto.Fornecedores ", OS SEGUINTES CAMPOS PODEM SER VISUALIZADOS E DEVEM SER PREENCHIDOS:

- Classificação Pagto – Classificação do pagamento a fornecedor;

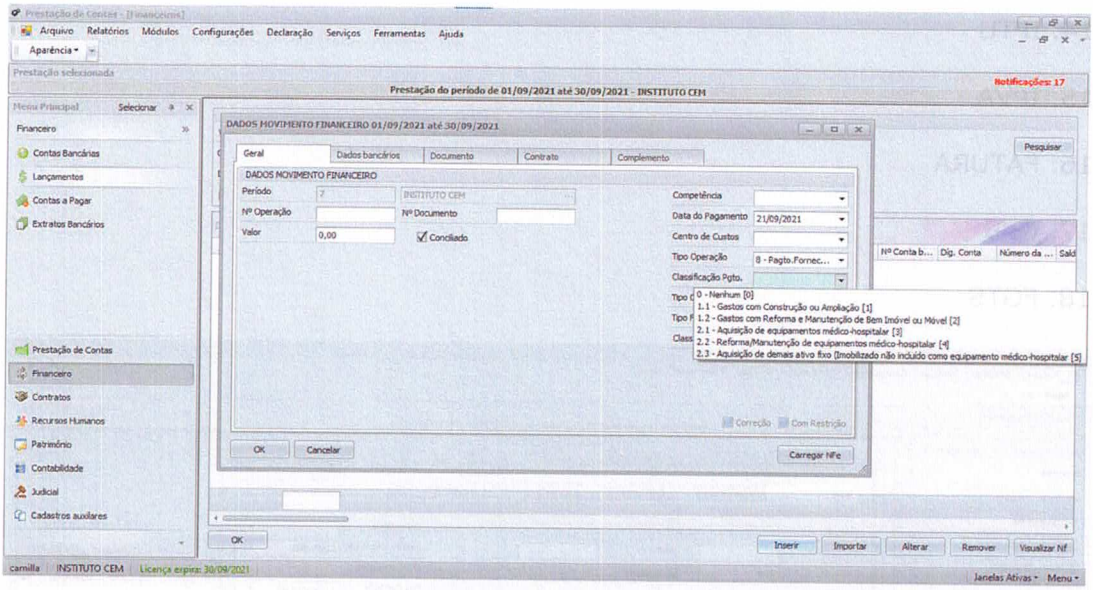
1. Gastos com Construção ou Ampliação;

2. Gastos com Reforma Bem Imóvel;

3. Aquisição de equipamentos médico-hospitalar;

4. Reforma/Manutenção de equipamentos médico-hospitalar;

5. Aquisição de demais ativos fixos (Imobilizado não incluído como equipamento médico-hospitalar);

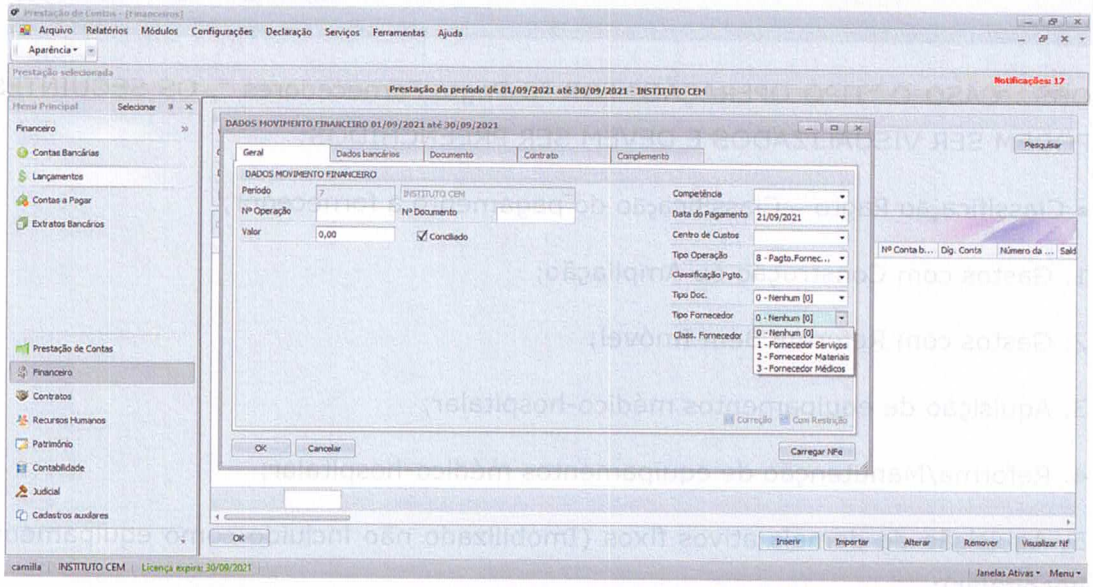


- Tipo Fornecedor – Tipo de fornecedor que gerou o pagamento:

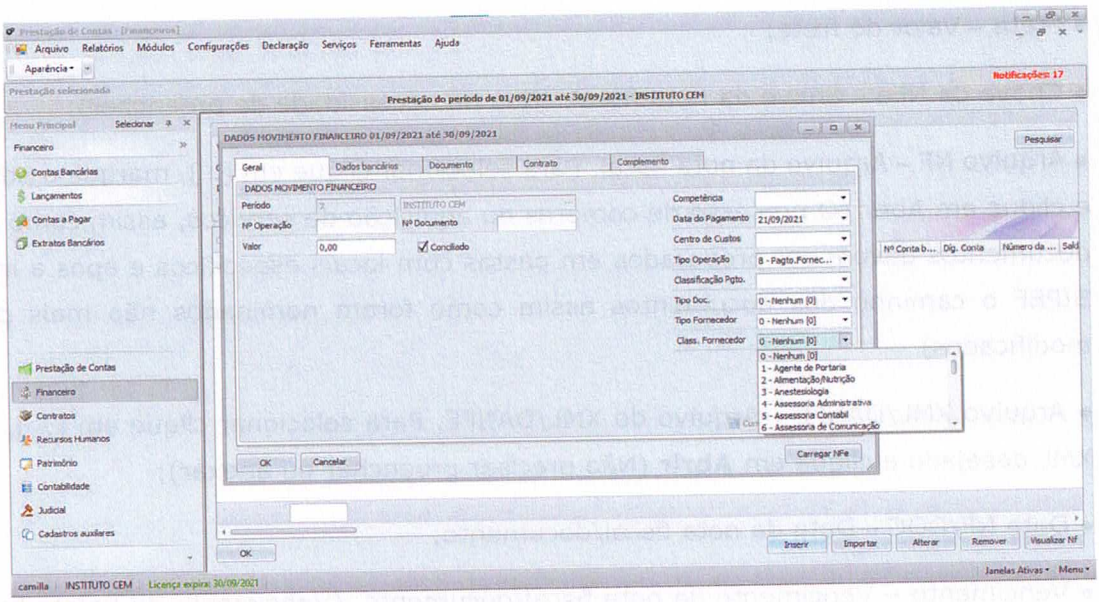
1. Fornecedor Serviços;

2. Fornecedor Materiais;

3. Fornecedor Médicos;



- Classificação fornecedor – selecionar o número que mais se enquadra com o lançamento.



Na aba Dados bancários:

Defina a conta bancária na qual ocorreu a movimentação financeira clicando em [..], selecione a conta desejada (conta corrente ou aplicação) e clique em Selecionar.

Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Financeiro → Contas bancárias. Os demais dados serão preenchidos automaticamente.

Na aba Documento:

- NF/DOC – Número da nota fiscal/documento;
- N° Série – Número de série da nota fiscal. (Se for de serviço e não tiver série escrever "eletrônica");
- Participante – Nome do favorecido (quem recebeu o pagamento). Este pode ser selecionado em [...] se cadastrado previamente em **Cadastros auxiliares → Fornecedores**;
- CPF/CNPJ – CPF/CNPJ do favorecido (quem recebeu o pagamento);
- Valor Doc. – Valor do documento. (nem sempre o valor do documento e igual ao do pagamento);
- Juros/Multa – Valor pago em juros ou multa;
- Desconto – Valor de desconto;

• Frete – Valor do frete;

• Chave da NFe – Chave da nota fiscal. (Não há necessidade de preencher);

• Arquivo NF – Arquivo da nota fiscal. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir (O processo de compras ou aquisição de serviços, assim como os demais documentos devem ser preparados em pastas com locais específicos e apos a inserção no SIPEF o caminho dos documentos assim como foram nominados não mais podem ser modificados)

• Arquivo XML/DANFE - Arquivo do XML/DANFE. Para selecionar clique em [...], marque o XML desejado e clique em **Abrir** (Não precisar preencher ou anexar);

• Data NF/DOC – Data da nota fiscal/documento;

• Vencimento – Vencimento da nota fiscal/documento. (Vencimento do Boleto bancário ou conforme contrato;

• CSRF – Valor das contribuições sociais retidas na fonte;

• INSS/ICMS – Valor do INSS/ICMS (Se tiver discriminado na nota);

• ICMS ST – Valor do ICMS ST (Se tiver discriminado na nota);

• IPI – Valor do IPI (Se tiver discriminado na nota);

• ISS – Valor do ISS (Se tiver discriminado na nota);

• IR – Valor do IR (Se tiver discriminado na nota);

• PIS – Valor do PIS (Se tiver discriminado na nota);

• CONFINS – Valor do CONFINS (Se tiver discriminado na nota);

• CSLL – Valor do CSLL (Se tiver discriminado na nota);

Na aba Contrato:

Obs.: CASO O "TIPO OPERAÇÃO" FOR "8-Pagto.Fornecedores ", "32-Aluguel" ou "7-Pagto.Titulos Concessionária" OS CAMPOS DESTA ABA PODEM SER PREENCHIDOS.

• Descrição – Defina o contrato do qual o pagamento for proveniente clicando em [..], selecione-o e clique em Selecionar. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em **Contratos → Contrato Fornecedor**;

- Contrato N° – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Arquivo Contratos – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- CNPJ/CPF – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Início vigência – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Final vigência – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Valor total – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Valor mensal – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Série parcela – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Arquivo Certidão – Certidão negativa de débitos do fornecedor contratado. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir; e
- Não possui contrato – Deve ser marcado para o caso de não haver contrato. Obs.: Obrigatório para as operações supracitadas.

Na aba Complemento:

- Histórico – Histórico do pagamento/recebimento
- Observação da Nota Fiscal – Qualquer observação desejada sobre o pagamento/recebimento. No botão Carregar NFe é possível selecionar o XML da nota, esse por sua vez irá preencher os campos supracitados que estiverem disponíveis.

Ao finalizar o preenchimento, clique em **OK** para salvar.

7º PASSO - CADASTRO DE EXTRATOS BANCÁRIOS

Clique em **Financeiro → Extratos Bancários,** na janela Extratos Bancários para inserir um novo extrato clique em **Inserir**, para alterar os dados de um extrato já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir, selecione-o e clique em **Remover**. Para visualizar o arquivo selecionado, clique em **Visualizar Arq**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastrar um novo extrato bancário, clique em **Inserir**, os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

• Descrição – Deve ser informada a descrição do arquivo, Exemplo "Conta corrente Matriz";

• Arquivo – Arquivo do extrato bancário. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir;

• Conta Bancária – Defina de qual conta bancária é o extrato clicando em [..], selecione a conta desejada e clique em Selecionar. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Financeiro → Contas bancárias; e

• Data – Data de emissão do extrato bancário.

Para salvar os dados clique em **OK**.

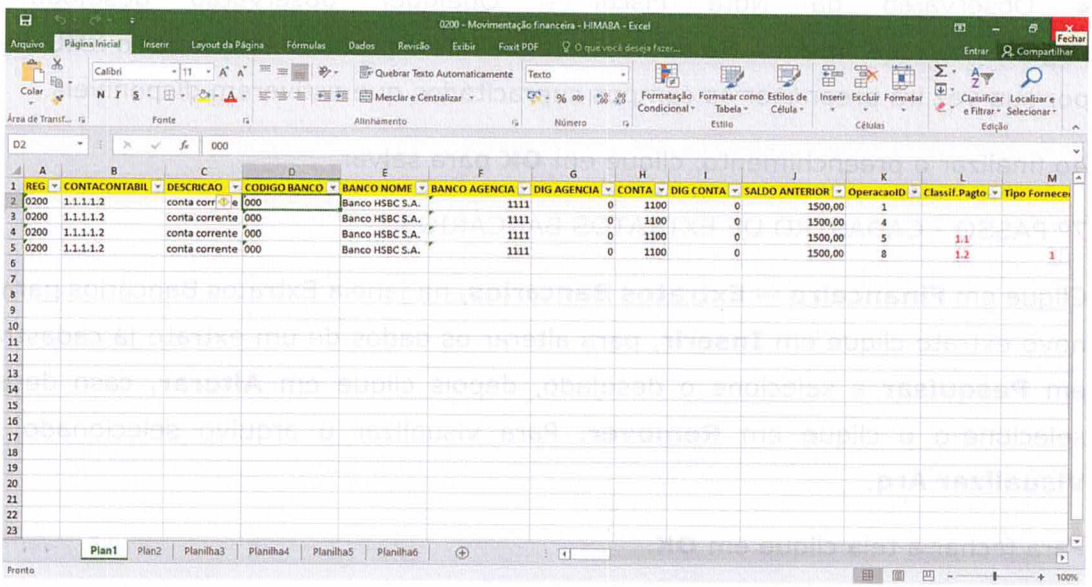
OBS.: O Extrato Bancário mensal deve ser inserido após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

8º PASSO - PLANILHAS

As **planilhas** servem para importação de dados para o Sistema SIPEF, as mais utilizadas pelo Instituto CEM são:

MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA:

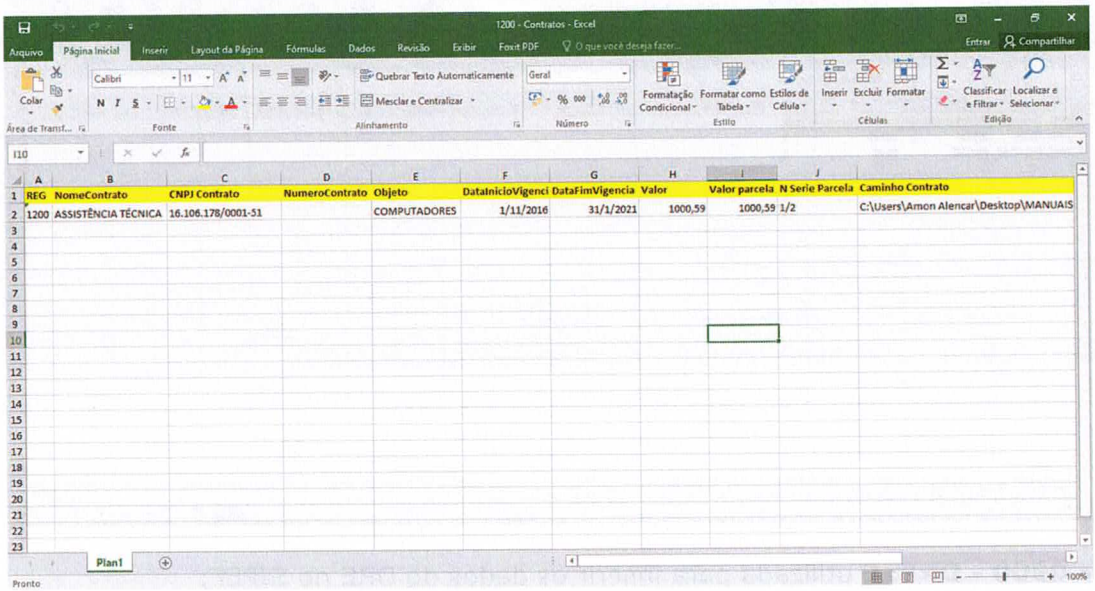
• **0200 - Movimentação financeira**: É utilizada para realização dos lançamentos financeiros D+1.



REG	CONTACONTABIL	DESCRICAO	CODIGO BANCO	BANCO NOME	BANCO AGENCIA	DIG AGENCIA	CONTA	DIG CONTA	SALDO ANTERIOR	OperacaoID	Classif.Pagto	Tipo Fornece
0200	1.1.1.1.2	conta corr	000	Banco HSBC S.A.	1111	0	1100	0	1500,00	1		
0200	1.1.1.1.2	conta corrente	000	Banco HSBC S.A.	1111	0	1100	0	1500,00	4		
0200	1.1.1.1.2	conta corrente	000	Banco HSBC S.A.	1111	0	1100	0	1500,00	5	1.1	
0200	1.1.1.1.2	conta corrente	000	Banco HSBC S.A.	1111	0	1100	0	1500,00	8	1.2	1

CONTRATOS:

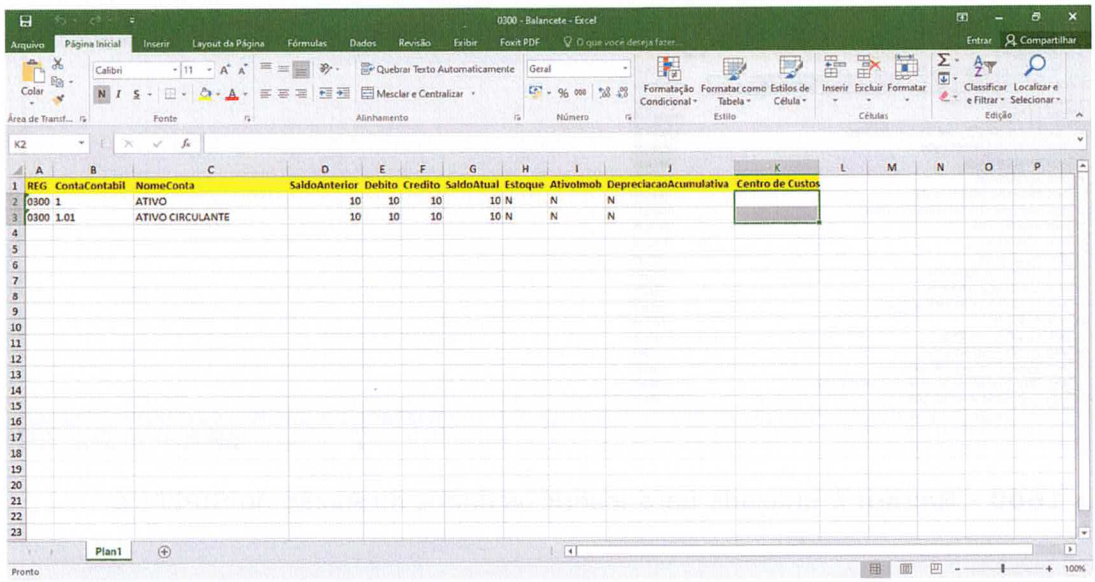
- **1200 - Contratos**: É utilizada para inserir os contratos com fornecedores no Sistema;



REG	NomeContrato	CNPJ Contrato	NumeroContrato	Objeto	DataInicioVigenci	DataFimVigencia	Valor	Valor parcela	N Serie Parcela	Caminho Contrato
1200	ASSISTÊNCIA TÉCNICA	16.106.178/0001-51		COMPUTADORES	1/11/2016	31/1/2021	1000,59	1000,59	1/2	C:\Users\Amon Alencar\Desktop\MANUAIS

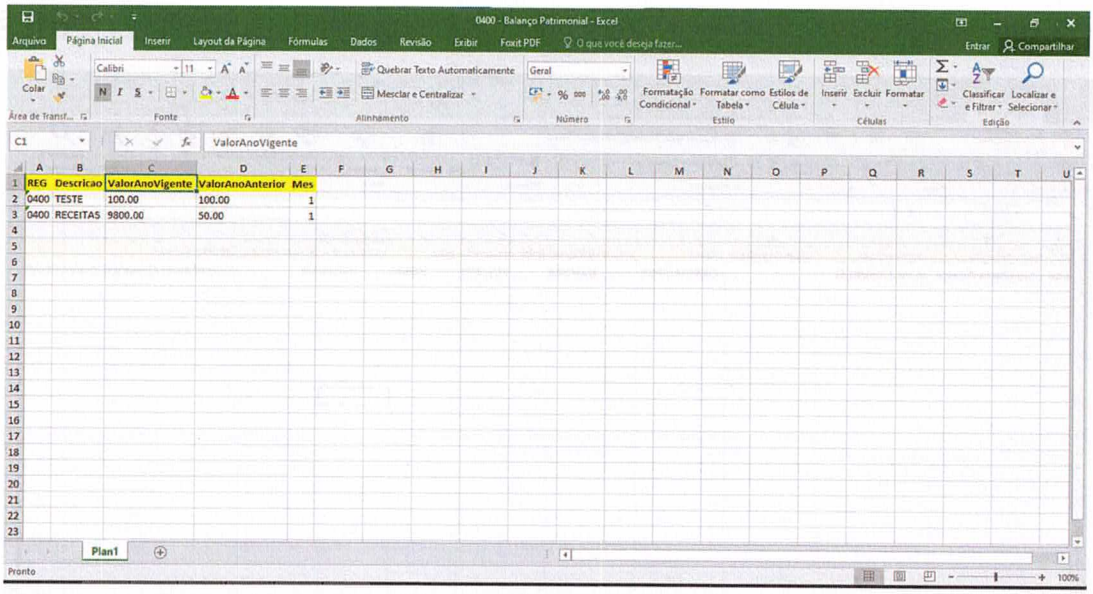
DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS:

- **0300 – Balancete**: É utilizada para inserir os dados do Balancete no SIPEF;



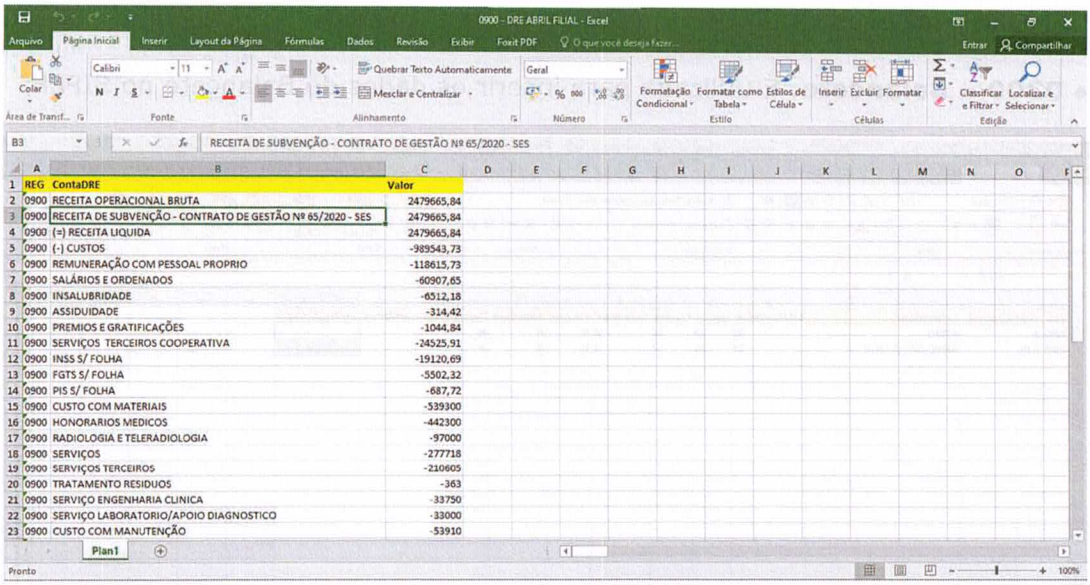
REG	ContaContabil	NomeConta	SaldoAnterior	Debito	Credito	SaldoAtual	Estoque	AtivoImob	DepreciacaoAcumulativa	Centro de Custos
0300	1	ATIVO	10	10	10	10	N	N	N	
0300	1.01	ATIVO CIRCULANTE	10	10	10	10	N	N	N	

- **0400 - Balanço Patrimonial:** É utilizada para inserir os dados do Balanço Patrimonial no SIPEF;



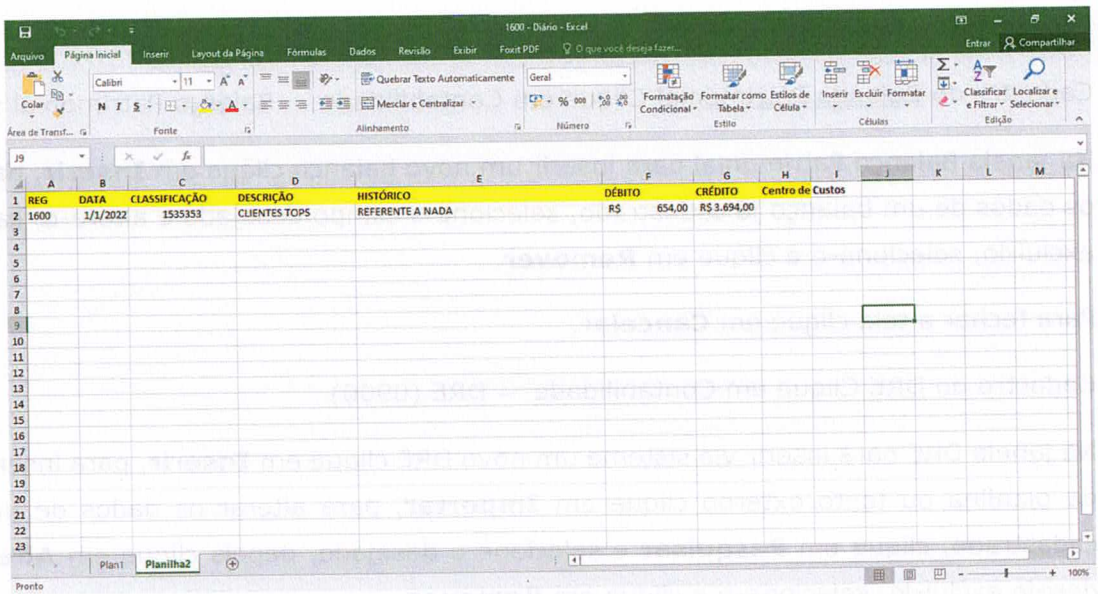
REG	Descricao	ValorAnoVigente	ValorAnoAnterior	Mes
0400	TESTE	100.00	100.00	1
0400	RECEITAS	9800.00	50.00	1

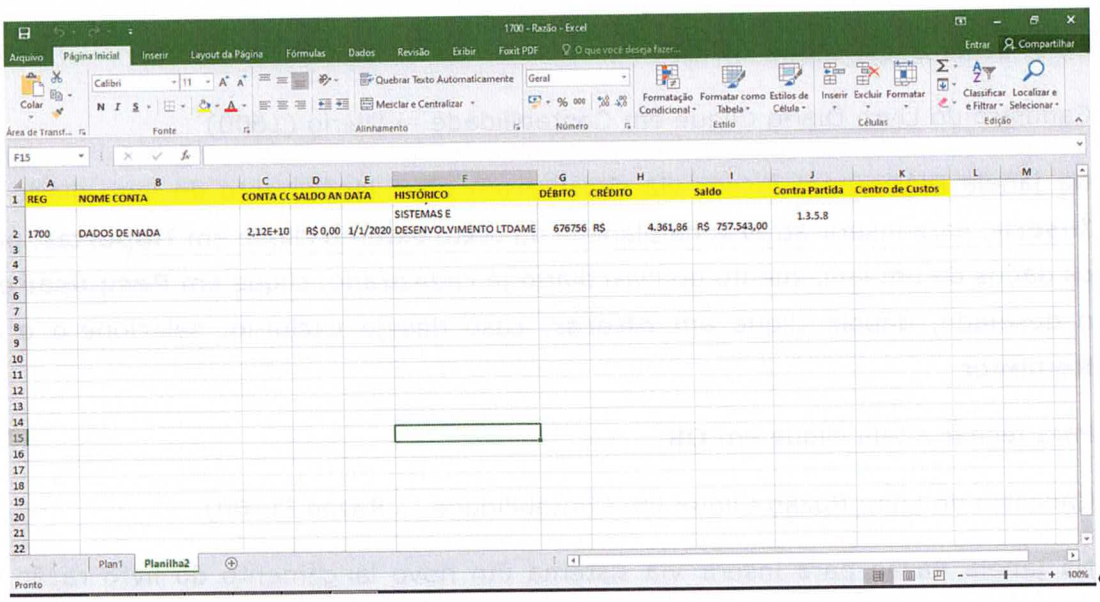
- **0900 - DRE:** É utilizada para inserir os dados do DRE no SIPEF;



REG	ContaDRE	Valor
0900	RECEITA OPERACIONAL BRUTA	2479665,84
0900	RECEITA DE SUBVENÇÃO - CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020 - SES	2479665,84
0900	(=) RECEITA LIQUIDA	2479665,84
0900	(-) CUSTOS	-989543,73
0900	REMUNERAÇÃO COM PESSOAL PROPRIO	-118615,73
0900	SALÁRIOS E ORDENADOS	-60907,65
0900	INSALUBRIDADE	-6512,18
0900	ASSIDUIDADE	-314,42
0900	PREMIOS E GRATIFICAÇÕES	-1044,84
0900	SERVIÇOS TERCEIROS COOPERATIVA	-24525,91
0900	INSS S/ FOLHA	-19120,69
0900	FGTS S/ FOLHA	-5502,32
0900	PIS S/ FOLHA	-687,72
0900	CUSTO COM MATERIAIS	-539300
0900	HONORARIOS MEDICOS	-442300
0900	RADIOLOGIA E TELERADIOLOGIA	-97000
0900	SERVIÇOS	-277718
0900	SERVIÇOS TERCEIROS	-210605
0900	TRATAMENTO RESIDUOS	-363
0900	SERVIÇO ENGENHARIA CLINICA	-33750
0900	SERVIÇO LABORATORIO/APOIO DIAGNOSTICO	-33000
0900	CUSTO COM MANUTENÇÃO	-53910

- **1600 - Razão:** É utilizada para inserir os dados do Razão no SIPEF; e





- **1700 - Diário:** É utilizada para inserir os dados do Diário SIPEF;

OBS.: OS DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS devem ser inseridos após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

Cadastro do Balancete Clique em Contabilidade → Balancete (0300)

Na janela Balancete para inserir via sistema um novo balancete clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um balancete já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Balanço Patrimonial Clique em Contabilidade → Balanço Patrimonial (0400)

Na janela Balanço Patrimonial para inserir um novo balanço clique em **Inserir**, para alterar os dados de um balanço já cadastrado, selecione o campo desejado e altere-o, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Cadastro do DRE Clique em Contabilidade → DRE (0900)

Na janela DRE para inserir via sistema um novo DRE clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um DRE já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Livro Diário Clique em Contabilidade → Diário (1600)

Na janela Diário para inserir via sistema um novo lançamento do livro diário clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento do livro diário já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Livro Razão Clique em Contabilidade → Razão (1700)

Na janela Razão para inserir via sistema um novo lançamento do livro razão clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento do livro razão já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

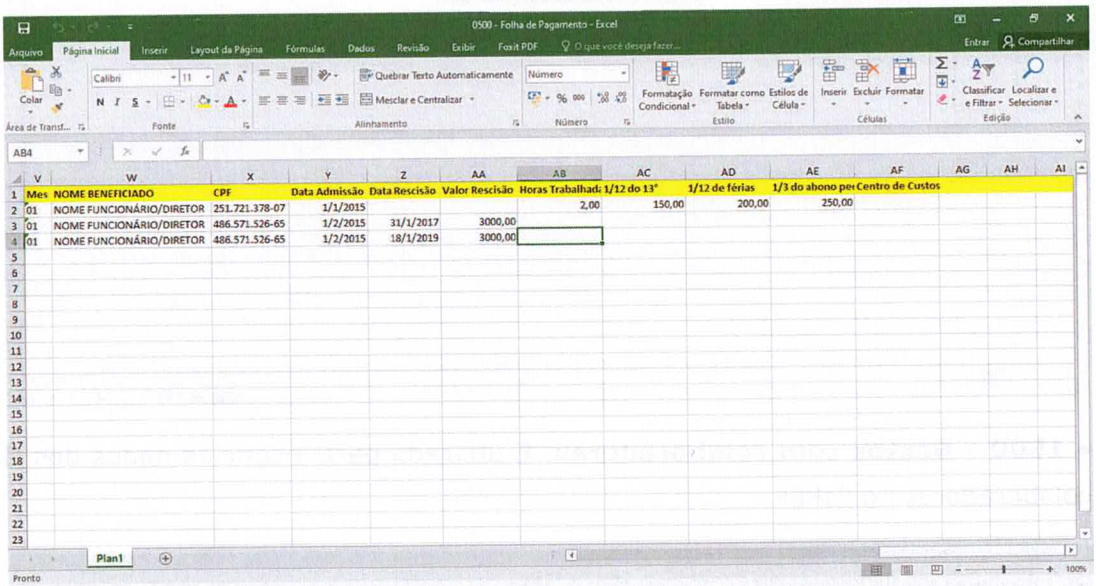
Para fechar a tela clique em **OK**.

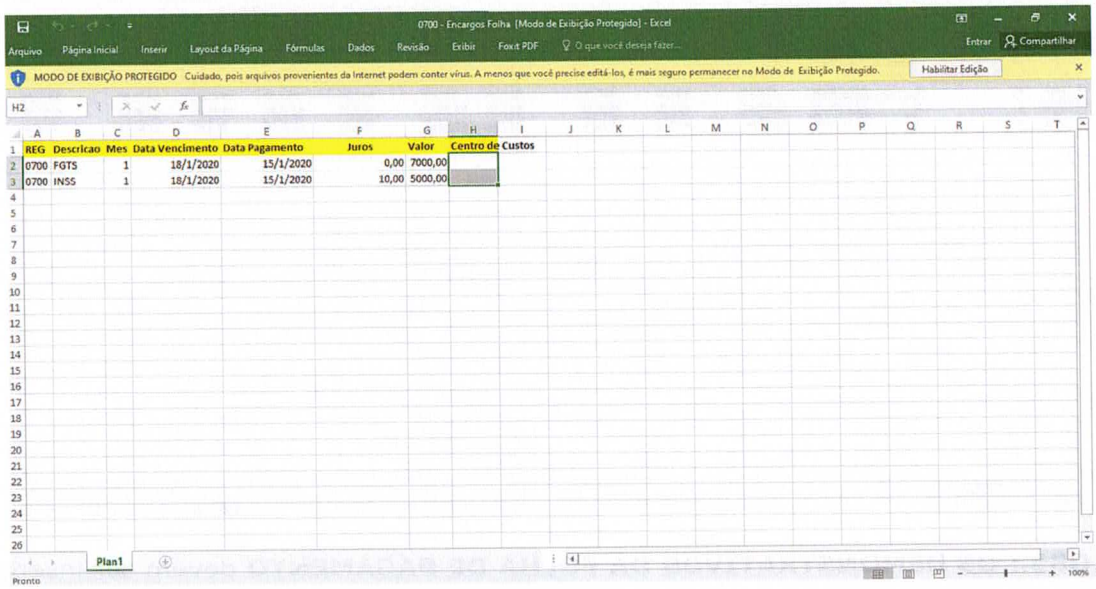
OBS.: os demonstrativos contáveis são recebidos da contabilidade em uma planilha excel com a formatação diferente da formatação das planilhas dos SIPEF, em consequência o

operador deverá transportar os dados da planilha da contabilidade para a planilha do SIPEF, conforme formatação exigida pelo Sistema constante no **ANEXO II.**

DEMONSTRATIVOS FOLHA DE PAGAMENTO:

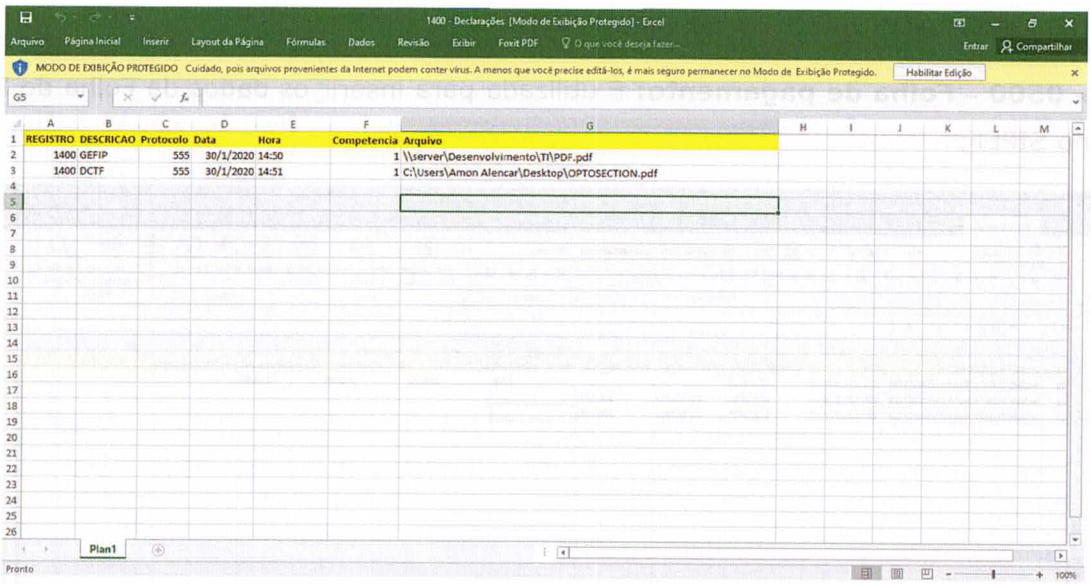
- **0500 – Folha de pagamento:** É utilizada para inserir os dados da Folha de Pagamento no SIPEF;



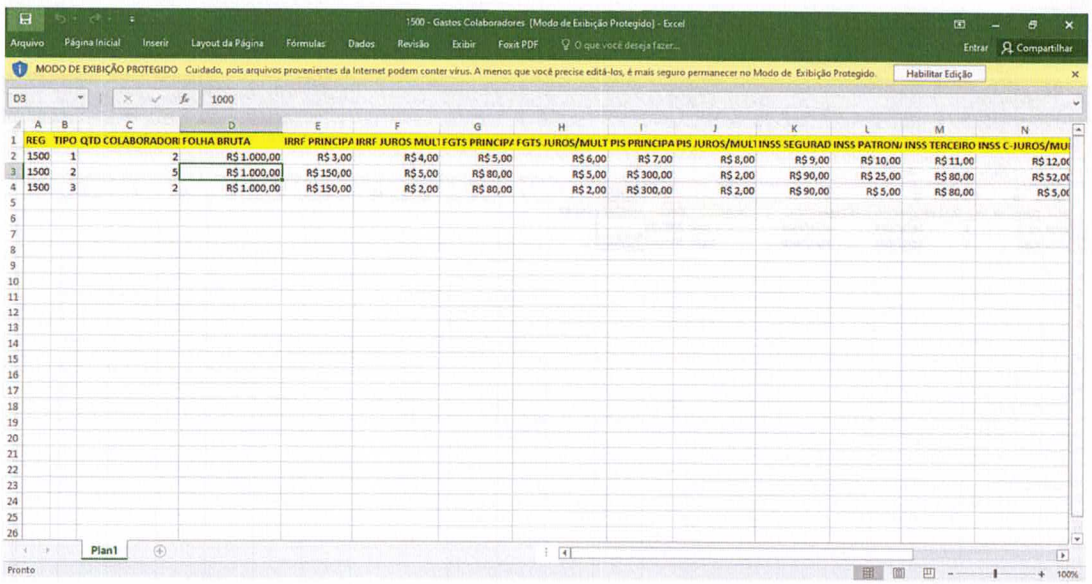


- **0700 – Encargos:** É utilizada para inserir os dados dos Encargos da folha no SIPEF.

- **1400 – Declarações GFIPE:** É utilizada para inserir os dados da Declarações GFIPE no SIPEF; e



- **1500 – Gastos com colaboradores:** É utilizada para inserir os dados dos Gastos com colaboradores no SIPEF.



OBS.: OS DEMONSTRATIVOS DA FOLHA DE PAGAMENTO devem ser inseridos após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

Cadastro de Folha de Pagamento Clique em Recursos Humanos → Folha Pagamento (0500)

Na janela Folha de Pagamento para inserir via sistema uma nova folha clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de uma folha já cadastrada, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-la, selecione-a e clique em **Remover**.

Cadastro de Encargos sobre Folha Clique em Recursos Humanos → Encargos Folha (0700)

Na janela Encargos Folha Pagamentos para inserir um novo encargo clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar,** para alterar os dados de um encargo já cadastrado, clique sobre o campo e altere-o, caso deseje excluí-lo selecione-o e clique em **Remover**.

Cadastro de Arquivos da Folha Clique em Recursos Humanos → Declarações GFIPE (1400)

Na janela Arquivos para inserir um novo arquivo clique em **Inserir**, para alterar os dados de um arquivo já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

No momento de inserir os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- Descrição – Descrição/Nome do arquivo.
- Arquivo – Arquivo que deseja enviar. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir.

Cadastro de Gastos c/ colaborador Clique em Recursos Humanos → Gastos c/ colaborador (1500)

Na janela Gasto com colaborador para inserir via sistema um novo gasto clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um gasto já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-la, selecione-a e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

OBS.: os demonstrativos da folha são recebidos da contabilidade em uma planilha excel com a formatação diferente da formatação das planilhas dos SIPEF, em consequência o operador deverá transportar os dados da planilha da contabilidade para a planilha do SIPEF, conforme formatação exigida pelo Sistema SIPEF, constante no **ANEXO II.**

9º PASSO RELATÓRIOS

Feitos os lançamentos, seja por inserção manual ou por importação modular, pode-se verificar os dados incluídos através dos relatórios. Para acesso aos relatórios na tela principal do SIPEF acesse o menu Relatórios: Os relatórios ficam agrupados de acordo com o módulo pelo qual é correspondente. Selecione o relatório que deseja verificar e aguarde a abertura do mesmo. Sendo os mais utilizados pelo Instituto Cem:

- Pagamento Efetuado – II

Clique em Relatórios → Financeiro → Pagamento Efetuado – II

Este relatório pode ser impresso com todos os dados da prestação de contas ou por período (desde que esteja dentro da vigência da prestação de contas selecionada). Para listar os dados de toda a prestação de contas, na tela Seleção basta manter selecionado o Por – Prestação e clicar em **OK**. Para listar os dados por período, selecione Por – Período e preencha a data de início e fim da seleção desejada.

- Resumo da Movimentação Financeira – III

Clique em Relatórios → Financeiro → Resumo da Movimentação Financeira – III

Este relatório pode ser impresso com todos os dados da prestação de contas ou por período (desde que esteja dentro da vigência da prestação de contas selecionada). Para listar os dados de toda a prestação de contas, na tela Seleção basta manter selecionado o Por – Prestação e clicar em **OK**. Para listar os dados por período, selecione Por – Período e preencha a data de início e fim da seleção desejada.

- Relatório Fluxo de caixa - XXIX

Clique em Relatórios → Financeiro → Fluxo de caixa - XXIX

Abrirá automaticamente.

- Relatório Folha de Pagamento Pessoal - X

Clique em Relatórios → Recursos Humanos → Folha de Pagamento de Pessoal - X

Abrirá automaticamente.

- Relatório Balancetes Analíticos - XVI

Clique em Relatórios → Contabilidade → Balancetes Analíticos - XVI

Abrirá automaticamente.

- Relatório Balanço Patrimonial – XVIII

Clique em Relatórios → Contabilidade → Balanço Patrimonial – XVIII

Abrirá automaticamente.

- Relatório DRE - XIX

Clique em Relatórios → Contabilidade → DRE - XIX

Abrirá automaticamente.

- Relatório DIÁRIO - XXXII

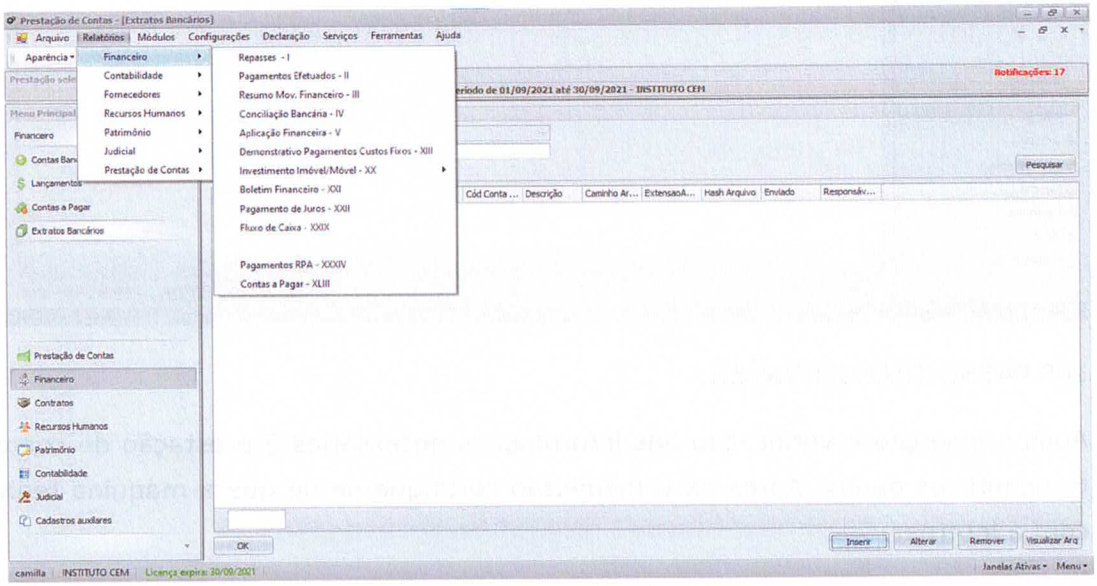
Clique em Relatórios → Contabilidade → DIÁRIO - XXXII

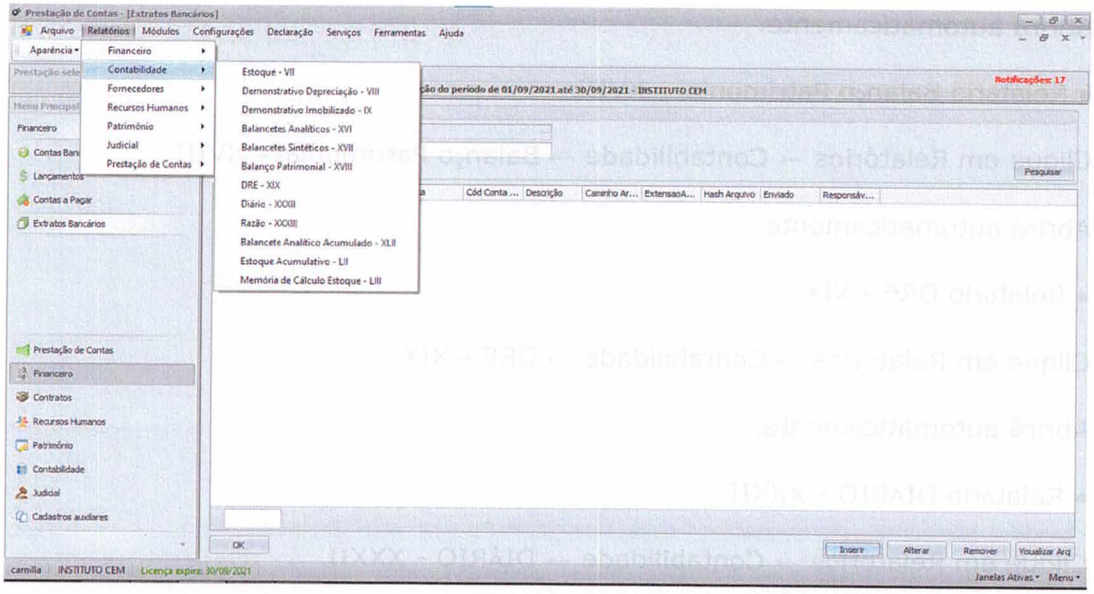
Abrirá automaticamente.

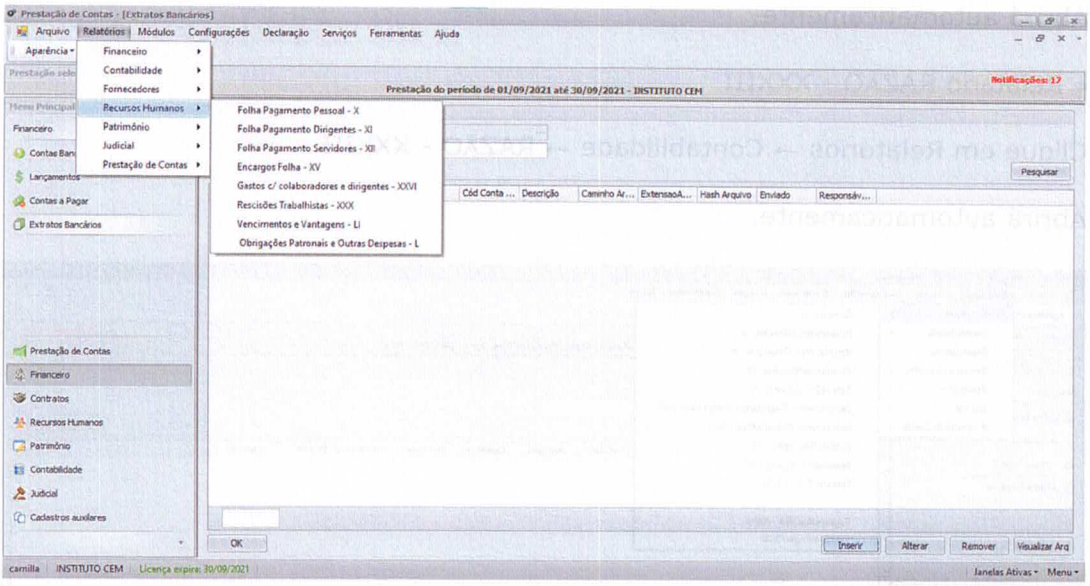
- Relatório RAZÃO - XXXIII

Clique em Relatórios → Contabilidade → RAZÃO - XXXIII

Abrirá automaticamente.







10º PASSO TRANSMISSÕES

Após a inserção e verificação das informações necessárias à prestação de contas deve-se transmitir os dados. Antes da transmissão certifique-se de que a máquina tenha conexão com a internet.

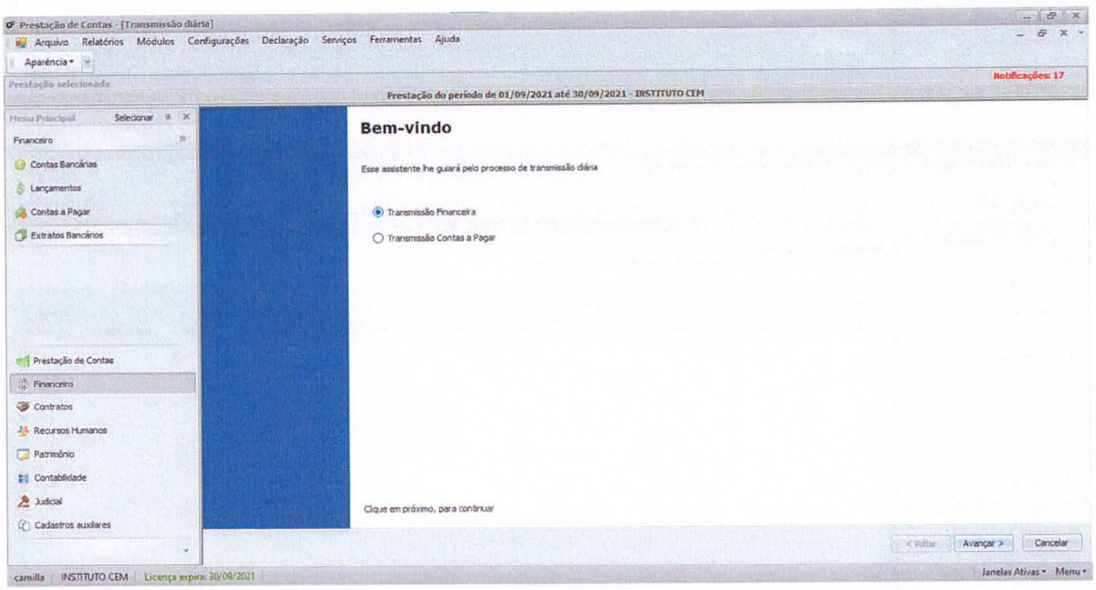
Transmissão Diária

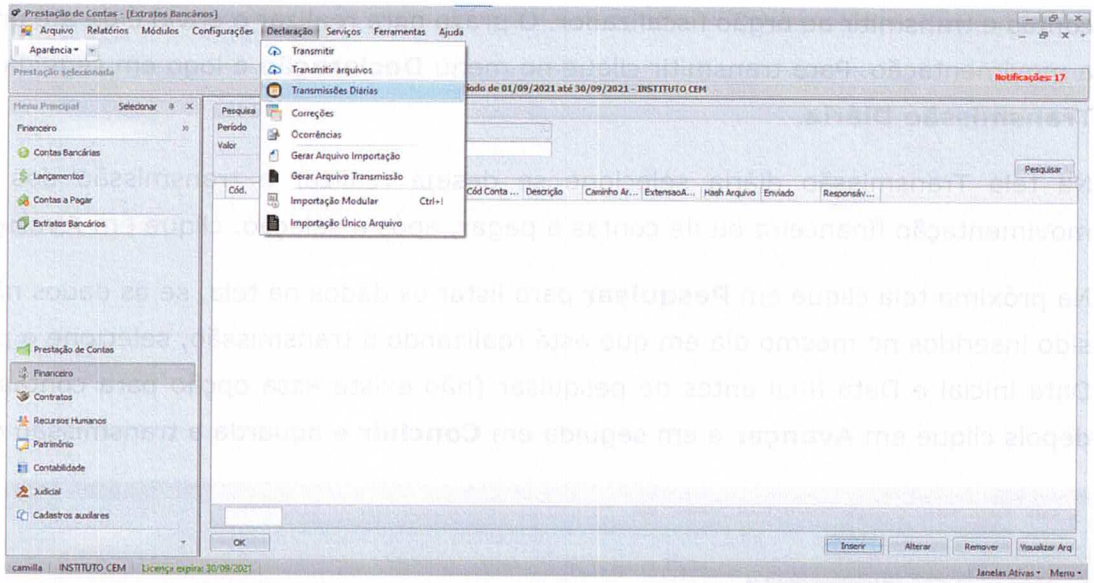
Na transmissão diária são enviados os dados presentes nos lançamentos financeiros e contas a pagar. Diariamente a unidade deve informar ao sistema a movimentação das

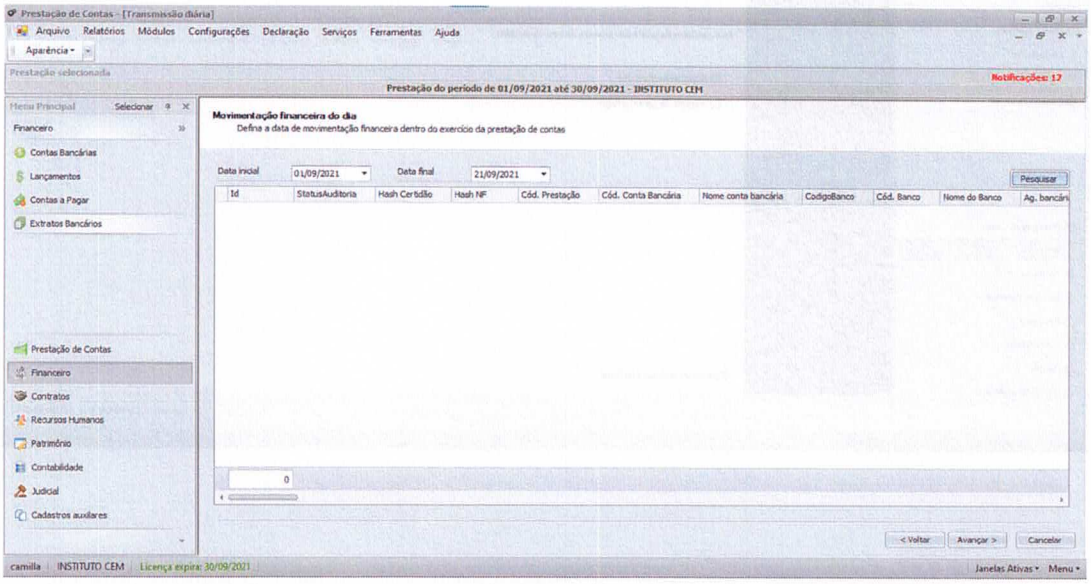
contas e transmitir ao órgão fiscalizador. O prazo para realizar o envio é de até um dia após a movimentação. Para transmitir clique no menu **Declaração** e logo em seguida clique em **Transmissão Diária.**

Na tela Transmissão diária selecione se deseja realizar a transmissão dos dados da movimentação financeira ou de contas a pagar, após a seleção, clique em **Avançar**.

Na próxima tela clique em **Pesquisar** para listar os dados na tela, se os dados não tiverem sido inseridos no mesmo dia em que está realizando a transmissão, selecione o período em Data inicial e Data final antes de pesquisar (não existe essa opção para contas a pagar), depois clique em **Avançar** e em seguida em **Concluir** e aguarda a transmissão dos dados.

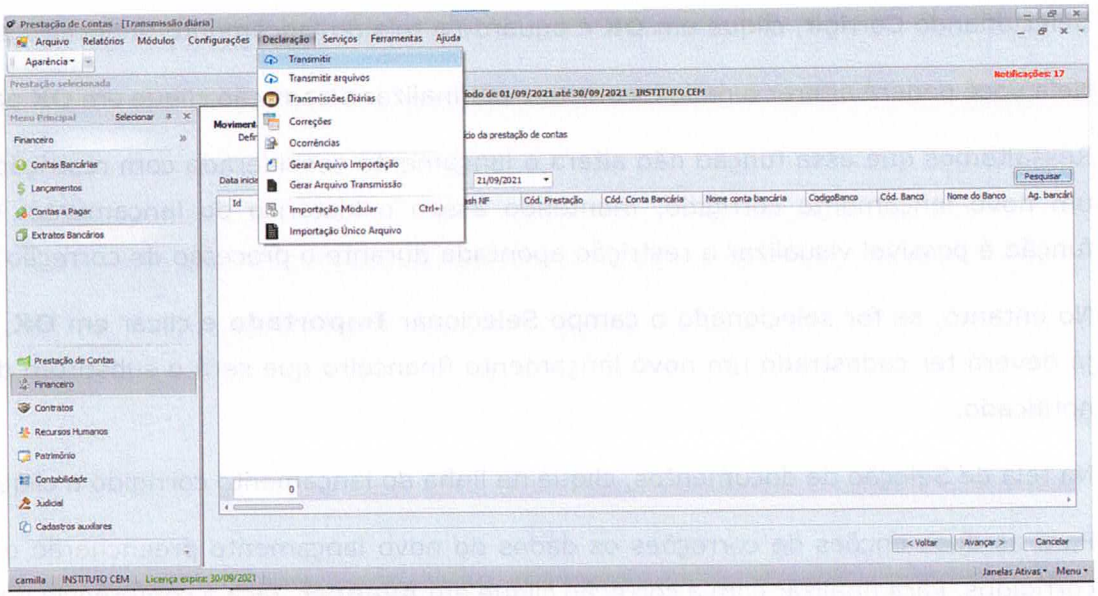






Transmissão Mensal

Na transmissão mensal serão enviadas todas as informações presentes na prestação de contas, menos os dados já enviados diariamente. Siga os passos para transmitir: Clique no menu **Declaração** e logo em seguida clique em **Transmitir**, na tela de Transmissão clique em **Sim** e aguarde a transmissão ser finalizada.



11 º PASSO CORREÇÕES

Após a transmissão da prestação de contas o analista responsável pela fiscalização poderá apontar supostas irregularidades nos dados financeiros enviados solicitando a unidade que faça a correção desse registro. A unidade receberá a notificação através de e-mail e sistema (Canto superior direito – Campo Notificações).

Correção Financeira

Para corrigir o arquivo você deve acessar o menu **Declarações → Correções → Correção Financeira**, na tela de correção clique em **avançar**, depois em **Atualizar** para que sejam listadas as solicitações de correção.

Após o analista seleciona a opção Quero Corrigir uma janela abrirá com duas opções, Corrigir (Fazer a correção manualmente) e Selecionar Importado (Atualizar o registro com as informações corretas importando uma matriz). Caso o analista tenha anexado algum documento à restrição, é possível visualizá-lo clicando no ícone de **download** na coluna Anexo, essa fica no painel Documento com restrição. Ao clicar, o documento anexado será aberto.

Sendo identificado pelo prestador de contas que realmente existe algo a ser corrigido, o mesmo deve marcar Quero Corrigir no painel Corrigidos. Ao marcar, será aberta uma tela de correção, onde você deve selecionar entre **corrigir** (alterar apenas os dados com problema dentro do próprio lançamento) ou Selecionar **Importado** (selecionar um lançamento financeiro que foi importado ou inserido no sistema como Retificação/Correção).

Selecionando Corrigir, clique em **OK** e aguarde a tela do lançamento financeiro ser aberta.

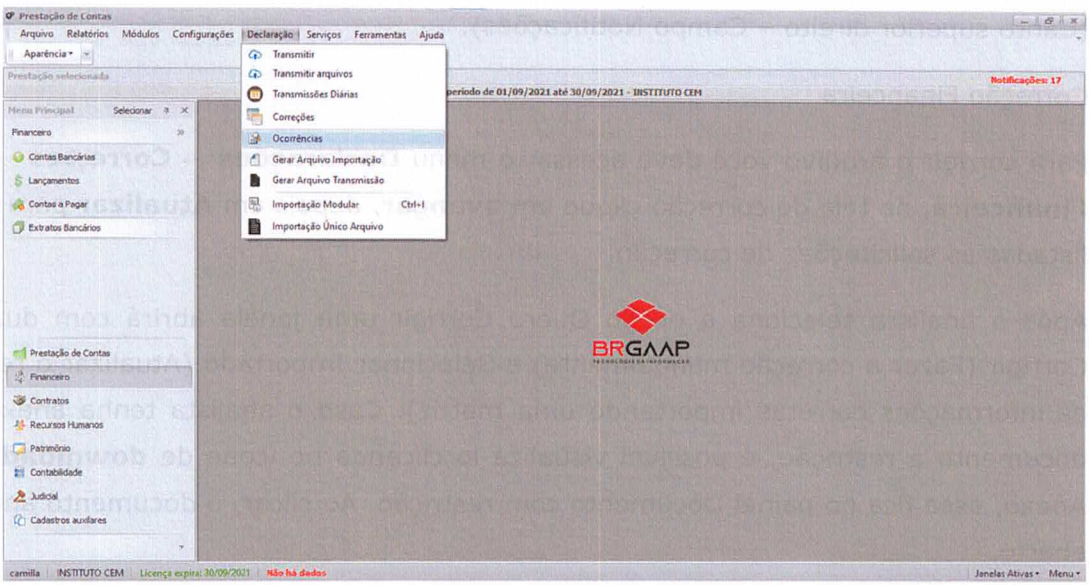
Nela você poderá alterar o dado incorreto e ao finalizar a correção clique em **OK** para salvar.

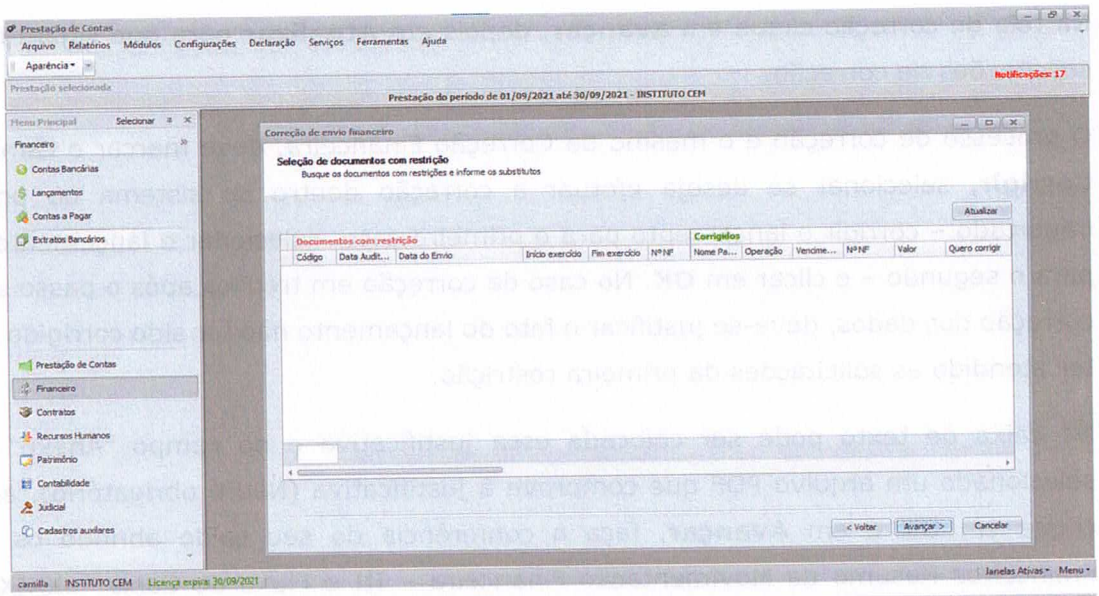
Ressaltamos que essa função não altera o lançamento considerado com restrição, é criado um novo lançamento corrigido, mantendo assim o histórico do lançamento. Com essa função é possível visualizar a restrição apontada durante o processo de correção.

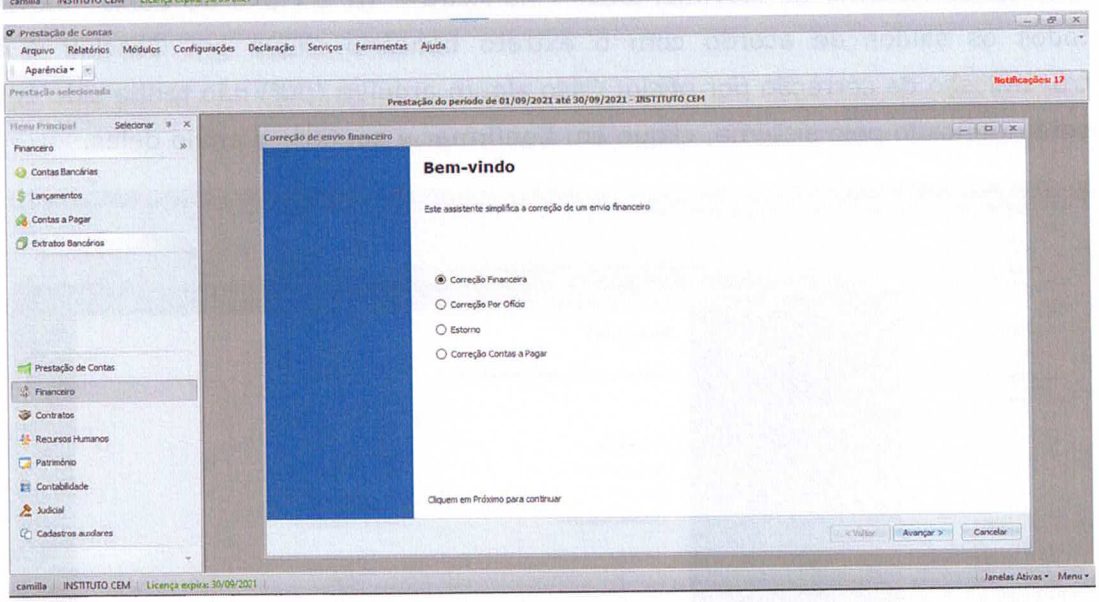
No entanto, se for selecionado o campo Selecionar **Importado** e clicar em **OK**, o usuário já deverá ter cadastrado um novo lançamento financeiro que será o substituto do registro notificado.

Na tela de Seleção de documentos, clique na linha do lançamento corrigido e clique em **Ok**.

Para as duas opções de correções os dados do novo lançamento preencherão o painel de corrigidos. Para finalizar com a correção clique em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da **Movimentação Financeira – III** e Fluxo de Caixa – **XXIX**, estando todos os saldos de acordo com o extrato bancário clique em **Concluir** e aguarde a transmissão da correção financeira. Caso algum arquivo (pdf) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.







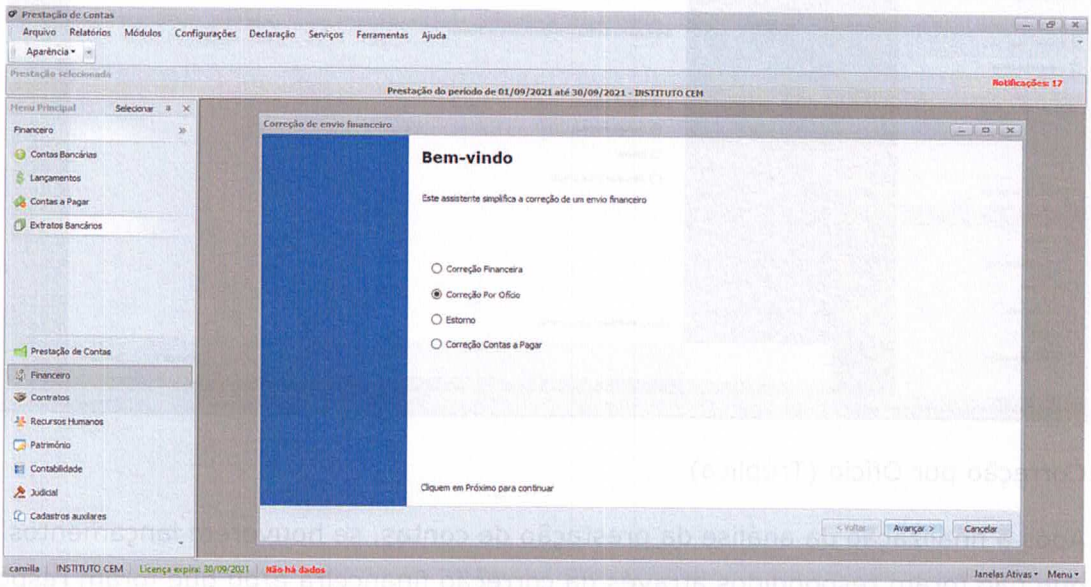
Correção por Ofício (Tréplica)

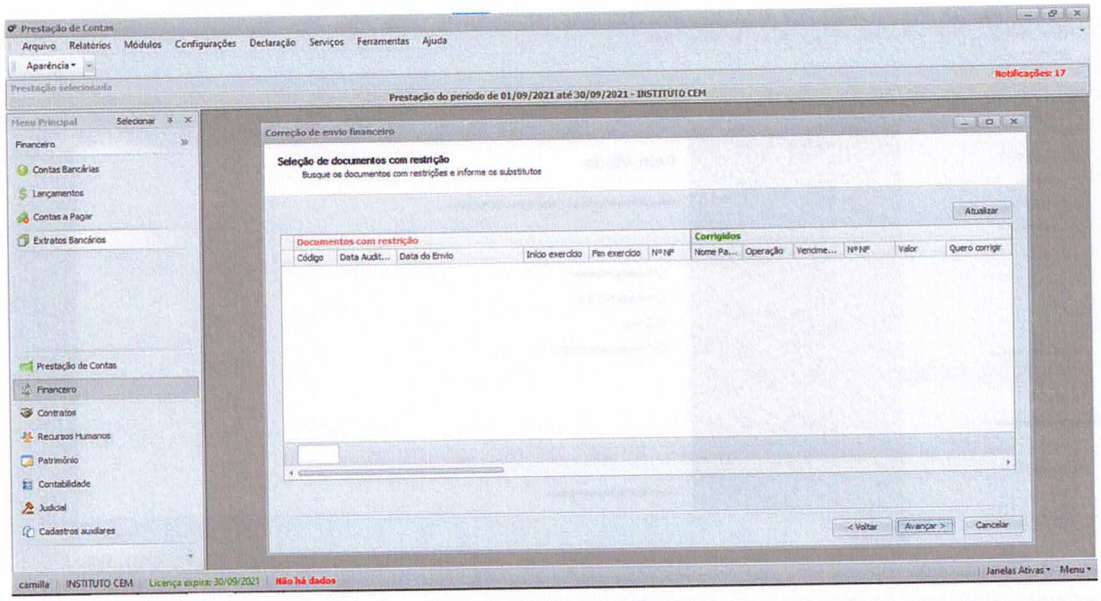
Após a finalização da análise da prestação de contas, se houverem lançamentos financeiros que não foram respondidos através da correção financeira e/ou que foram respondidos, no entanto, não atendeu as solicitações realizadas pelo analista, esses lançamentos poderão ser corrigidos através da correção por ofício. Para isso, o analista deve autorizar que a mesma seja executada. A partir disso, não será possível realizar correções através da Correção Financeira. Assim que for autorizada, essas correções estarão presentes na aba **Declarações → Correções → Correção por Ofício**.

Na tela de correção clique em **avançar**, depois em **Atualizar** para que sejam listadas as solicitações de correção.

O processo de correção é o mesmo da Correção Financeira, deve marcar o campo **Quero Corrigir**, selecionar se deseja efetuar a correção dentro do sistema ou por arquivo importado – corrigir o lançamento para o primeiro caso, selecionar o lançamento corrigido para o segundo – e clicar em **OK**. No caso da correção em tréplica após o passo a passo de correção dos dados, deve-se justificar o fato do lançamento não ter sido corrigido ou de não ter atendido as solicitações da primeira restrição.

Na caixa de texto pode ser colocada essa justificativa e no campo "Anexo" pode ser selecionado um arquivo PDF que comprove a justificativa (Não é obrigatório), ao finalizar clique em **OK** e em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da Movimentação Financeira – III e Fluxo de Caixa – XXIX, estando todos os saldos de acordo com o extrato bancário clique em Concluir e aguarde a transmissão da correção por ofício. Caso algum arquivo (pdf) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.



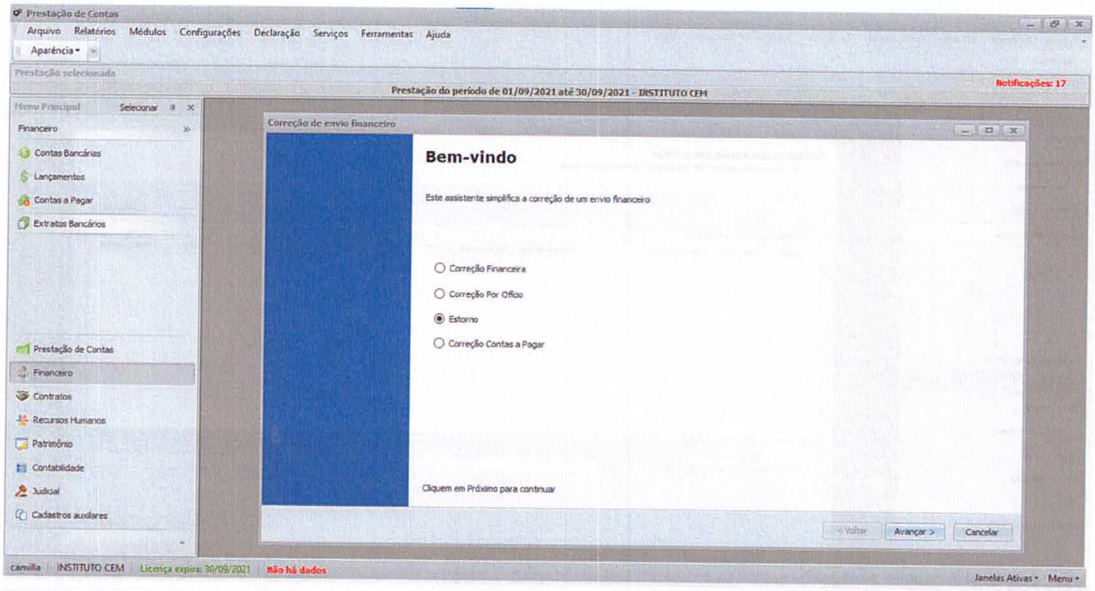


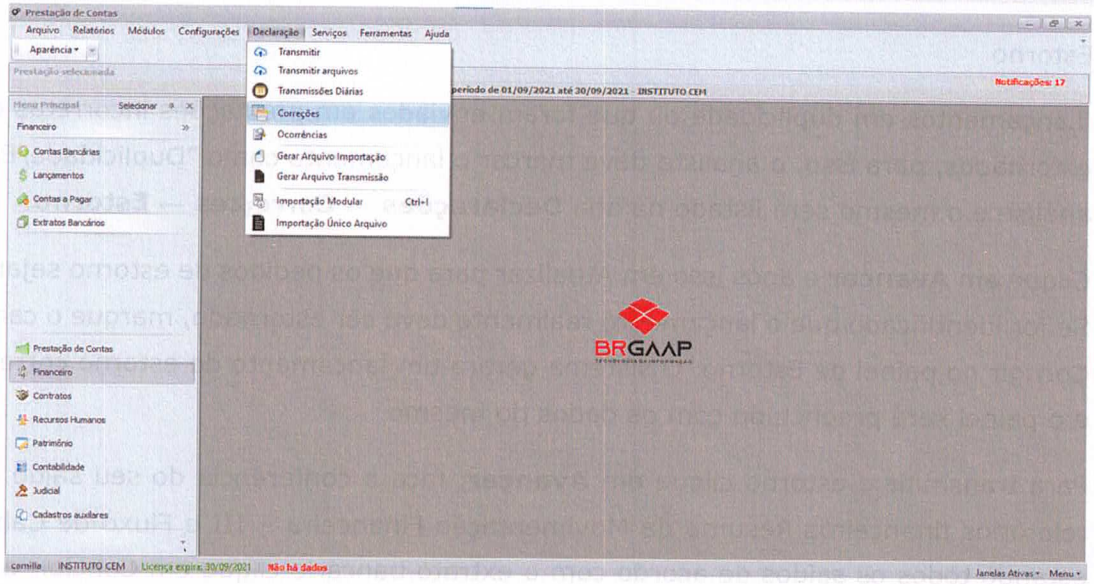
Estorno

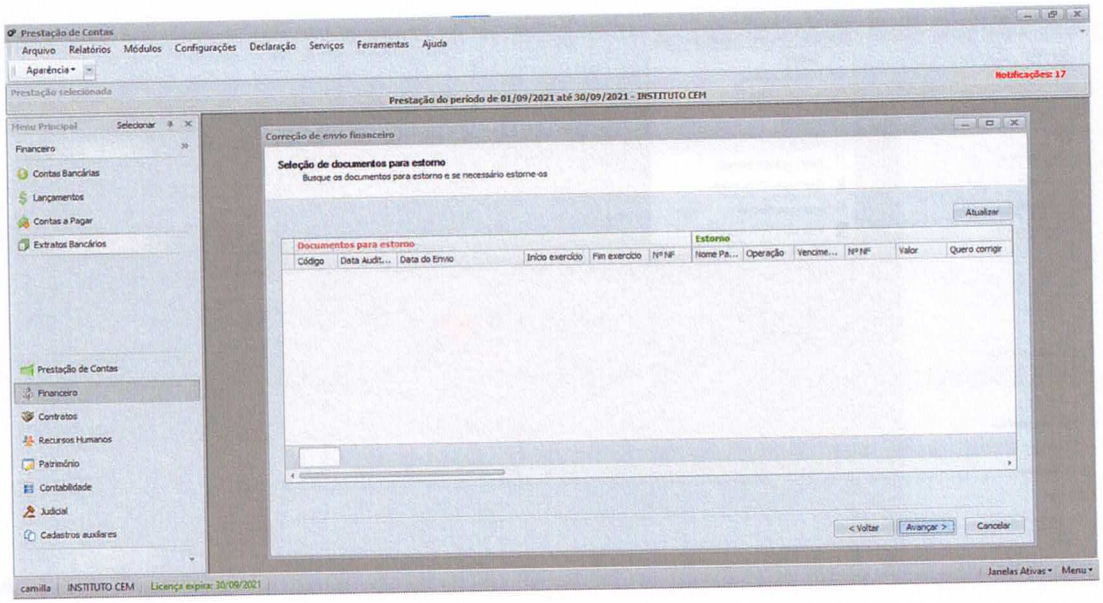
Lançamentos em duplicidade ou que foram enviados em prestações incorretas devem ser estornados, para isso, o analista deve marcar o lançamento como "Duplicidade/Estorno" na análise e o mesmo será listado na aba **Declarações → Correções → Estorno**.

Clique em **Avançar** e após isso em Atualizar para que os pedidos de estorno sejam listados. Se for identificado que o lançamento realmente deve ser estornado, marque o campo Quero Corrigir no painel de Estorno. O sistema gerará um lançamento de estorno correspondente e o painel será preenchido com os dados do mesmo.

Para transmitir o estorno clique em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da Movimentação Financeira – III e Fluxo de Caixa – XXIX, estando todos os saldos de acordo com o extrato bancário clique em Concluir e aguarde a finalização da transmissão. Caso algum arquivo (PDF) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.


Prestação de Contas
Arquivo Relatórios Módulos Configurações Declaração Serviços Ferramentas Ajuda
Aparência
Prestação selecionada
Prestação do período de 01/09/2021 até 30/09/2021 - INSTITUTO CEM
Notificações: 17
Menu Principal
Selecionar
Financeiro
Contas Bancárias
Lançamentos
Contas a Pagar
Extratos Bancários
Prestação de Contas
Financeiro
Contratos
Recursos Humanos
Patrimônio
Contabilidade
Judicial
Cadastros auxiliares
Correção de envio financeiro
Bem-vindo
Este assistente simplifica a correção de um envio financeiro
Correção Financeira
Correção Por Ofício
Estorno
Correção Contas a Pagar
Cliquem em Próximo para continuar
< Voltar
Avançar >
Cancelar
camilla INSTITUTO CEM Licença expira: 30/09/2021 Não há dados
Janelas Ativas
Menu


Prestação de Contas
Arquivo Relatórios Módulos Configurações Declaração Serviços Ferramentas Ajuda
Aparência
Transmitir
Transmitir arquivos
Transmissões Diárias
Correções
Ocorrências
Gerar Arquivo Importação
Gerar Arquivo Transmissão
Importação Modular Ctrl+I
Importação Único Arquivo
período de 01/09/2021 até 30/09/2021 - INSTITUTO CEM
Notificações: 17
Menu Principal
Selecionar
Financeiro
Contas Bancárias
Lançamentos
Contas a Pagar
Extratos Bancários
Prestação de Contas
Financeiro
Contratos
Recursos Humanos
Patrimônio
Contabilidade
Judicial
Cadastros auxiliares
BRGAAP
camilla INSTITUTO CEM Licença expira: 30/09/2021 Não há dados
Janelas Ativas
Menu

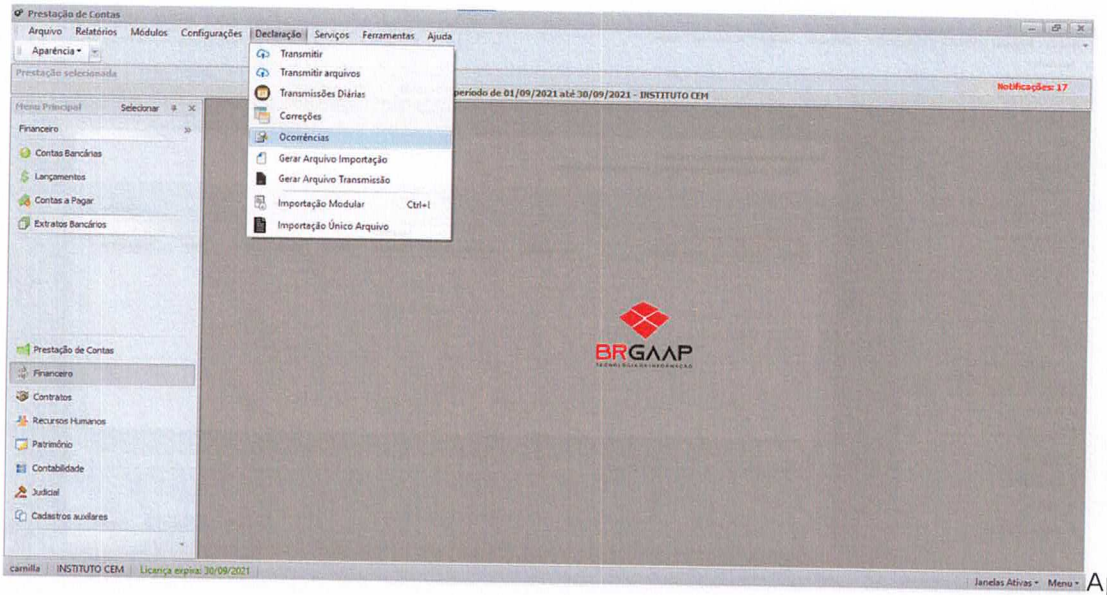


12º PASSO OCORRÊNCIAS

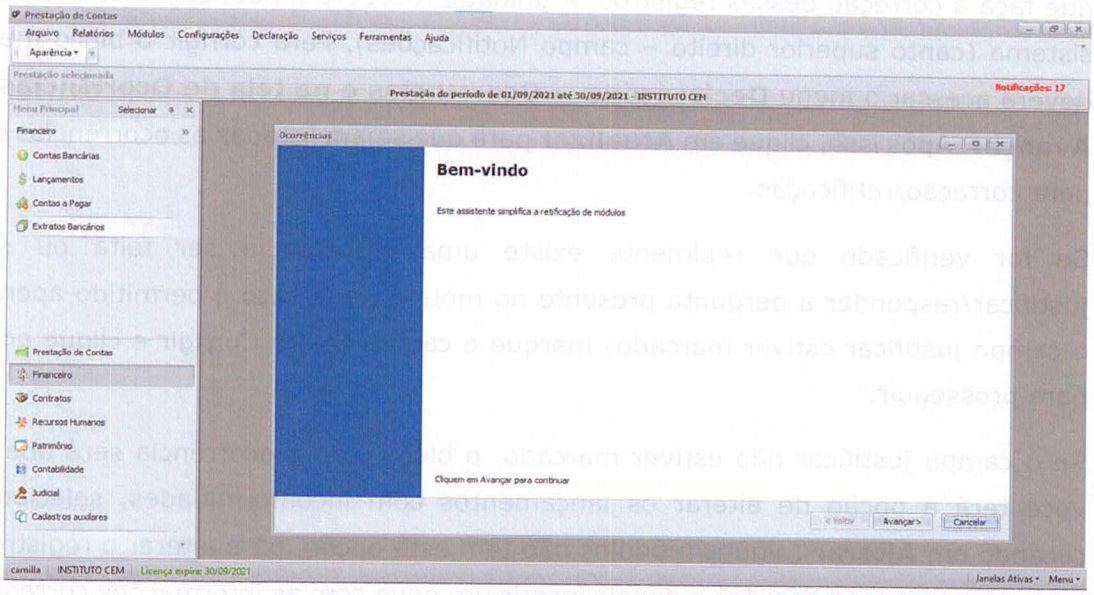
Após a transmissão mensal da prestação de contas, o analista responsável pela fiscalização poderá realizar apontamentos nos dados dos blocos mensais enviados, solicitando à unidade que faça a correção desses registros. A unidade receberá a notificação através de e-mail e sistema (canto superior direito – campo Notificações). Para corrigir o bloco mensal, você deverá acessar o menu **Declarações → Ocorrências e na tela de Ocorrências** clique em **Avançar**. Após isso, clique em **Atualizar** para que sejam listadas as ocorrências disponíveis para correção/retificação.

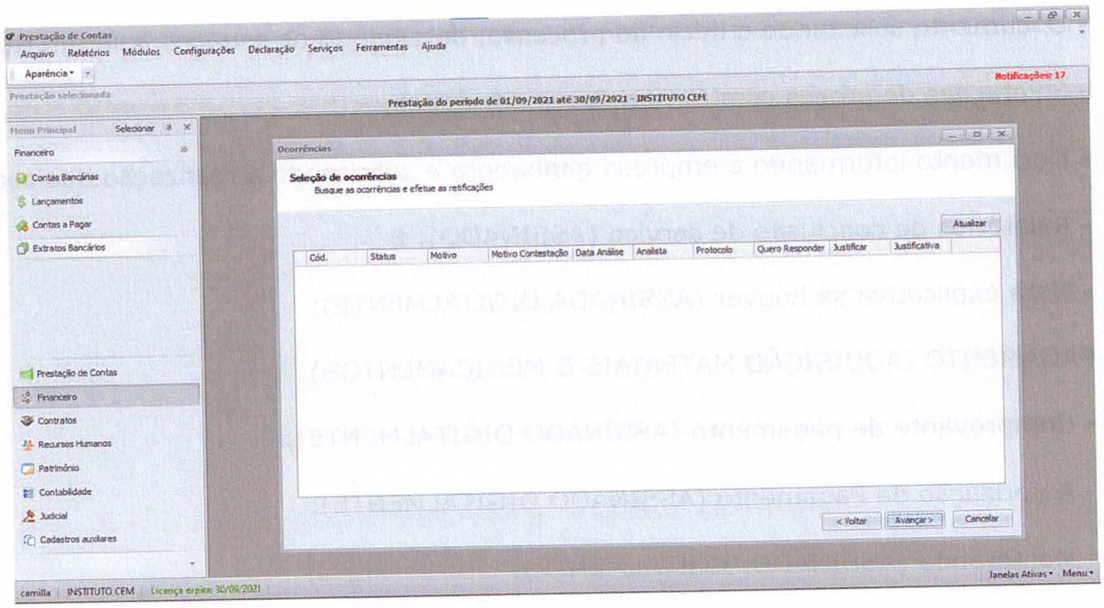
Se for verificado que realmente existe uma correção a ser feita ou se desejar justificar/responder a pergunta presente no motivo (este caso é permitido apenas quando o campo justificar estiver marcado) marque o campo Quero Corrigir e clique em **Avançar** para prosseguir.

Se o campo justificar não estiver marcado, o bloco com a ocorrência será aberto. Assim, você terá a opção de alterar os lançamentos com inconformidades, selecionando-os e clicando em **Alterar** (alguns módulos não tem esta opção, para alterar o registro o usuário terá que remover o registro e depois inserir um novo com as informações corretas). Realize os ajustes necessários e clique em **OK**. Para inserir um novo lançamento, basta clicar no botão **Inserir**, preencher o formulário como acima e clicar em **OK**. Caso deseje remover um registro, selecione-o e clique em **Remover**.



Após finalizar a correção ou a justificativa e clicar em **OK** você será redirecionado a tela de Resumo das retificações. Visualize os relatórios relativos ao bloco corrigido e se estiver correto clique em Concluir para finalizar. Caso algum arquivo (PDF) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.





CHECKLIST DOCUMENTOS A SEREM INSERIDOS NO SIPEF

Documentos a serem baixados do DocCem.

PROCESSO DE PAGAMENTO FORNECEDORES

PAGAMENTO (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS)

- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Nota Fiscal (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Boleto (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Certidões (ASSINADO DIGITALMENTE);

• Municipal (Município ao qual pertence a empresa do fornecedor);

• Estadual (Unidade Federativa ao qual pertence a empresa do fornecedor);

• Federal;

• Trabalhista; e

• FGTS, regularidade do FGTS.

- Documento solicitando o início do processo, detalhando os serviços a serem realizados;
- 3 cotações de preços com fornecedores diferentes;
- Documento informando a empresa ganhadora e solicitando a realização dos serviços;
- Relatórios de conclusão de serviço (ASSINADO); E
- Nota explicativa se houver (ASSINADA DIGITALMENTE);

PAGAMENTO (AQUISIÇÃO MATERIAIS & MEDICAMENTOS)

- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Nota Fiscal (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Boleto (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Certidões (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Cotação por Item (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Cotação por fornecedor (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Dados da Proposta (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Solicitação de Compras (ASSINADO DIGITALMENTE); e
- Notas Explicativa (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE).
- Ordem de compra da empresa.

PAGAMENTO (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR CONTRATOS)

CONTRATO DEFINITIVO:

- Processo Seletivo;
- Edital de publicação;
- Propostas;
- ATA de resultado de reunião;
- ATA de Homologação; e

- Contrato assinado;

CONTRATO EMERGENCIAL:

- Documento solicitando o início do processo, detalhando os serviços a serem realizados;
- 3 cotações de preços com fornecedores diferentes;
- Documento informando a empresa ganhadora e solicitando a realização dos serviços;
- Relatórios de conclusão de serviço (ASSINADO); E
- Nota explicativa se houver (ASSINADA DIGITALMENTE);

OBS.: Todos os serviços prestados de forma contínua, ou seja, mensal para as unidades do Instituto CEM, deverão possuir contratos.

OBS.: Quando a prestação de serviço for de hospedagem, o hotel deverá fornecer relatório de consumo de cada colaborador individual.

OBS.: Quando for aquisição de combustível, deverá ser feito documento no qual a diretoria autoriza quais serão os colaboradores autorizados a abastecer e quais os veículos. O fornecedor deverá fornecer mensalmente relatório constando: O dia do abastecimento, a quantidade abastecida, qual combustível, os dados do veículo e os dados do condutor.

PROCESSO DE PAGAMENTOS FOLHA

- Comprovante de pagamento;
- Contracheque ou Recibo de Pagamento Autônomo; e
- Extrato da folha.

PROCESSO DE PAGAMENTOS IMPOSTOS FOLHA

- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Comprovante de pagamento;
- Resumo da Folha; e
- Guias.

PROCESSO DE PAGAMENTOS IMPOSTOS INSTITUTO CEM

- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Comprovante de transferência (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Guias (ASSINADO DIGITALMENTE); e
- Relatório ou demonstrativos do Imposto devido (ASSINADO DIGITALMENTE).

PROCESSO DE PAGAMENTOS RATEIO 3% INSTITUTO CEM

- Autorização de Pagamentos (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Documento explicativo do rateio (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Notas fiscais (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Comprovante de pagamentos (ASSINADO DIGITALMENTE); e
- Comprovante de transferência (ASSINADO DIGITALMENTE).

ROTINA DIÁRIA		
ORDEM	AÇÃO/DESCRIÇÃO	AGENTE EXECUTOR
1	Solicitar no grupo do aplicativo WhatsApp, denominado "Anexo VII", o extrato das movimentações bancárias do dia anterior para o Diretor financeiro.	Colaborador do SIPEF
2	Havendo movimentação bancária no dia anterior, proceder com a identificação dos pagamentos, através da planilha de controle de contas a pagar, a qual também é enviada no grupo citado.	Colaborador do SIPEF
3	Identificados os pagamentos, proceder com a pesquisa dos processos de origem	Colaborador do SIPEF

	(mãe) e de pagamento, através do sistema DocCem .	
4	Fazer o download dos documentos contidos nos processos de origem e pagamento acima citados, em pasta a ser criada e identificada pelo mês e dia de pagamento, e ainda, pelo nome do fornecedor e nº do processo de pagamento do DocCem. OBS.: Os documentos a serem baixados dependerá do tipo de lançamento a ser feito.	Colaborador do SIPEF
5	Alimentar planilha para controle dos lançamentos que tiveram documentos baixados .	Colaborador do SIPEF
6	Efetuada a juntada de documentos, proceder com os lançamentos das movimentações bancárias do dia anterior no SIPEF, concretizando o D+1. OBS.: Existem vários tipos de lançamentos a serem feitos, portanto, deve-se se atentar nesse momento, para não proceder com lançamentos errados.	Colaborador do SIPEF
7	Alimentar planilha para controle dos lançamentos feitos no SIPEF.	Colaborador do SIPEF
8	Ao final do dia, fazer a transmissão diária dos lançamento feitos.	Colaborador do SIPEF

7 LANÇAMENTOS

Segue abaixo os principais tipos de lançamentos que são feitos no SIPEF:

- Repasses
- Aplicações Financeiras
- Pagamento de folha de pagamento
- Pagamento de concessionárias (água, luz, telefone)
- Pagamento de Fornecedores
- Impostos
- Transferências Tev's
- RPA
- Aporte para caixa
- Rescisões Trabalhistas
- Encargos sobre folha de pagamento
- Encargos sobre rescisão trabalhista

8 REFERÊNCIAS

Sistema de Prestação de Contas Econômico - Financeiro. BRGAAP. Disponível em: http://www.brgaap.com/SIPEF.html. Acesso em: 27 de set. de 2021.

5.2.2 Gestão de Custos

5.2.2.1 OBJETIVO

Apurar os custos utilizando o sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção; mas também agrega as despesas operacionais.

No conceito de Gestão Gerencial de Custos as informações na forma de relatórios de custos serão disseminadas a todos os níveis da organização com o envolvimento e participação das chefias, coordenações e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor; e com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

5.2.2.2 TERMINOLOGIA

- **Centros de Custos Produtivos** – são aqueles que atendem diretamente ao paciente desenvolvendo as atividades principais da Instituição. Os Centros de Custos Produtivos, por serem finalísticos, não tem seus custos rateados,

ou seja, repassados para outros. Pelo contrário eles recebem ou arcam com os custos dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares;

- **Centros de Custos não Operacionais** - são aqueles que não estão diretamente relacionados às atividades principais do Hospital, porém não são rateados, assim como acontece com os Centros de Custos Produtivos;
- **Centro de Custos Auxiliares** - São os Centros de Custos de apoio que produzem bens ou serviços que auxiliam na assistência ao paciente e terão seus custos rateados as demais Centros de Custos;
- **Centros de Custos Administrativos** - São os relacionados com as atividades administrativas e trabalham como suporte para funcionamento completo da Unidade de Saúde e terão seus custos rateados aos demais Centros de Custos.

5.2.2.3 APURAÇÃO DOS CUSTOS

Os custos devem ser monitorados mensalmente a fim de se atingir a meta estabelecida para controle. Anualmente, nas revisões e atualizações do planejamento estratégico a meta de diminuição de custos deve ser avaliada e ajustada conforme critérios internos e externos.

5.2.2.4 Sistemas De Custeio Aplicados À Gestão De Custos Hospitalares

Os diferentes sistemas de custeio aplicados à gestão de custos hospitalares propiciam uma cobertura ampla das necessidades de informações gerenciais. Os métodos de custeio empregados - custeio por absorção, custeio direto e custeio baseado em atividades - apresentam, cada um com suas especificidades, informações relevantes às funções de controle e planejamento de instituições hospitalares.

Embora essa conceituação esteja de acordo com os fundamentos da contabilidade de custos, no processo de operação dos custos hospitalares utiliza-se uma versão adaptada e estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos, independente se custo ou despesa. Tal adaptação denomina-se "custeio por absorção pleno".

FLUXO DE CUSTEIO PLANISA

SISTEMAS DE CUSTEIO POR ABSORÇÃO – APROPRIAÇÃO POR CENTRO DE CUSTOS

Dentre os sistemas de custeio descritos, a abordagem de custeio por absorção tem sido a mais utilizada pelas instituições hospitalares e, desta forma, a conceituação compreende um sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção, mas também agrega as despesas operacionais.

ESTRUTURAÇÃO E CONCEITUAÇÃO DOS CENTROS DE CUSTOS

As atividades da organização são subdivididas em setores ou departamentos, nos quais são alocados os recursos para atender a inúmeros propósitos, entre eles, o do controle. Tais divisões constituem-se em centros de atividades específicas.

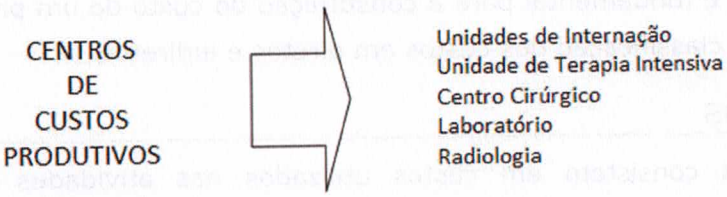
No sistema de apuração de custos, cada centro de atividade passa a constituir um centro de custos. Assim, Centro de Custos é uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos que incorrem em cada período nos centros de atividades. É recomendável, então, para constituir um centro de custos, que se tenham custos claramente identificáveis e atividades quantificáveis, através de uma unidade de mensuração.

A consecução do sistema de custos hospitalares sob a orientação de apropriação por centros de custos encontra-se contemplada na abordagem conceitual de custeio por absorção. O cálculo do custo de produção dos serviços, sob esta conceituação, compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda a extensão do Hospital.

À medida que a conceituação indica que o cálculo compreende a segmentação dos custos por centro de custos, algumas referências passam a ser básicas. A conceituação de centro de custos de serviços hospitalares segue os mesmos fundamentos de segmentação utilizada pela contabilização dos custos de qualquer empresa - centros de **produção** com as características de representar a localização onde os serviços estão sendo prestados e centros de **apoio** e **administrativos** como complementação imprescindível à consecução das atividades de prestação de um serviço de assistência médica.

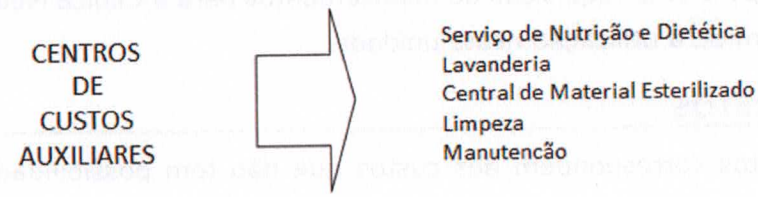
CENTRO DE CUSTOS PRODUTIVOS

Correspondem aos centros geradores de serviços finais aos pacientes. Essa categoria de centro de custo contém valores de receita (pela venda de serviços) e custo.



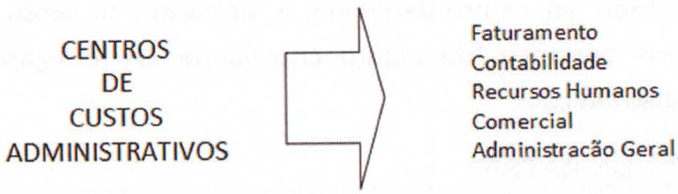
CENTRO DE CUSTOS AUXILAIRES OU DE APOIO

Consistem dos serviços de apoio do hospital, são geradores de custos e tem como objetivo fornecer suporte aos centros produtivos.



CENTRO DE CUSTOS ADMINISTRATIVOS

Correspondem às unidades de natureza administrativa, os custos gerados por estes centros de custo envolvem a administração (normalmente burocrática) das atividades do Hospital.



CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS CUSTOS

As contas utilizadas para a apuração do custo devem ser programadas em conformidade com o plano de contas do Instituto. Embora o plano de contas identifique os itens de custo (custo dos serviços prestados) e as despesas (despesas operacionais), para o cálculo dos custos será utilizada apenas a expressão "custos", reunindo tanto os custos quanto as despesas provenientes da terminologia contábil.

A definição do elenco de contas representa uma etapa importante no processo de constituição de um sistema de custos. As contas utilizadas para a apuração do custo devem refletir uma resenha de itens de custos relevantes, de modo a ser compreendido pelos níveis gerenciais e/ou encarregados de departamento a medida da necessidade de cada um.

Essa conceituação é fundamental para a constituição do custo de um produto ou serviço e é imprescindível a classificação dos custos em diretos e indiretos.

CUSTOS DIRETOS

Os custos diretos consistem em custos utilizados nas atividades do hospital, cuja identificação com um centro de custos seja possível, sem a utilização de qualquer instrumento de apropriação ou rateio. Como ilustração, pode-se dizer que os salários dos funcionários que trabalham na lavanderia são custos diretos deste centro de custo, em razão da inquestionável identificação da utilização desses custos com essa unidade. O mesmo poderia se dizer para uma requisição de medicamentos para a Clínica Médica, ou seja, esses insumos destinam-se à utilização nesta unidade.

CUSTOS INDIRETOS

Os custos indiretos correspondem aos custos que não tem possibilidade de identificação direta com um centro de custo em particular. Portanto, para apropriação desses custos aos centros de custos é necessária a utilização de instrumentos de rateio, que estabelecem as proporções adequadas de distribuição desses insumos aos centros de custos.

Como exemplo, temos a energia elétrica ou a depreciação predial, que são custos que não surgem de forma segmentada por centro de custos e, portanto, só serão apropriados aos centros de custos devidos por meio de algum critério de apropriação ou rateio, que estabeleça as regras de distribuição.

CRITÉRIOS E MÉTODOS DE RATEIO

O processo de cálculo do custo dos serviços sob a orientação do custeio por absorção compreende a adoção de critérios de rateio que permitam a distribuição dos custos indiretos e dos custos dos centros auxiliares e administrativos. Esses critérios de rateio consistem em estabelecimento das condições de distribuição dos custos, de forma a representar um parâmetro de utilização de tais custos e que permitam a geração de um custo final dos serviços.

São, portanto, divididos em dois grupos os critérios de rateio a serem definidos no modelo de custeio por absorção total:

5.2.2.5 Etapa Do Sistema De Custos

A consecução do sistema de custos, contemplado neste Manual compreende uma sequência de etapas que exige a **participação de todos os níveis de responsabilidade internos**,

cujas atribuições envolvem a coleta de dados necessários à constituição do cálculo dos custos e à avaliação das informações geradas pelo sistema.

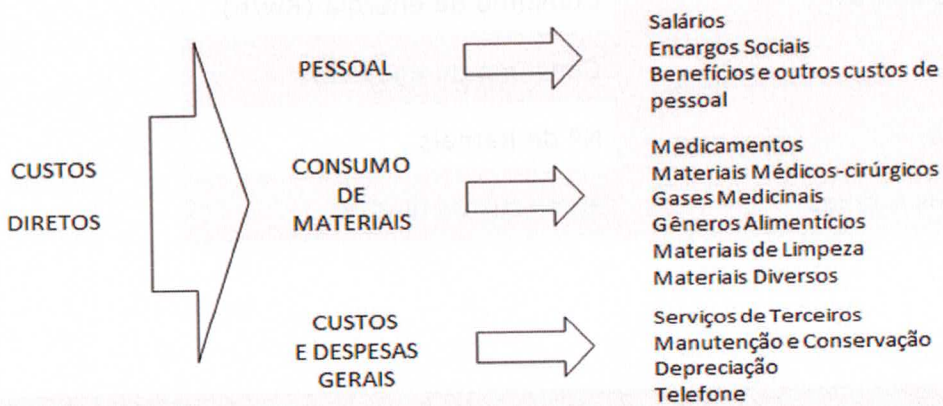
Neste sentido, as seguintes etapas passam a compreender o sistema de custos do Hospital:

COLETA DE DADOS

A resenha de dados a serem coletados, numa frequência mensal, pode ser classificada em três categorias:

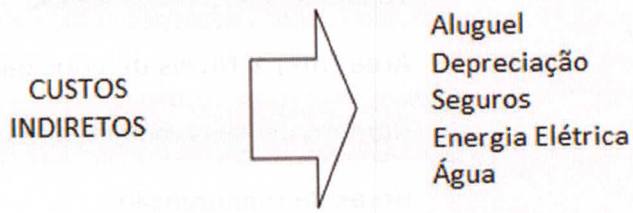
CUSTOS DIRETOS

Coleta dos valores dos custos que podem ser diretamente identificados aos centros de custos que os consumiram.



CUSTOS INDIRETOS

Coleta das importâncias referentes aos custos que não tem possibilidade de identificação direta com um centro de custo em particular.



DADOS ESTATÍSTICOS

Em razão da existência dos custos indiretos, e a orientação do sistema de apropriação por centros de custos, que compreende rateios interdepartamentais (rateio dos custos dos

centros auxiliares e administrativos para os centros produtivos), uma série de dados estatísticos é necessária para a consecução do cálculo dos custos, como demonstrado no exemplo que segue:

Custos Indiretos:	Critério de rateio:
Aluguel	Área ocupada (m²)
Depreciação	Área ocupada (m²)
Seguros	Área ocupada (m²)
Energia Elétrica	Consumo de energia (Kw/h)
Água	Consumo de água (L)
Telefone	Nº de Ramais
Impostos e taxas	% de custos diretos

Centros de Custos (Aux. e Adm.)	Critério de rateio:
Serviço de Nutrição e Dietética	Número de refeições X Peso
Lavanderia	Quilos de roupa processada
Central Material Esterilizado	Volumes processados X Peso
Limpeza	Área (m²) X Níveis de criticidade
Almoxarifado	Número de itens movimentados
Manutenção	Horas de manutenção
Financeiro	% de custos diretos
Recursos Humanos	Número de colaboradores

ESTATÍSTICA DE PRODUÇÃO

Os dados relacionados à produção são necessários para a apuração do custo unitário dos serviços produzidos pelos centros de custos produtivos do Hospital. Para cada um dos centros de custos produtivos deverá ser identificada uma unidade de produção.

Centros de Custos Produtivos	Produto:
Clínica Médica	Paciente-Dia
Unidade de Terapia Intensiva	Paciente-Dia
Centro Cirúrgico	Hora de cirurgia
Pronto Socorro	Atendimento
Ambulatório	Consulta
Radiologia	Exame

Em razão da necessidade dos dados de custos e estatísticas como insumos à consecução do custo dos serviços, as diferentes áreas do Hospital deverão mensalmente fornecer os referidos dados ao responsável pelo processamento dos custos, obedecendo um cronograma estabelecido, permitindo assim, a preparação dos relatórios em tempo adequado e oportuno para as finalidades gerenciais a que o sistema de custos se propõe.

PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

À medida que todas as informações estejam preparadas e à disposição do setor de custos, passa-se às etapas de registro, cálculo dos rateios e apropriações das informações recebidas. Posteriormente os dados deverão ser analisados e interpretados, gerando informações para tomada de decisão e gerenciamento em todos os níveis do Hospital.

Para o processamento das informações recebidas, devem ser observadas as seguintes etapas :

REGISTRO DAS PRODUÇÕES DOS CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS

Este passo compreende o registro das produções realizadas em cada um dos centros de custos (produtivos), tais como: quantidade de pacientes-dia, quantidade de horas cirúrgicas realizadas, quantidade de consultas médicas e não médicas realizadas, etc.

REGISTRO DOS CUSTOS DIRETOS

Este passo compreende o registro dos custos diretos: custos de pessoal, consumo de materiais, custos e despesas gerais em cada um dos centros de custos identificados.

REGISTRO DOS CUSTOS INDIRETOS

Os custos indiretos consistem dos itens de custos para os quais não há uma alocação direta aos centros de custos e portanto exigem a adoção de fórmulas de rateio pertinentes a cada caso para a apropriação aos diferentes centros de custos.

Para a consecução dos cálculos relativos aos custos indiretos é feito o registro do valor total de cada um dos custos e aplicada a fórmula (critério de rateio) correspondente, obtendo-se parcelas adequadas a cada um dos centros de custos do Hospital.

Exemplo 1:

Custo de locação .....:R$ 10.000,00

Critério de rateio .....:Área Ocupada (m^2)

Área Ocupada (m^2) .....: Unid. de Internação .....:600 m^2

UTI .....:500 m^2

Centro Cirúrgico .....:300 m^2

Nutrição .....:180 m^2

Rouparia .....:120 m^2

Administração .....: 300 m^2

TOTAL.....: 2.000 m^2

Cálculo do Custo da locação por centro de custo :

Valor Total da Locação = R$ 10.000,00

Total Área Ocupada =2.000 m^2

. Custo da locação por m^2= R$ 10.000,00= R$ 5,00

. Valor da locação por centro de custo:

Internação .....:600 m^2 x R$5,00 = R$ 3.000,00

UTI .....:500 m^2 x R$5,00 = R$ 2.500,00

Centro Cirúrgico .....:300 m^2 x R$5,00 = R$ 1.500,00

Nutrição .....: 180 m^2 x R$5,00 = R$900,00

Rouparia .....:120 m^2 x R$5,00 = R$600,00

Administração.....:300 m^2 xR$5,00 = R$ 1.500,00

Total .....: R$ 10.000,00

REGISTRO DAS ESTATÍSTICAS E RATEIO DOS CENTROS AUXILIARES E ADMINISTRATIVOS

Essa etapa consiste da transferência dos custos apurados nos centros auxiliares e administrativos para os centros produtivos, de modo a alcançar o custo final dos serviços, obtendo-se assim, o custeio global das atividades operacionais. A razão do rateio dos centros auxiliares e administrativos justifica-se pela função que exercem, de suporte ou de atividades meio no processo de prestação de um serviço de assistência médico-hospitalar, ao mesmo tempo que não constituem áreas geradoras de receitas.

As receitas operacionais são provenientes apenas dos serviços produzidos nos centros produtivos e, em razão disto, todos os custos devem estar contemplados na esfera destas unidades.

Um sistema de custos dessa natureza exige a participação de todos os níveis de responsabilidade, no sentido de fornecer informações imprescindíveis ao cálculo do custo. Informações estas de natureza estatística, relacionadas ao volume de atividades desenvolvidas nos centros de custos.

Uma das condições básicas de funcionamento de um sistema de custos dessa natureza é a existência de um fluxo de informações formal, de modo a caracterizar a participação de todos os níveis de responsabilidade.

Para a consecução deste cálculo, toma-se o valor total dos custos de cada um dos centros auxiliares e administrativos e aplica-se a fórmula (critério) de rateio pertinente a cada caso, obtendo-se o valor atribuído a cada um dos centros de custos.

Exemplo 2:

Custo da Rouparia .....:R$ 2.400,00

Critério de Rateio .....:Kg Roupa Processada

Kg de Roupa Lavada .....:

UTI .....: 400

U. Internação .....:450

C.Cirúrgico.....:750

Total .....:1.600

Cálculo do custo da Rouparia por centro de custo:

Custo total da Rouparia = R$ 2.400,00

. Custo do Kg. Roupa Lavada =R$ 2.400,00= R$ 1,50

1.600 Kg

. Valor da lavanderia por centro de custo :

UTI .....:400 Kg. x R$1,50 = R$600,00

U. Internação .....:450 Kg. x R$1,50 = R$675,00

C. Cirúrgico .....:750 Kg. x R$1,50 = R$ 1.125,00

Total .....: R$ 2.400,00

Unidade ponderada é uma unidade de produção que resulta da utilização de relações de equivalência.

Quando um centro de custos apresenta/realiza vários produtos precisamos identificar esta relação de equivalência para quantificar corretamente a produção desta unidade; por exemplo, para identificarmos a unidade de produção do centro de custos "Nutrição" faz-se

necessária a utilização de critérios que padronizem os diversos tipos de refeições oferecidas, de maneira a se obter uma única unidade de produção representativa do centro de custo. Para tanto devem ser atribuídos "pesos" a cada tipo de refeição. A partir da aplicação desses pesos à produção do serviço serão obtidos valores ponderados que, somados, representarão o número total de refeições.

Exemplo:

Desjejum ..... R$6,84

Almoço ..... R$ 16,50

Jantar ..... R$ 21,77

Ceia .....R$ 5,20

Ceia = menor valor = R$ 5,20 = Peso 1

Almoço = R$ 16,50

Cálculo Unidade Equivalente: R$ 16,50 = 3,17

R$ 5,20

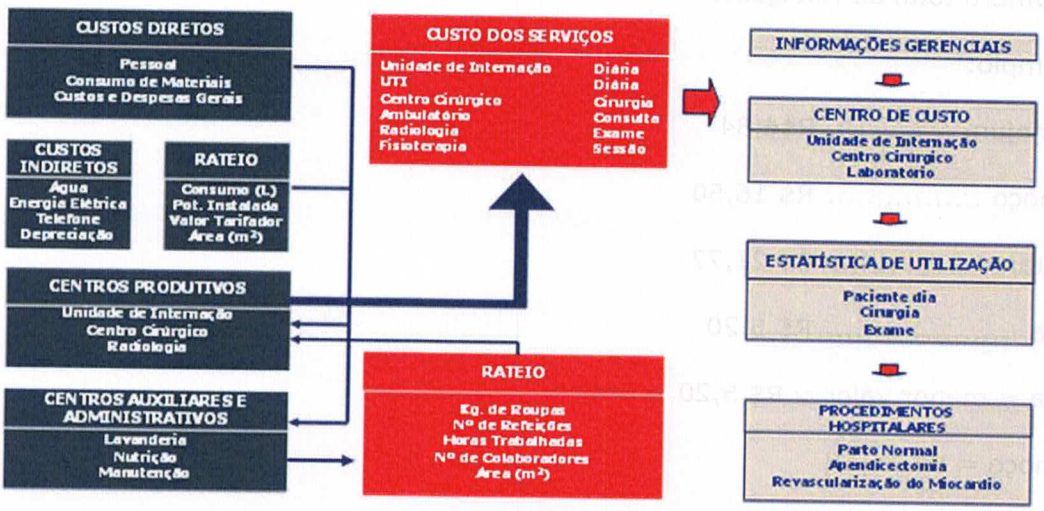
Refeições	(Peso)
Desjejum	1,32
Almoço	3,17
Jantar	4,19
Ceia	1,00

CÁLCULO DOS CUSTOS TOTAIS E UNITÁRIOS

A sequência de cálculos realizados, descritas nas etapas acima, permitem o alcance do custo total para cada um dos centros produtivos que, dividido pela sua produção, determina o custo unitário dos seus serviços.

O custo total dos centros produtivos é representado pela soma dos três subtotais que foram objeto das ilustrações anteriores, ou seja, o custo direto, o custo indireto e os custos provenientes dos centros auxiliares e administrativos.

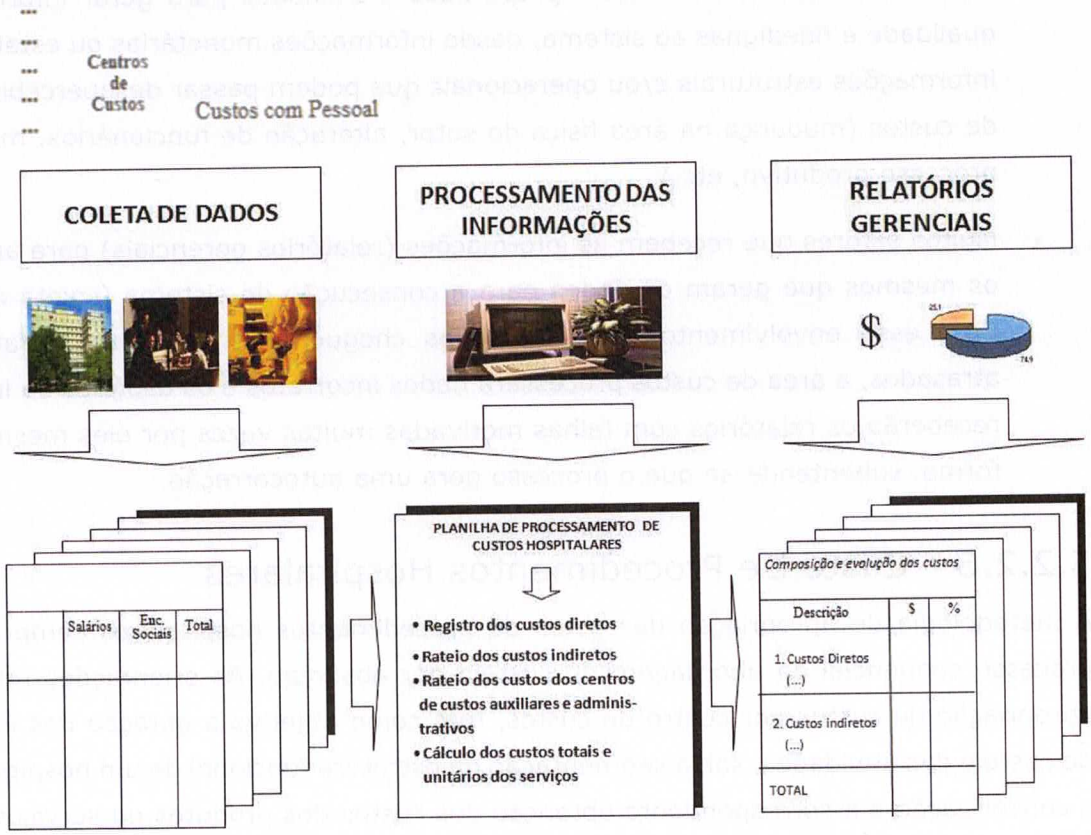
FLUXOGRAMA DO SISTEMA DE CUSTOS



RELATÓRIOS

À medida que se encerram todas as orientações de estruturação dos centros de custos, classificação dos custos, critérios e métodos de apropriação e o cálculo dos custos totais e unitários dos serviços, resta a organização das informações obtidas sob o formato de relatórios gerenciais, que permitam sua utilização à administração como instrumento de gestão.

A geração das informações gerenciais de é resultado de um fluxo que compreende a coleta, processamento e emissão dos relatórios de custos, cujos passos encontram-se descritos no seguinte diagrama:



- A adequada gestão de custos implica na disseminação das informações, por meio de relatórios de custos, a todos os níveis da organização, com o envolvimento e participação das chefias, gerências e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor, com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

- O profissional responsável pelo bom desempenho das informações de custos deve envolver-se ativamente com os usuários no processo inicial (coleta de dados) e na conclusão, através dos relatórios gerenciais. O relacionamento entre usuário e o pessoal de custos gera um treinamento de ambas as partes. A área de custos transmite ao usuário qual a melhor forma para utilizar bem a informação recebida, além de passar noções de custos e técnicas de análise. Por sua vez, o usuário retribui a área de custos com informações sobre o processo produtivo do setor. Esse relacionamento entre as partes deve ser constante a fim de aperfeiçoar o sistema de custos, gerar informações de qualidade e envolver o usuário no sistema.

- Todos os setores devem estar preparados e treinados para gerar informações de qualidade e fidedignas ao sistema, desde informações monetárias ou estatísticas até informações estruturais e/ou operacionais que podem passar desapercebidas à área de custos (mudança na área física do setor, alteração de funcionários, mudança no processo produtivo, etc.).
- Muitos setores que recebem as informações (relatórios gerenciais) para análise, são os mesmos que geram os dados para a consecução do sistema (coleta de dados). Com esse envolvimento, caso os dados cheguem de forma insatisfatória e/ou atrasados, a área de custos processará dados incorretos e os usuários da informação receberão os relatórios com falhas motivadas muitas vezes por eles mesmos, dest forma, subentende-se que o processo gera uma autocorreção.

5.2.2.6 Custo De Procedimentos Hospitalares

A metodologia de apropriação de custos de procedimentos hospitalares compreende um processo sequencial da abordagem de custeio por absorção. As orientações referentes à apropriação de custos por centro de custos, têm como objetivo a geração dos indicadores do custeio das atividades, sob a segmentação da estrutura funcional de um hospital. Embora a conceituação e a correspondente obtenção dos custos dos produtos ou serviços, gerados sob a classificação de centro de custos, compreenda valiosa informação de custeio das atividades de um hospital, somente a complementação com o custeio de procedimentos hospitalares é que encerra o ciclo da apropriação de custos, sob a abordagem de custeio por absorção.

Custo por procedimento representa um conceito de acumulação de custos compreendido dentro das definições básicas da contabilidade de custos. Consiste em uma acumulação de custos que apura o custo da assistência prestada ao paciente. A relevância desta forma de apuração de custos é inquestionável em razão da possibilidade de se estabelecer uma plena comunicação com a área médica através da composição física e monetária de cada procedimento, ao mesmo tempo que permite a avaliação dos resultados quando a remuneração dos serviços é praticada desta forma.

O sistema de custeio por absorção oferece a informação do custo dos componentes de um tratamento. Esse valor representa o custo diário do tratamento do paciente, porém, não informa o valor de toda a duração do tratamento e os serviços auxiliares e de diagnósticos requeridos.

À medida que se estabelece o custo por procedimento, passa-se a dispor de elementos de avaliação do desempenho, compreendendo-se a eficiência na utilização dos serviços (conduta médica) e os correspondentes custos incorridos. Essa avaliação é possível através da utilização de indicadores (estabelecidos por equipes médicas especializadas e com a indicação da premissa do nível de qualidade adequada), que representam o perfil de desempenho a níveis de eficiência desejados.

Um dos conceitos da contabilidade de custos adequado à avaliação do desempenho dos procedimentos denomina-se custo padrão (*standard cost*). A elaboração do custo padrão compreende a definição da quantidade (n.º de diárias, n.º de exames, quantidade de horas de cirurgia, etc.) e o correspondente valor (custo da diária, custo do exame, custo da hora de cirurgia, etc.). A análise de variações oferece a possibilidade da identificação das diferenças entre o custo real (efetivamente incorrido) e o custo padrão, se estas foram propiciadas pela quantidade ou pelo custo, o que indica os níveis de eficiência da área de operação do serviço ou da área econômica.

A iniciativa de apuração de custos por procedimento torna-se bastante simplificada em razão da existência de um sistema de custos que dispõe do custo dos diferentes componentes que correspondem ao tratamento do paciente. A estatística deve utilizar uma amostra significativa de cada procedimento.

Exemplo :

CENTRO DE CUSTOS (Descrição dos Insumos Consumidos)	QUANTIDADE	CUSTO UNITÁRIO	CUSTO DO PROCEDIMENTO
Diárias	3 DIAS	R$ 200,00	R$ 600,00
Taxas de Sala	1 HORA	R$ 100,00	R$ 100,00
Exames	3 EXAMES	R$ 50,00	R$ 150,00
Materiais	5 UNIDADES	R$ 20,00	R$ 100,00
Medicamentos.....	10 FRASCOS	R$ 10,00	R$ 100,00
TOTAL	-X-	-X-	R$ 1.050,00

CRITÉRIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO CUSTO POR PROCEDIMENTO

- Procedimentos homogêneos

Só é possível o desenvolvimento da metodologia do custeio por procedimentos para as patologias semelhantes na aplicação da conduta médica, caso contrário o desvio entre os casos analisados prejudica a apuração da média a ser alcançada.

- Procedimentos com relevância

Devemos observar, para a apuração do custo por procedimentos, quais os casos de maior incidência, pois, dedicar-se para custear casos que ocorrem raramente, além da dificuldade para o alcance de uma boa amostra, torna-se irrelevante para qualquer negociação ou tomada de decisão devido à baixa ocorrência do evento.

- Procedimentos com importância financeira

Em primeira estância, após cumprido os requisitos acima descritos, é recomendável a análise do procedimento com maior significância monetária para posteriormente avançarmos os estudos para os demais casos.

ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO CUSTO POR PROCEDIMENTO

1. Definição da amostra a ser analisada, de forma aleatória, e com critérios pré-definidos.
2. Coleta da amostra através dos prontuários, contas e/ou dados do sistema de gestão, definidos na amostra.
3. Triagem dos procedimentos. Análise pela área médica dos casos coletados com objetivo de excluir da amostra os casos que fogem à normalidade do procedimento escolhido para análise.
4. "Digitação" e valorização da amostra após a triagem médica e substituição dos casos excluídos para recompor a amostra inicialmente proposta, passando então para a fase de "digitação" e valorização dos prontuários, contas ou dados do sistema de gestão.
5. Após a apuração da média dos insumos consumidos para realização dos procedimentos da amostra definida, bem como a valorização destes, a "planilha" com estes cálculos e descrições deverá ser encaminhada à área médica com objetivo de que seja elaborada uma conduta preestabelecida, de acordo com os protocolos médicos.

5.2.2.7 Análise De Custos Para Tomada De Decisão - Custeio Direto

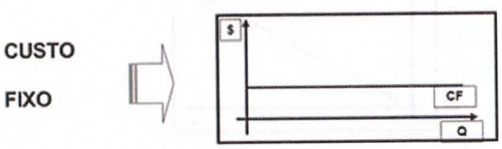
O sistema de custeio direto constitui uma valiosa ferramenta de análise de custos e resultados para a tomada de decisão. Enquanto o custeio por absorção contempla mais especificamente a apuração do custo de produção dos serviços, o custeio direto amplia as possibilidades de análises para fins gerenciais e reúne informações adequadas no processo de tomada de decisão.

O custeio direto estabelece no escopo de suas orientações, uma oportuna atenção à análise das relações entre custo, volume e lucro. Com isto, torna-se fundamental a classificação dos custos sob a abordagem de comportamento em relação ao volume das operações, o que torna imprescindível a conceituação sob as expressões de custos fixos e custos variáveis.

Sob essa conceituação, os custos fixos representam insumos ocorridos muito mais para oferecer as condições de operação do que propriamente como recurso utilizado para a produção de um serviço específico. O conceito de custeio direto considera como custo do produto ou serviço apenas as parcelas de custos variáveis, enquanto os custos fixos são compreendidos como custos da empresa em sua totalidade, não sendo, portanto, objeto de apropriação ou rateio dos serviços produzidos.

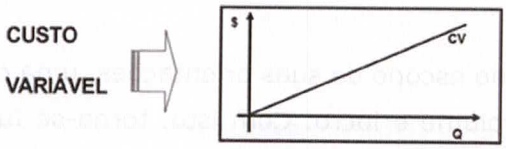
CUSTO FIXO (CF)

Os custos fixos são definidos como os custos que não sofrem alteração diante de mudanças no volume de produção. Em geral, estão representados pelos custos decorrentes da estrutura instalada, cujos exemplos mais comuns são os salários mensais fixos, depreciação, aluguel, entre outros.

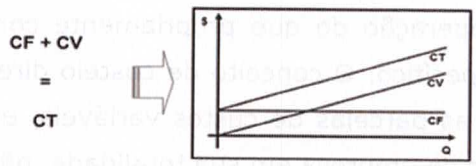


CUSTO VARIÁVEIS (CV)

Ao contrário dos custos fixos, os custos variáveis sofrem modificações de acordo com as alterações do volume de produção. O exemplo inquestionável de custo variável na composição dos custos hospitalares é o consumo de materiais, em especial os materiais médico-cirúrgicos e medicamentos.

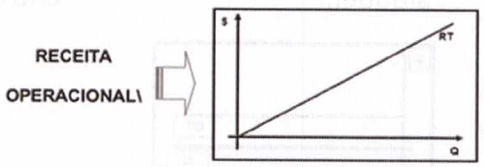


Portanto, o custo total é o resultado da soma dos comportamentos dos custos fixos e variáveis



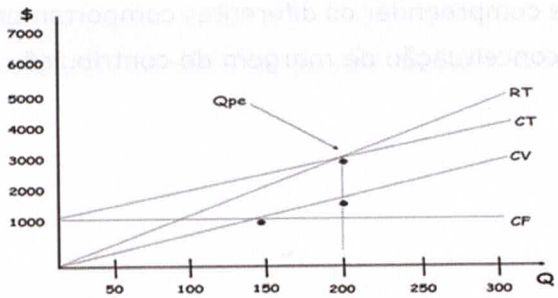
COMPORTAMENTO DA RECEITA

A receita proveniente das atividades operacionais da empresa corresponde à remuneração pelos serviços prestados. Em razão disto, o comportamento é semelhante à equação do custo variável, ou seja, varia à mesma proporção do volume de atendimento.



PONTO DE EQUILÍBRIO (PE)

O conceito de ponto de equilíbrio representa uma valiosa ferramenta de gestão dos resultados operacionais da empresa. Expressa o nível de atividades em que o resultado da empresa é zero, onde ocorre, portanto, a igualdade entre a receita total e o custo total. Em decorrência dessa conceituação, fica claro que o hospital deverá operar com volumes de atendimento acima do ponto de equilíbrio.



MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO (MC)

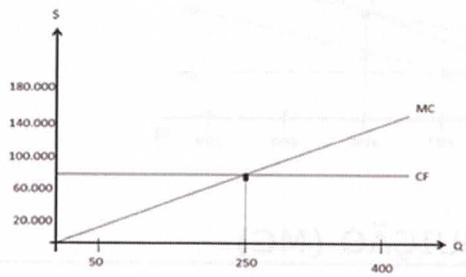
A conceituação de margem de contribuição consiste em mais um relevante instrumento, cuja utilização com as ferramentas de análise das relações de custo-volume-lucro descritas, propicia um acervo de equações fundamentais à avaliação de resultados e tomada de decisão.

A margem de contribuição corresponde à diferença entre o valor da receita total de custo variável, cuja expressão compreende a parcela de contribuição do produto ou serviço destinada à cobertura do custo fixo e à geração de resultados, caso o montante da referida contribuição seja superior ao valor do custo fixo.

Uma das compreensões mais importantes deste conceito corresponde à análise da destinação dos valores de contribuição gerados sob as condições de diferentes níveis de produção de serviços.

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS			
Descrição	200 internações	250 internações	300 internações
Receita Total.....	120.000,00	150.000,00	180.000,00
(-) Custo Variável.....	- 66.000,00	- 82.500,00	- 99.000,00
Margem de Contribuição.....	54.000,00	67.500,00	81.000,00
(-) Custo Fixo.....	- 67.500,00	- 67.500,00	- 67.500,00
Lucro.....	- 13.500,00	-	13.500,00

A ilustração gráfica permite compreender os diferentes comportamentos de resultados, com base nos fundamentos da conceituação de margem de contribuição.



COLETA E PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

As informações necessárias, insumos dos sistemas, deve ser previamente identificadas e definidos os setores responsáveis pela sua emissão.

Após a definição dos dados, os setores envolvidos na geração dos dados receberam relatórios de coleta para o devido preenchimento de maneira adequada.

Para a obtenção de uma apuração de custos mais precisa, foram então estabelecidos fluxos de informações, abrangendo os dados financeiros: custos com pessoal, honorários e serviços médicos, materiais, serviços prestados e custos gerais, dados estatísticos e produções, que serão descritos a seguir.

1º ETAPA

Crie em seu computar 8 pastas em seu computador para arquivar as planilhas e documentos que serão elaborados conforme os diagnósticos elaborados pelo consultor da Planisa e o Diretor Financeiro da unidade.

Pastas:

1 – Consumo

2 – Estatística

3 – Folha

4 – Notas Fiscais

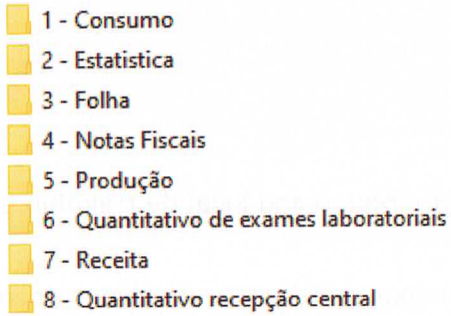
5 – Produção

6 – Quantitativo de exames laboratoriais

7 – Receita

8 – Quantitativo recepção central

Exemplo:



Vale ressaltar que deve ser elaborando todo o processo conforme as necessidades da unidade com os devidos responsáveis pela emissão dos relatórios mensais abaixo:

2º ETAPA

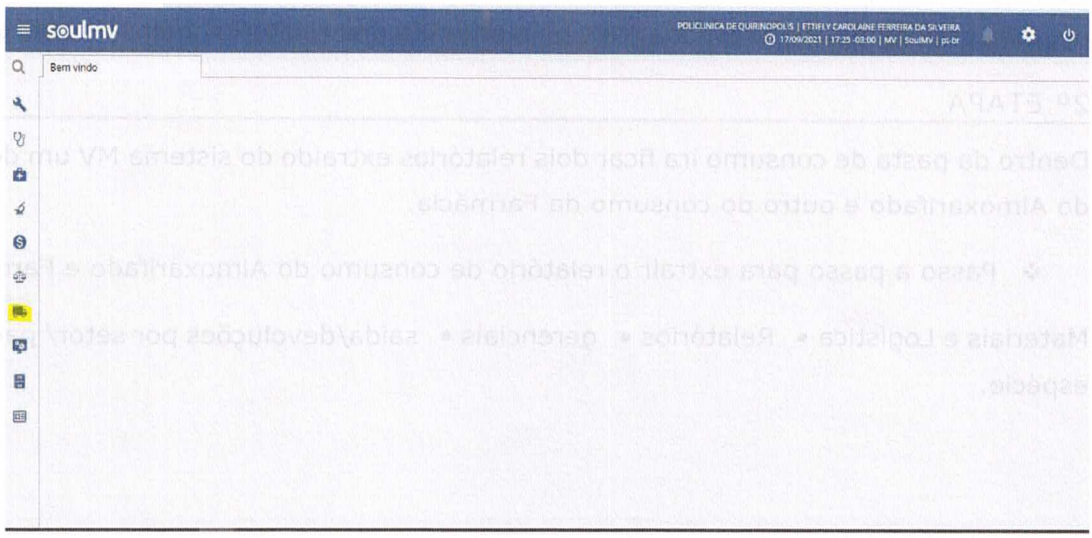
Dentro da pasta de consumo ira ficar dois relatórios extraído do sistema MV um do consumo do Almoxarifado e outro do consumo da Farmácia.

- Passo a passo para extrair o relatório de consumo do Almoxarifado e Farmácia.

Materiais e Logística • Relatórios • gerenciais • saída/devoluções por setor/ pacientes por espécie.



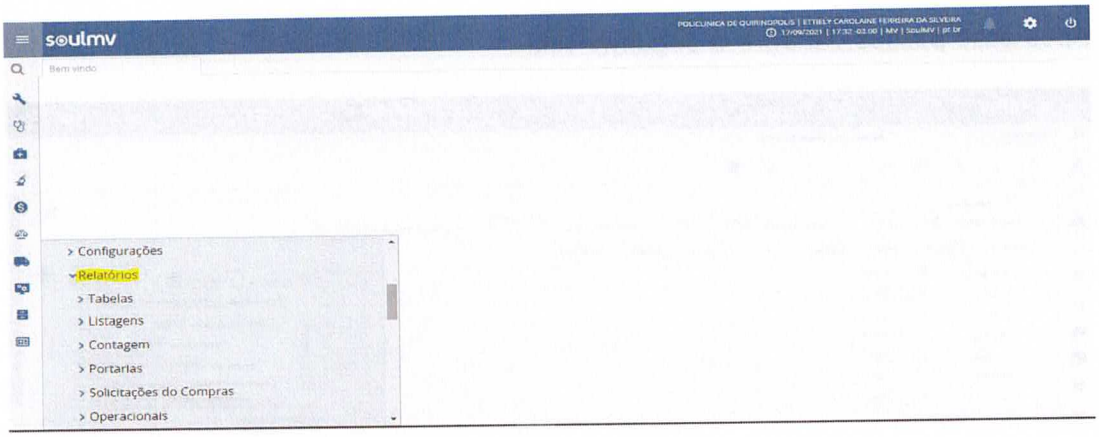
- Logar no sistema MV
- Em usuário coloque seu usuário;
- Em senha coloque sua senha;
- Após colocar o usuário vai aparecer em empresa o seu local de trabalho e clique em login
- Ao clicar em login vai abrir essa tela abaixo onde você vai clicar em materiais e logística (caminhão) no canto inferior esquerdo



- Clique em almoxarifado



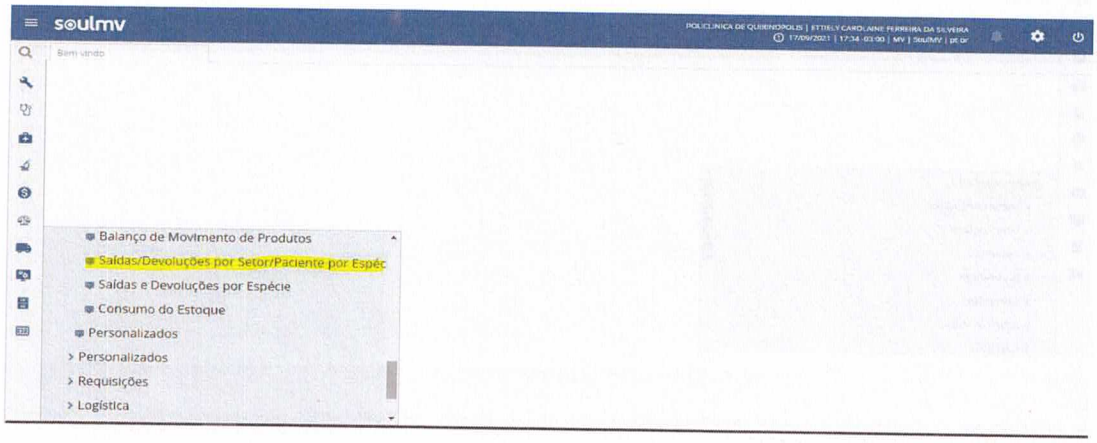
➢ Clique em relatórios



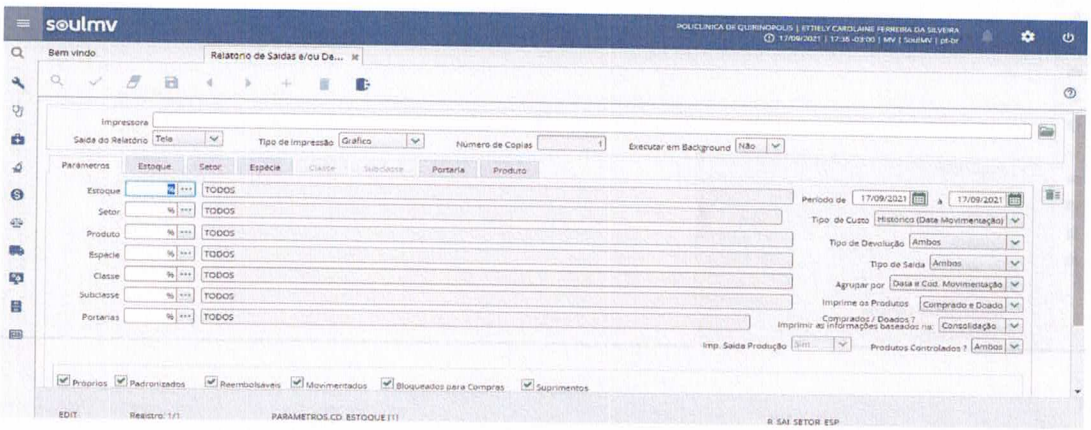
➢ Clique em Gerenciais



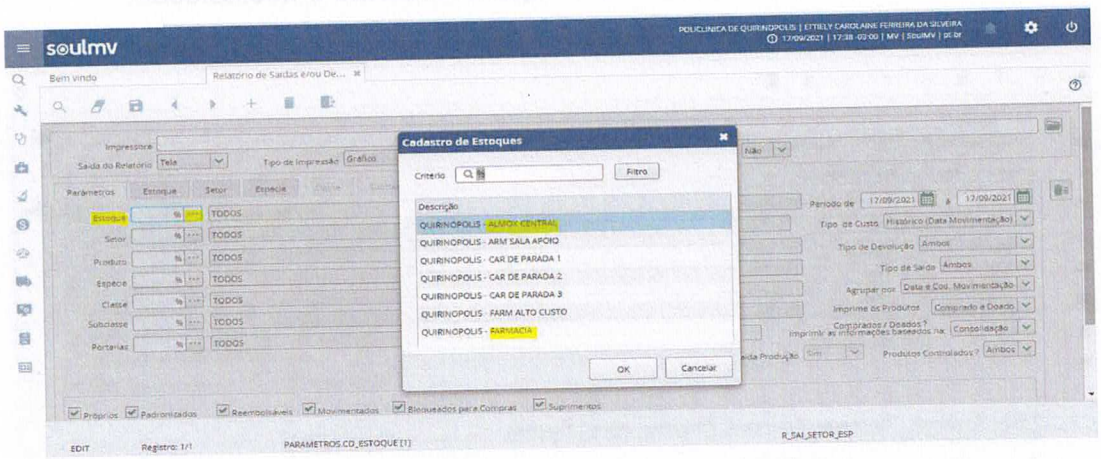
- Clique em Saída/ Devolução por Setor/Paciente por Espécie



Após esse passos vai abrir a seguinte tela

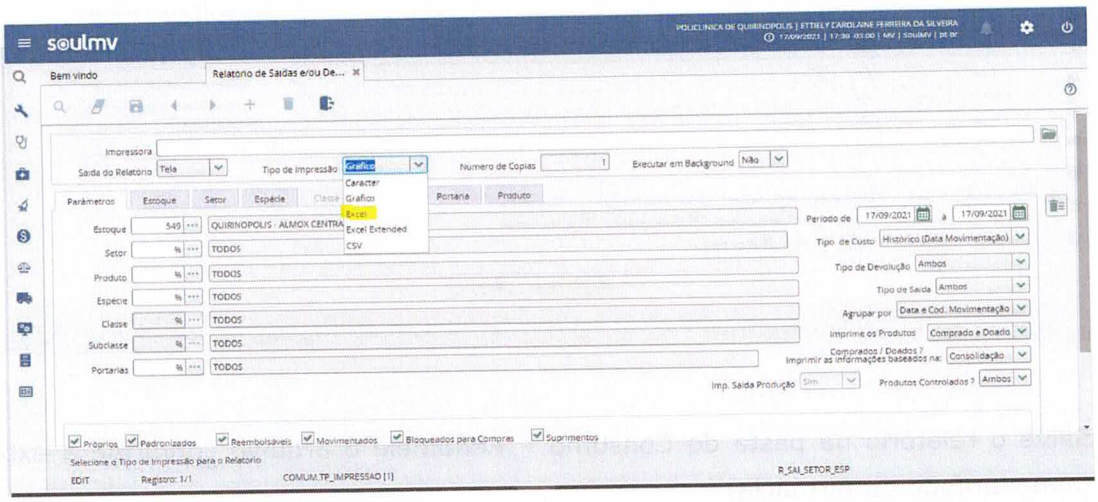


- Ao clicar reticências (três pontinhos) em estoque você poderá selecionar tanto almoxarifado quanto farmácia. (Emitir um relatório por vez).

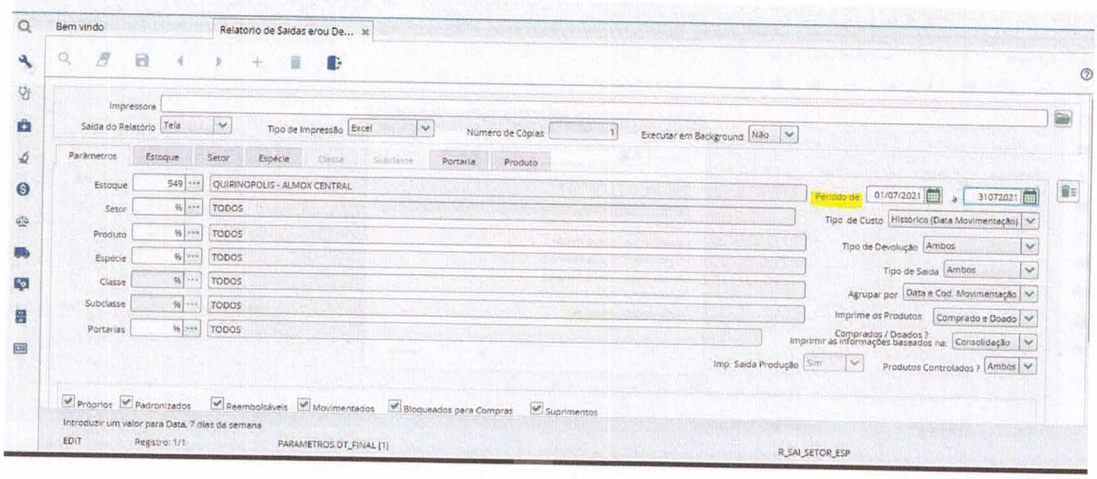


Selecione e clique em ok.

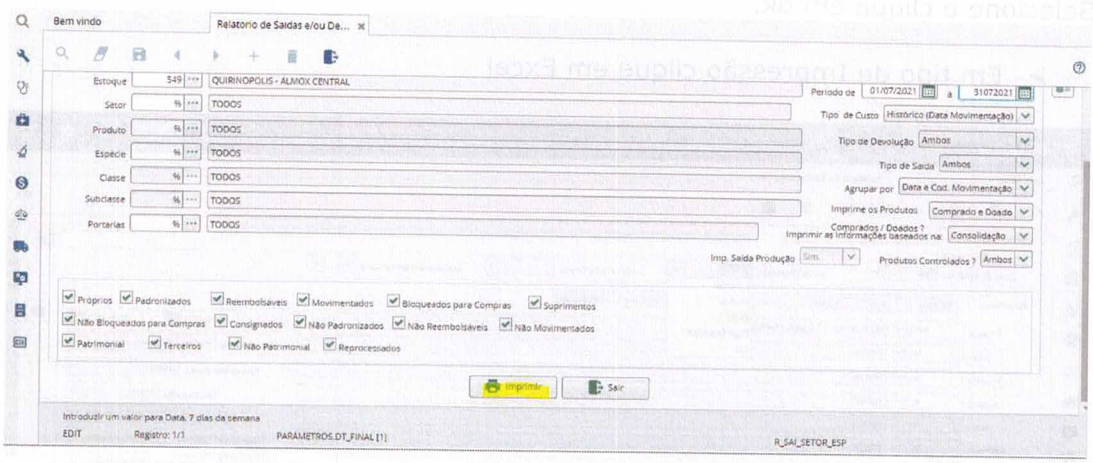
- Em tipo de Impressão clique em Excel



- Em período coloque o período desejado conforme a necessidade.



- Clique em Imprimir



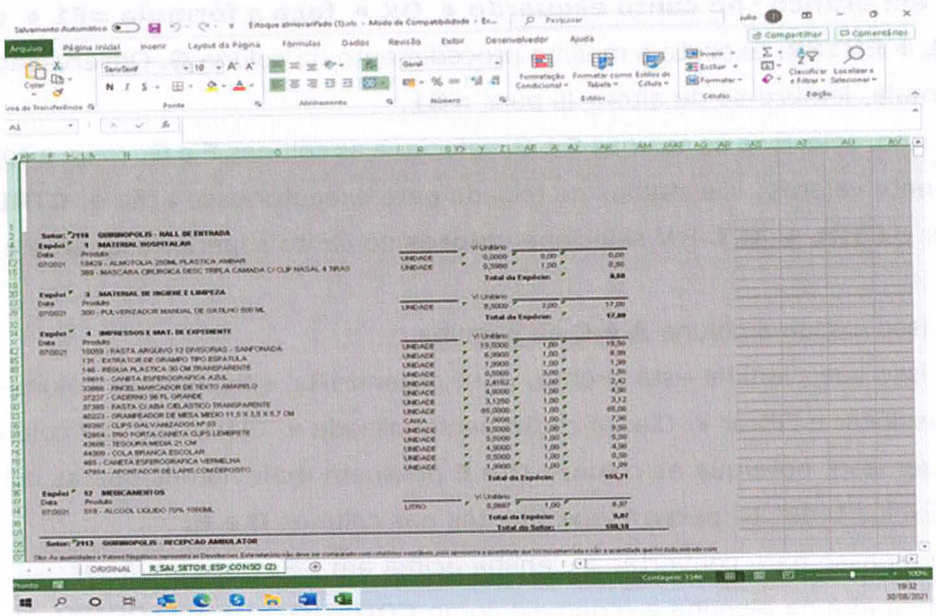
Salve o relatório na pasta de Consumo – Renomeie o arquivo conforme a extração dele (almoxarifado ou farmácia)

Lembre se que deve emitir tanto o relatório de Consumo da farmácia como o do almoxarifado

- Passo para converter o relatório conforme padrões da Planisa.

1 Abrir arquivo no **EXCEL** e criar uma cópia da aba com a descrição **ORIGINAL; (**A aba **original** servirá como backup caso seja necessário fazer uma pesquisa na planilha original);

2 Na outra aba, selecionar todas as linhas e colunas, desmarcar a opção de quebra de texto automática e a opção mesclar e centralizar;



3 Feito isso, ainda com toda planilha selecionada, dar um **duplo clique** na divisão entre a **primeira** e **segunda linha** e na divisão entre a coluna **A** e **B;**

4 Após isso, excluir as colunas: A, B, C, D, E.

5 Após isso, excluir as colunas: B, C, D, E.

6 Após isso, excluir as colunas: C, D.

7 Após isso, excluir as colunas: D até K.

8 Após isso, excluir as colunas: E até K.

9 Após isso, excluir todas as colunas após a coluna E.

10 Feito isso, na primeira linha que possua descrição de materiais, bem como quantidades, fazer a seguinte fórmula na coluna **F**: **=SE(A2="Setor:";C2).** Na coluna **G** digite a fórmula: **=SE(A4="Espécie:";C4).**

11 Selecionar as duas linhas com fórmulas e arrastar até a última linha escrita da planilha.

12 Feito isso, selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

13 Feito isso, ainda com as colunas **F e G** selecionadas, clique em **CTRL + L,** em localizar escreva **FALSO,** altere para a aba substituir e clique em **SUBSTITUIR TUDO.**

14 Feito isso, exclua todas as linhas acima da primeira que contem 1 item de estoque, na coluna **F** note que a primeira linha é um centro de custo, **selecione toda a linha • F5 no teclado • clique em especial no canto inferior esquerdo • clique em "em branco" no canto esquerdo • OK • faça a fórmula =F1 • clique em CTRL + ENTER.** Execute o mesmo procedimento na coluna **G.** Observação: Ao fazer a fórmula, lembre-se de altera-la para **=G1.**

15 Após isso, selecione as colunas **F e G,** selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

16 Feito isso exclua a coluna **A e C** na planilha.

17 Feito isso sua planilha está pronta, para organizá-la, selecione as colunas de A a E • Classificar e Filtrar • Classificação personalizada • Classificar por coluna A • ok.

18 Ao fazer isso, note que as colunas **D e E** possuem mais nomes que as colunas **A, B e C.** Exclua todas as palavras excedentes nas colunas **D e E.**

❖ Passo a passo para converter a planilha acima em CSV para importar.

1 Crie uma aba na planilha e renomeie como **CONSUMO DE ESTOQUE;**

2 Na primeira linha, coloque em sequência os seguintes nomes: COMPETÊNCIA; GRUPO; CENTRO DE CUSTO; CODIGO; ITEM; QUANTIDADE; CUSTO UNITÁRIO.

3 **COMPETÊNCIA:** Colocar a competência do relatório, ex: jul/2021;

4 **GRUPO:** Coluna **E** da planilha manipulada anteriormente;

5 **CENTRO DE CUSTO:** Coluna **D** da planilha manipulada anteriormente;

6 **CÓDIGO:** Coluna **A** da planilha manipulada anteriormente;

7 ITEM: Selecione todos os itens da coluna CÓDIGO, clique em: texto para colunas • delimitado • avançar • na parte superior esquerdo marque a caixa de seleção outros • coloque um traço (-) • avançar • concluir;

8 Verifique se algum item teve sua descrição cortada, caso tenha ocorrido, fazer novamente a junção manualmente;

9 **QUANTIDADE:** Coluna **B** da planilha manipulada anteriormente;

10 **CUSTO UNITÁRIO:** Coluna **C** da planilha manipulada anteriormente;

• Passo a passo para converte o relatório em CSV.

1. Após fazer o procedimento acima, vá na aba consumo de estoque • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.
2. Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por vírgulas) (*.csv).

- Salve a Planilha em consumo também. (Este será o modelo que você vai importar no sistema KPIH.

Modelo da planilha consumo pronta para importação.



❖ Passo a passo para Emitir o relatório de estastística Almoxarifado e Farmácia. (Mesmo local onde emite o relatório de consumo).

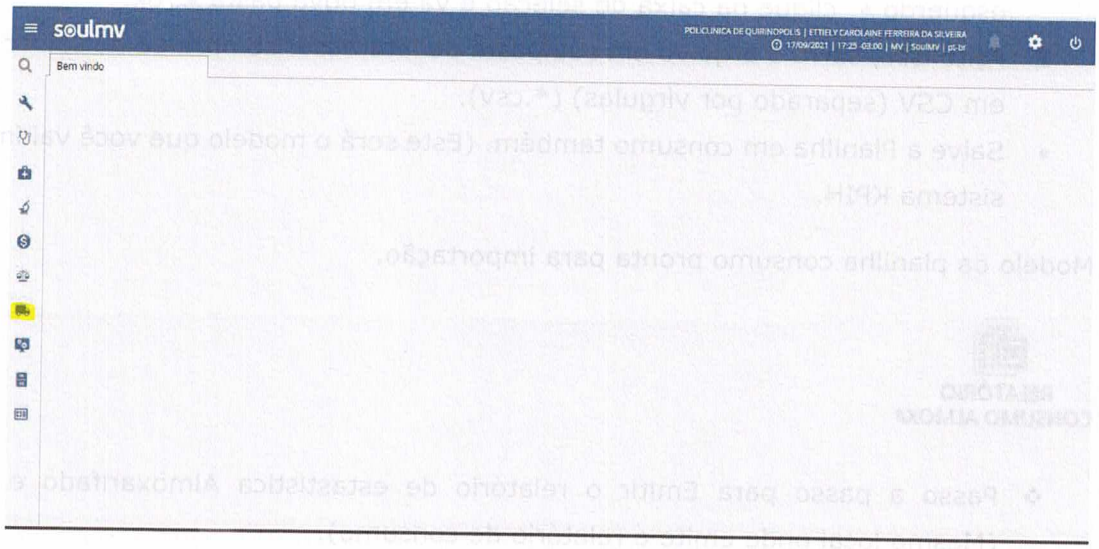
Materiais e Logística • Relatórios • gerenciais • saída/devoluções por setor/ pacientes por espécie.

➢ Logar no sitema MV

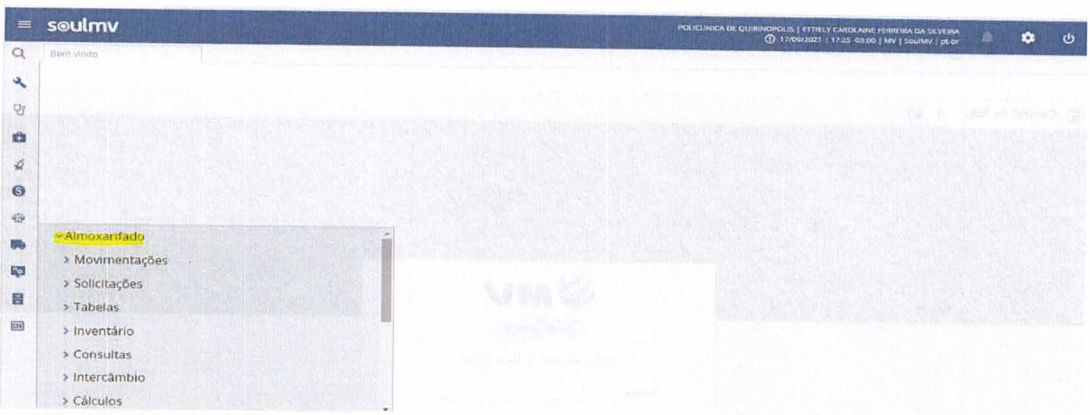


- Em usuário coloque seu usuário;
- Em senha coloque sua senha;
- Após colocar o usuário vai aparecer em empresa o seu local de trabalho e clique em login

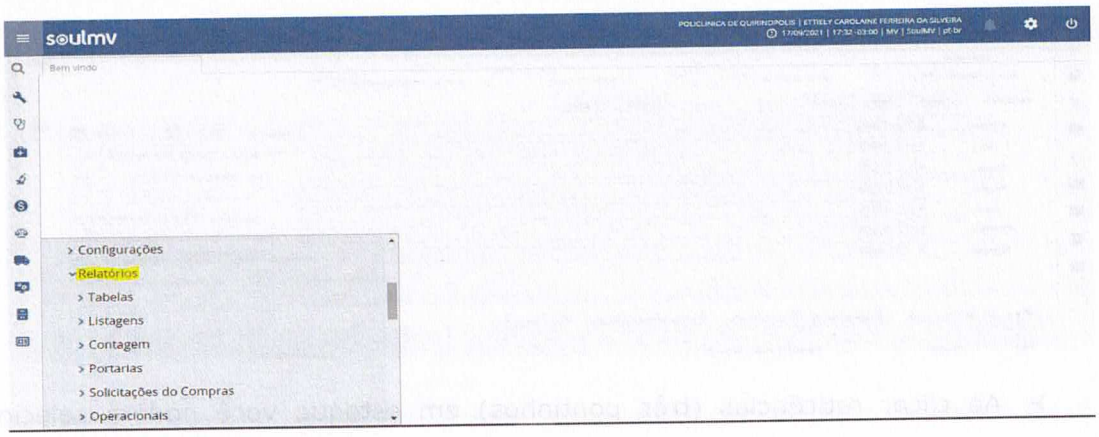
- Ao clicar em login vai abrir essa tela abaixo onde você vai clicar em materiais e logística (caminhão) no canto inferior esquerdo



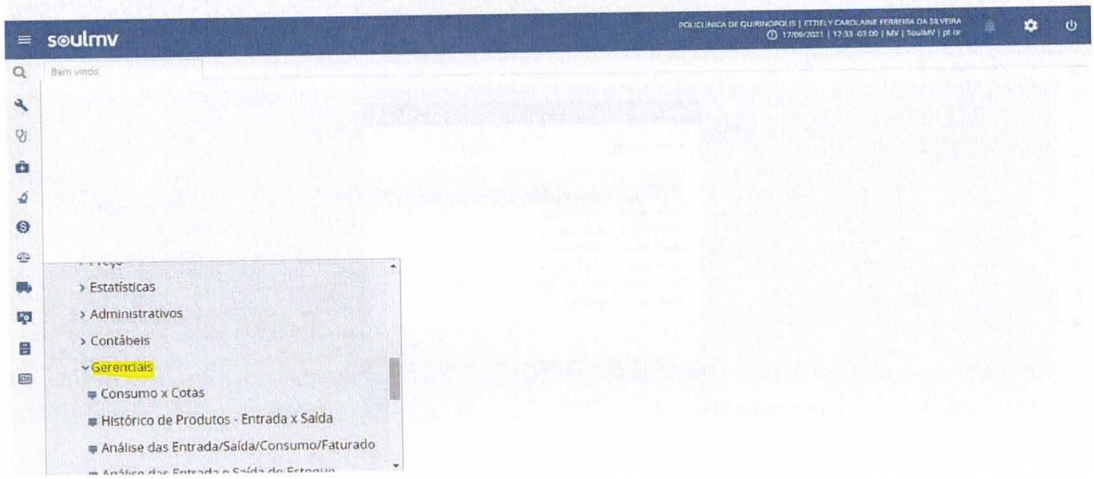
- Clique em almoxarifado



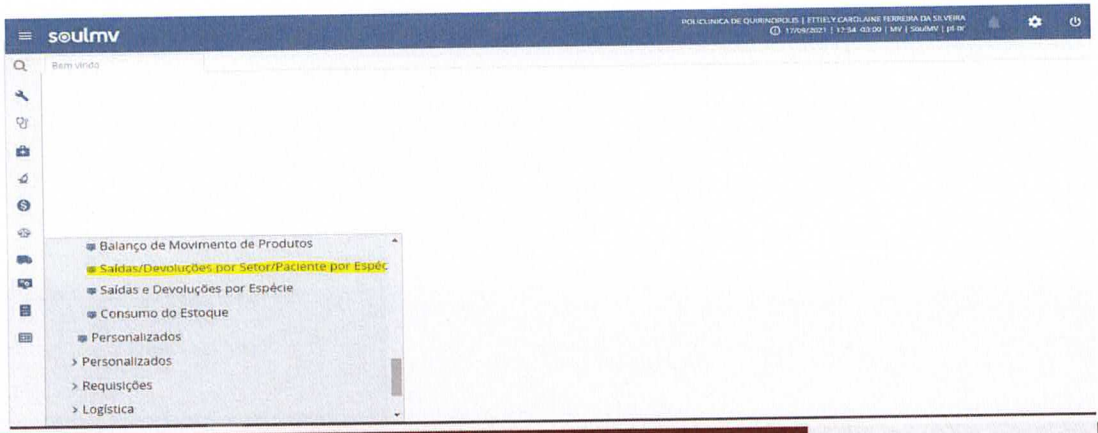
➢ Clique em relatórios



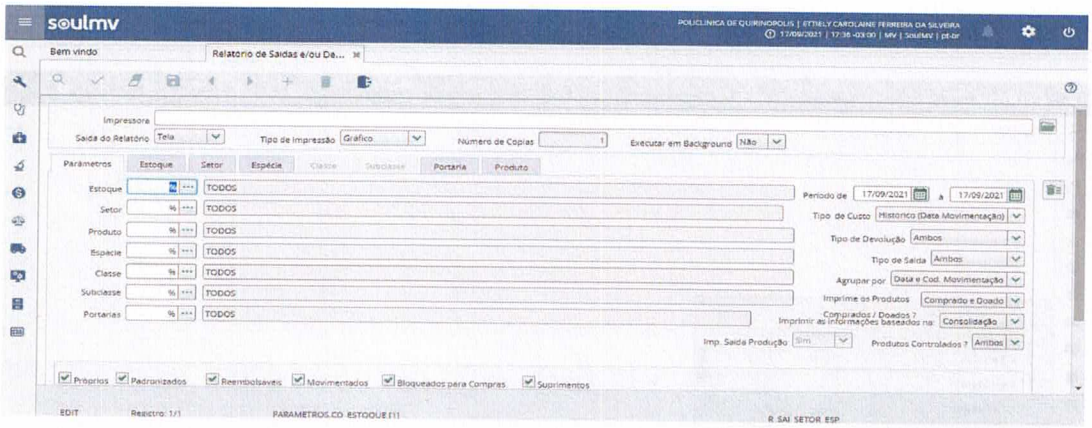
➢ Clique em Gerenciais



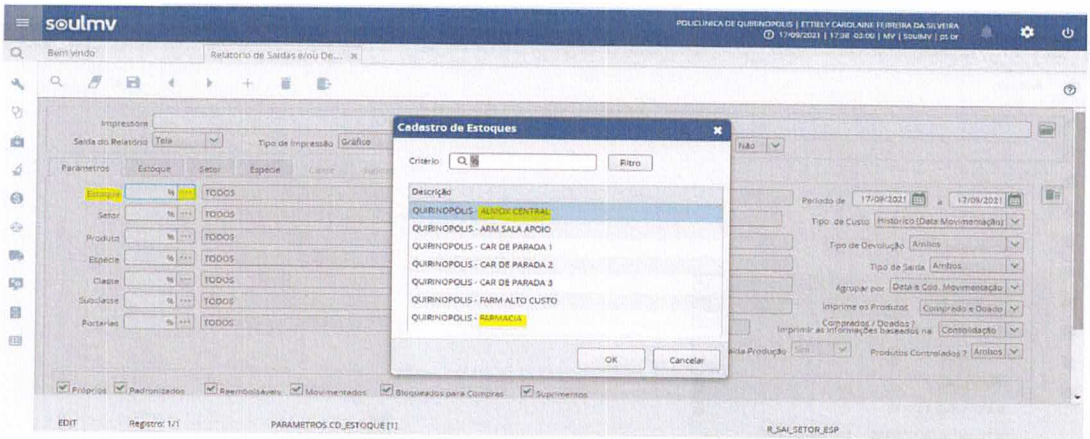
➢ Clique em Saida/ Devolução por Setor/Paciente por Espéciei



Após esse passos vai abrir a seguinte tela:

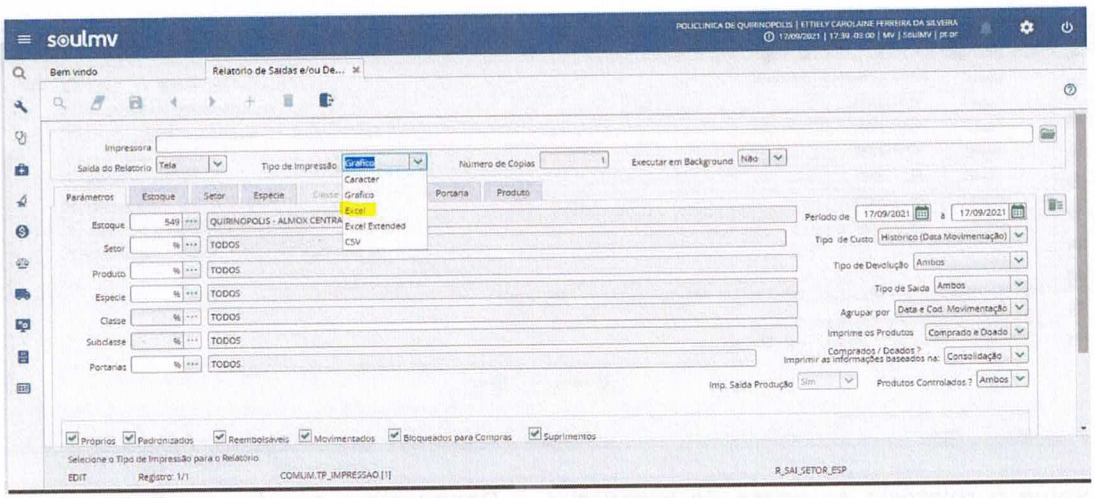


- Ao clicar reticências (três pontinhos) em estoque você poderá selecionar tanto almoxarifado quanto farmácia. (Emitir um relatório por vez).

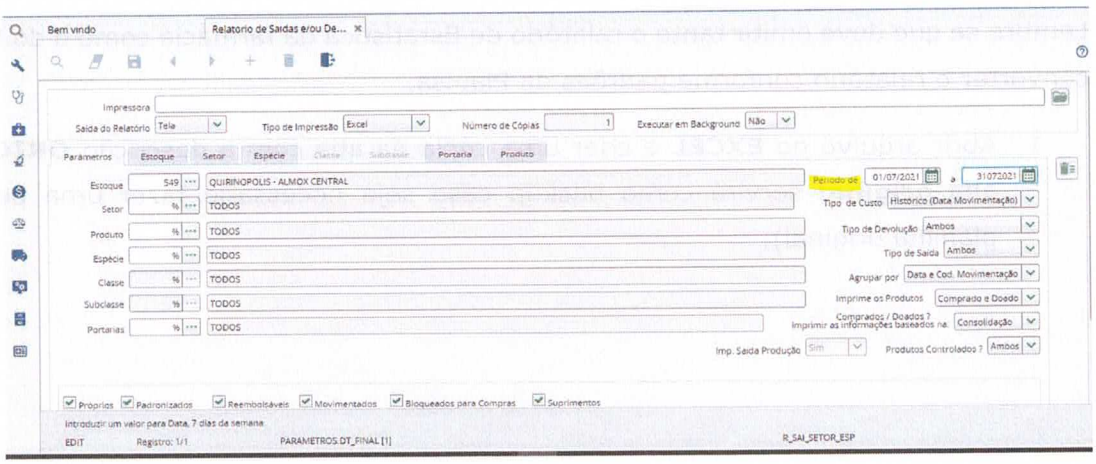


Selecione e clique em ok.

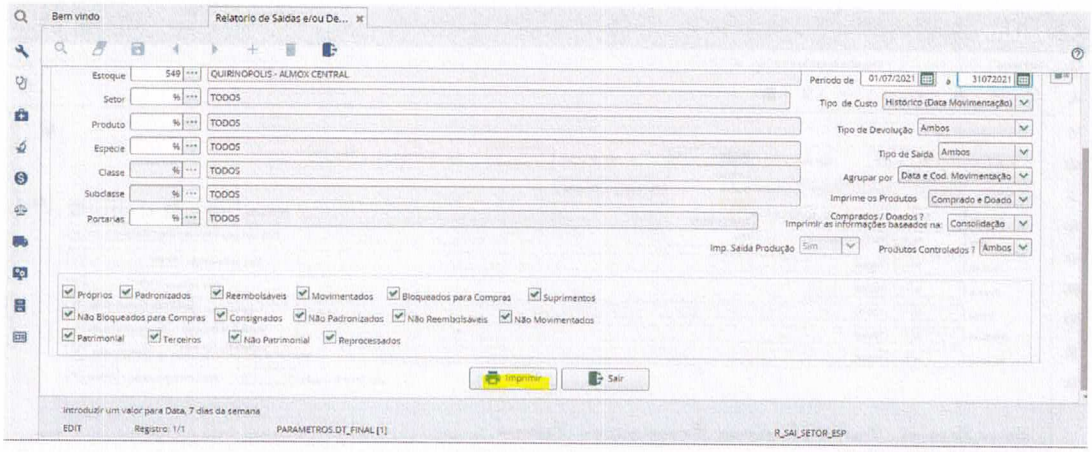
- Em tipo de Impressão clique em Excel



- Em período coloque o período desejado conforme a necessidade.



- Clique em Imprimir

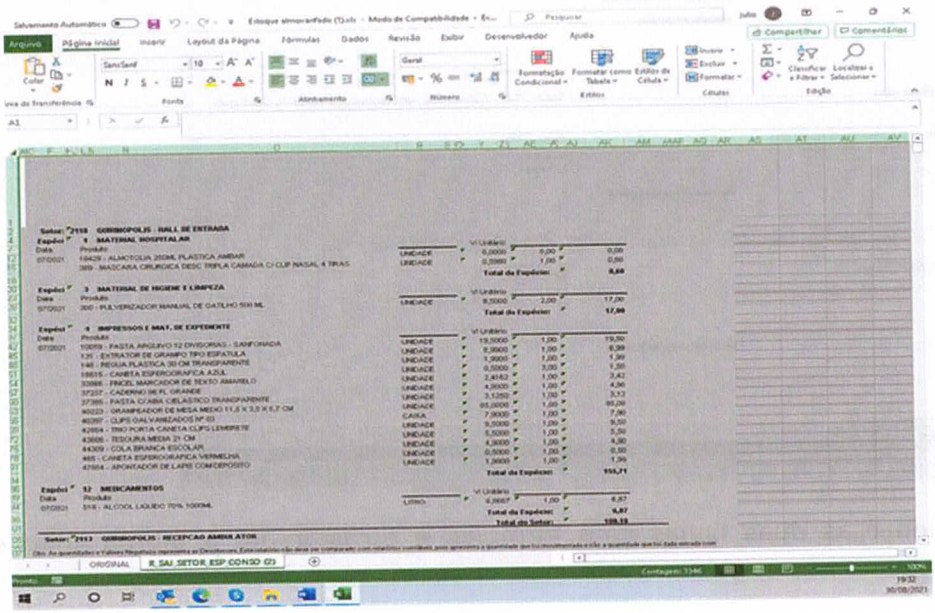


Salve o relatório na pasta de Estatística – Renomeie o arquivo conforme a extração dele (almoxarifado ou farmácia)

Lembre se que deve emitir tanto o relatório de Estatística da farmácia como o do Passo para converter o relatório conforme padrões da Planisa.

1 Abrir arquivo no **EXCEL** e criar uma cópia da aba com a descrição **ORIGINAL; (**A aba **original** servirá como backup caso seja necessário fazer uma pesquisa na planilha original);

2 Na outra aba, selecionar todas as linhas e colunas, desmarcar a opção de quebra de texto automática e a opção mesclar e centralizar;



3 Feito isso, ainda com toda planilha selecionada, dar um **duplo clique** na divisão entre a **primeira** e **segunda linha** e na divisão entre a coluna **A** e **B;**

4 Após isso, excluir as colunas: A, B, C, D, E.

5 Após isso, excluir as colunas: B, C, D, E.

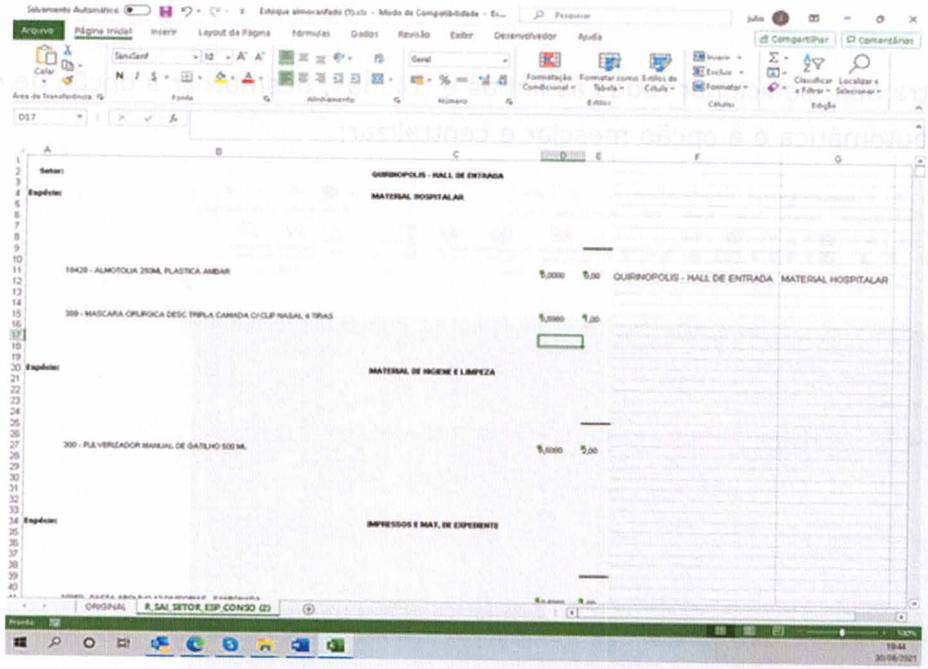
6 Após isso, excluir as colunas: C, D.

7 Após isso, excluir as colunas: D até K.

8 Após isso, excluir as colunas: E até K.

9 Após isso, excluir todas as colunas após a coluna E.

10 Feito isso, na primeira linha que possua descrição de materiais, bem como quantidades, fazer a seguinte formula na coluna **F**: **=SE(A2="Setor:";C2).** Na coluna **G** digite a fórmula: **=SE(A4="Espécie:";C4).**



11 Selecionar as duas linhas com fórmulas e arrastar até a última linha escrita da planilha.

12 Feito isso, selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

13 Feito isso, ainda com as colunas **F e G** selecionadas, clique em **CTRL + L,** em localizar escreva **FALSO,** altere para a aba substituir e clique em **SUBSTITUIR TUDO.**

14 Feito isso, exclua todas as linhas acima da primeira que contem 1 item de estoque na coluna **F** note que a primeira linha é um centro de custo, **selecione toda a linha • F5 no teclado • clique em especial no canto inferior esquerdo • clique em "em branco" no canto esquerdo • OK • faça a fórmula =F1 • clique em CTRL + ENTER.** Execute o mesmo procedimento na coluna **G.** Observação: Ao fazer a fórmula, lembre-se de altera-la para **=G1.**

15 Após isso, selecione as colunas **F e G,** selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

16 Feito isso exclua a coluna **A e C** na planilha.

17 Feito isso sua planilha está pronta, para organizá-la, selecione as colunas de A a E • Classificar e Filtrar • Classificação personalizada • Classificar por coluna A • ok.

18 Ao fazer isso, note que as colunas **D e E** possuem mais nomes que as colunas **A, B e C.** Exclua todas as palavras excedentes nas colunas **D e E.**

19 Crie uma aba na planilha e renomeie como **ESTATISTICAS;**

20 Na primeira linha, coloque em sequência os seguintes nomes: **COMPETÊNCIA; GRUPO; CENTRO DE CUSTO; QUANTIDADE;**

21 **COMPETÊNCIA:** Colocar a competência do relatório, ex: jul/2021;

22 **GRUPO:** Coluna **E** da planilha manipulada anteriormente;

23 **CENTRO DE CUSTO:** Coluna **D** da planilha manipulada anteriormente;

24 **QUANTIDADE:** Coluna **B** da planilha manipulada anteriormente;

- Passo a passo para converte o relatório em CSV.

1 Após fazer o procedimento acima, vá na aba estatísticas • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.

2 Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por vírgulas) (*.csv).

- Salve a Planilha em consumo também. (Este será o modelo que você vai importar no sistema KPIH.

Continuando as planilhas de estatistifica os demais itens desta planilha será feito conforme a necessidade da unidade,

Observações abra essa planilha para compreender os passos a passos abaixo de preenchimento.

Deste modelo seguindo a primeira aba da planilha estatística temos a parte de importação que conforme for preenchido a segunda, terceira, quarta, quinta e sexta, nos dará a planilha de importação pronta.

❖ Terceiro passo - Passo a passo para preencher a planilha.

Conforme a análise feita pelos consultores e diretor financeiro será separados os responsáveis pela inclusão desse dados na planilha.

Organizado em um Drive onde esta localizado essa planilha para que o colaborador responsável apenas entre no drive e atualize a sua parte.

❖ Segunda Aba da planilha a cima:

Manutenção predial colocar as horas trabalhadas em cada setor. O colaborador responsável computa suas horas mensais e incluir na planilha

Exemplo:

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos
		Operação
		Lançar estatísticas de rateio
		Critério de rateio
		Horas Trabalhadas Manutenção Predial
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	
1003	Ambulatório Dermatologia	00:30

- Terceira Aba

Informática incluir os números de O.S. entreocultada nos meses de competência conforme os setores solicitantes. O T.I. da unidade computa as O.S. por setor e inclui na planilha.

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos
		Operação
		Lançar estatísticas de rateio
		Critério de rateio
		Nº de O.S. Informática
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	3
1003	Ambulatório Dermatologia	1

- Quarta Aba

SCIRAS incluir as horas trabalhadas em cada setor da enfermeira SCIRAS. A Enfermeira computa suas horas mensais e depois incluir na planilha

DESCRIÇÃO DE CENTRO DE CUSTOS		% de Atuação SCIRAS	
		Atividades do SCIH	Atividades de Comissões
1002	Ambulatório Cardiologia		1
1003	Ambulatório Dermatologia		1
1004	Ambulatório Endocrinologia		1
1005	Ambulatório Gastroenterologia		
1006	Ambulatório Ginecologia / Obstetrícia		2

- Quinta Aba

Recepção central incluir o número de atendimentos. Relatório emitido no sistema MV. (Relatório de Origens de Atendimento)

Abaixo modelo do relatório.

Exemplo:

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos Operação Lançar estatísticas de rateio Critério de rateio Nº de Atendimentos Recepção Recepção
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	60
1003	Ambulatório Dermatologia	15

- Sexta aba

Ouvidoria e incluído o número de pesquisas efetuadas por departamento. Relatório elaborado pela ouvidoria da unidade e incluído na planilha.

Modelo de relatório da unidade. (Considerando apenas o valor total por departamento.

Tabela de resultados da pesquisa mês de julho.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
RECEPÇÃO CENTRAL	0	1	66	250	317	33,62 %
ENFERMAGEM	0	0	28	181	209	22,16 %
RECEPÇÃO MÉDICA	0	0	0	24	24	2,55%
CONSULTÓRIO MÉDICO	0	0	0	0	0	0,00%
RECEPÇÃO IMAGEM	0	0	22	178	200	21,21 %
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	0	0	3	20	23	2,44%

RECEPÇÃO LABORATÓRIO	0	0	2	37	39	4,14%
RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	0	0	1	29	30	3,18%
LABORATÓRIO	0	0	3	33	36	3,82%
FISIOTERAPIA	0	0	0	17	17	1,80%
FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0,00%
NUTRIÇÃO	0	0	3	5	8	0,85%
SERVIÇO SOCIAL	0	0	1	15	16	1,70%
PSICOLOGIA	0	0	0	0	0	0,00%
UNID. MÓVEL	0	0	8	16	24	2,55%
TOTAL GERAL	0	1	137	805	943	100,00 %
PERCENTUAL	0,00%	0,11%	14,53%	85,37 %	100,00 %	

Total das avaliações = 943

Toda essa documentação de estatística salve na pasta de estatistifica para fazer a importação.

Depois de preencher toda a planilha de estatistifica vai na primeira aba e siga os passos abaixo:

1 Após fazer o procedimento acima, vá na aba IMPORTAR ESTATÍSTICAS • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.

2 Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por vírgulas) (*.csv).

❖ Quarto passo – Planilha de Folha de pagamento.

O RH da unidade preenche ela conforme nome, salário, centro de custo cargo.

Abaixo modelo:



PLANISA 072021.xlsx

Depois de preencher toda a planilha da folha vai na primeira aba e siga os passos abaixo:

3 Após fazer o procedimento acima, vá na aba JULHO 2021 • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.

4 Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por vírgulas) (*.csv).

❖ Quinto passo – Planilha de notas.

O setor que ficar responsável devera preencher com as notas fiscal da competência desejada. (essa planilha também será elaborada conforme as necessidades da unidade e de rateio que a unidade vai seguir).

Após a sua planilha elaborada conforme sua unidade, sempre alterar apenas nas colunas A, B, C, D e E.

Abaixo modelo da planilha:



1 -Notas mês 07-2021 - Copia.xlsx

Depois de preencher toda a planilha de notas vai na primeira aba e siga os passos abaixo:

1 Após fazer o procedimento acima, vá na aba 1.1 NOTAS MÊS 07-2021 • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.

2 Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por vírgulas) (*.csv).

❖ Sexto passo – Produção

Essa planilha também e elaborada conforme a unidade

Nesta planilha você vai incluir o a quantidade de consultas na segunda aba e na terceira aba vai incluir a quantidade de exames.

Essas quantidades será feito no portfólio que será enviado pelo diretor financeiro, após ter a planilha você inclui os dados.

Modelo de planilha



Produção - 072021.xlsx

Depois de preencher toda a planilha de produção vai na primeira aba e siga os passos abaixo:

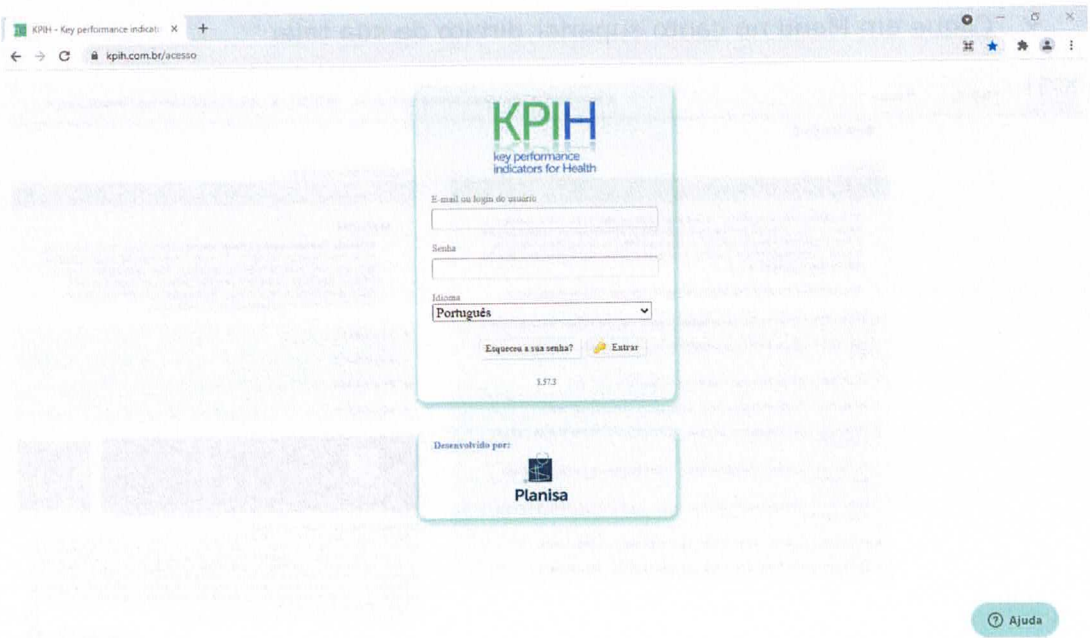
3 Após fazer o procedimento acima, vá na aba IMPORTAR PRODUÇÃO • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.

4 Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por vírgulas) (*.csv).

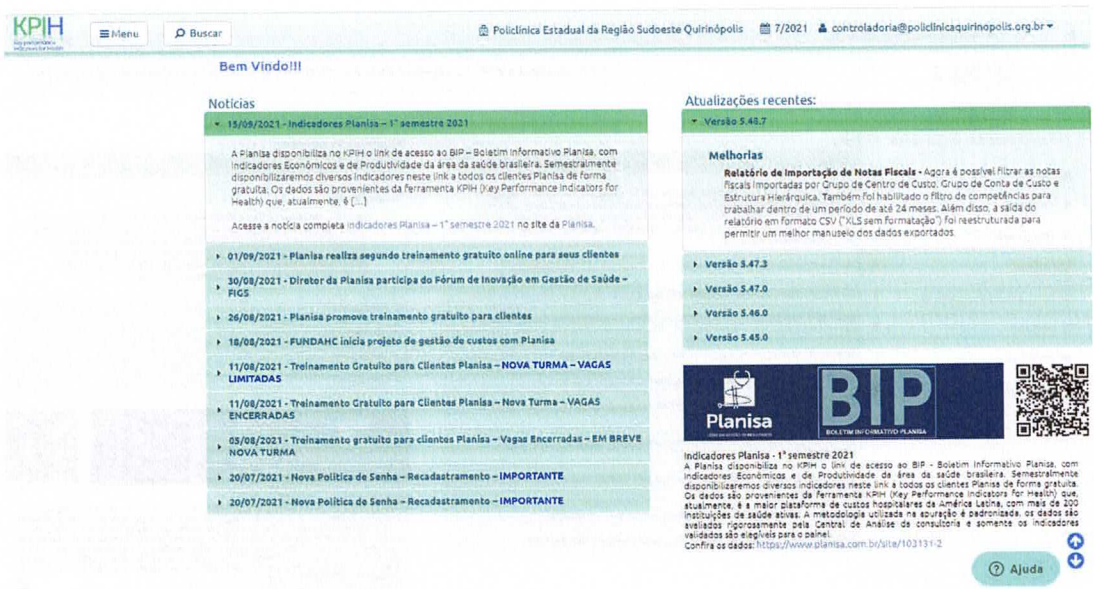
❖ PASSO A PASSO PARA IMPORTAÇÃO NO SISTEMA KPIH

Link do sistema: https://www.kpih.com.br/acesso

✓ Pagina inicial do sistema: Coloque seu e-mail e sua senha e clique em entrar.



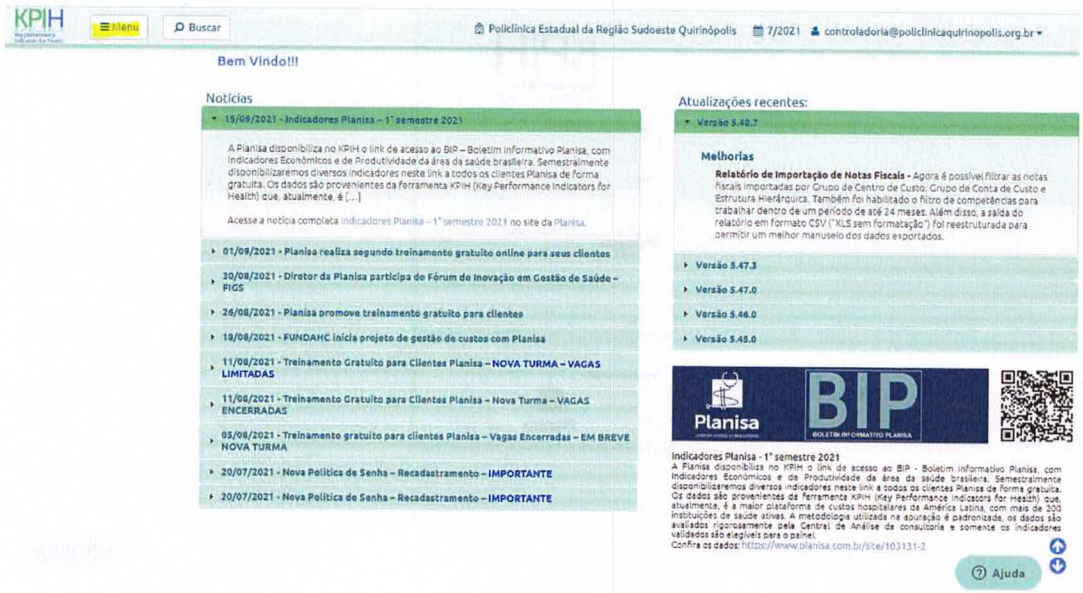
✓ Após fazer o login essa será sua primeira página:



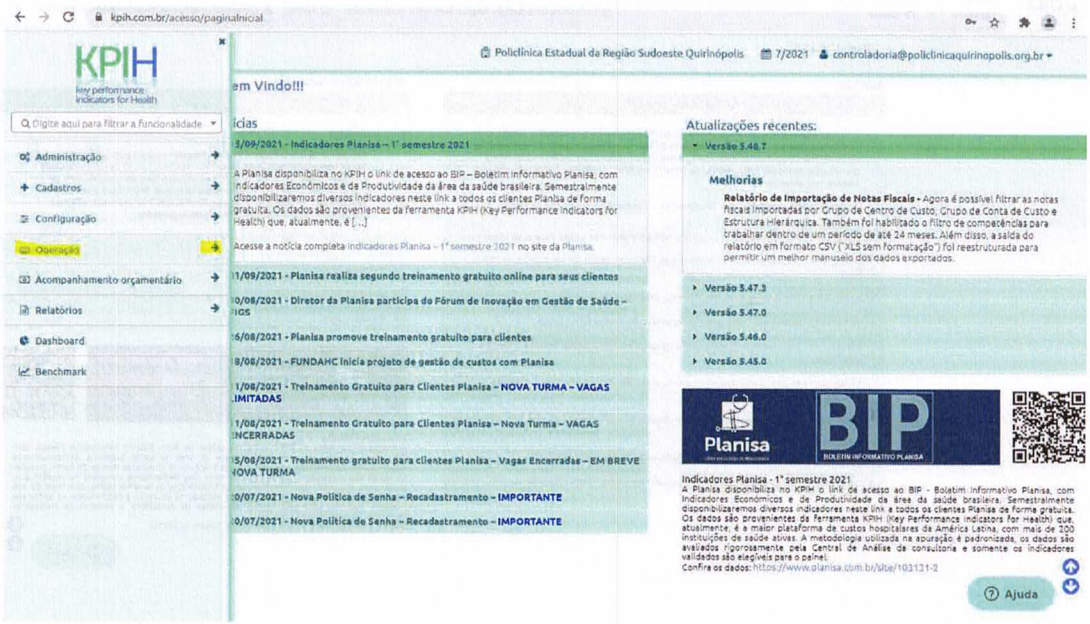
Passo a passo para lançar receitas:

Menu • operação • custos e receitas • lançar receita.

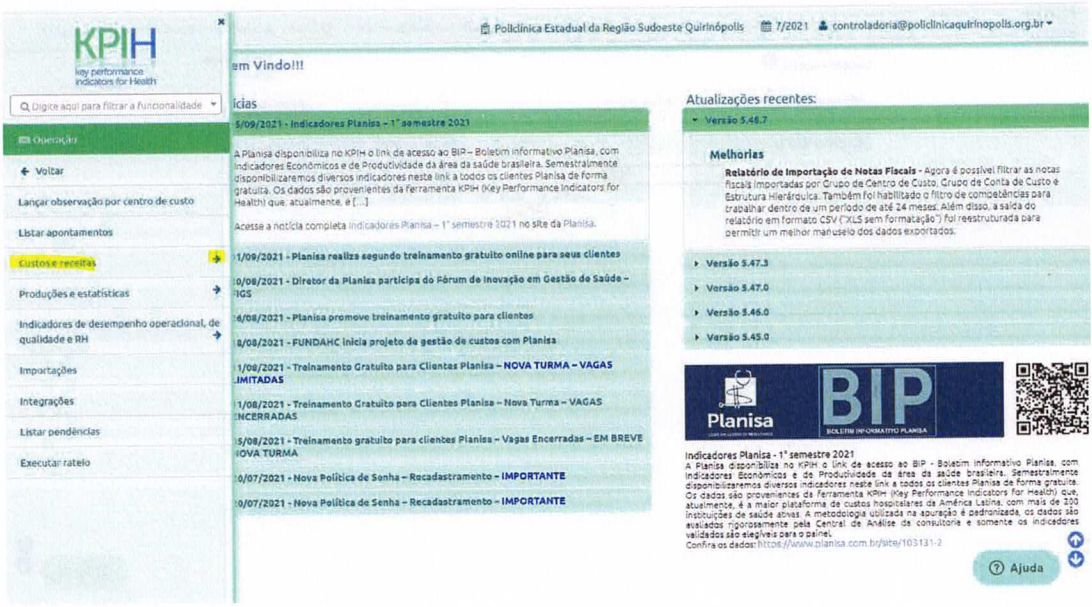
✓ Clique em Menu no canto superior direito da sua tela:



✓ Clique em Operação



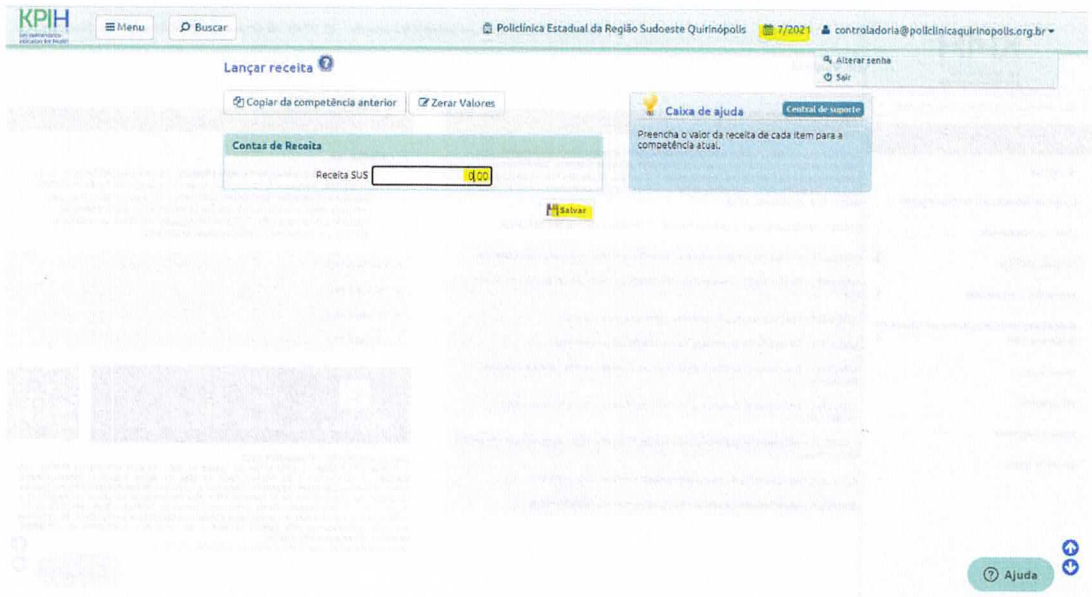
✓ Clique em Custo e receitas



✓ Clique em Lançar Receita



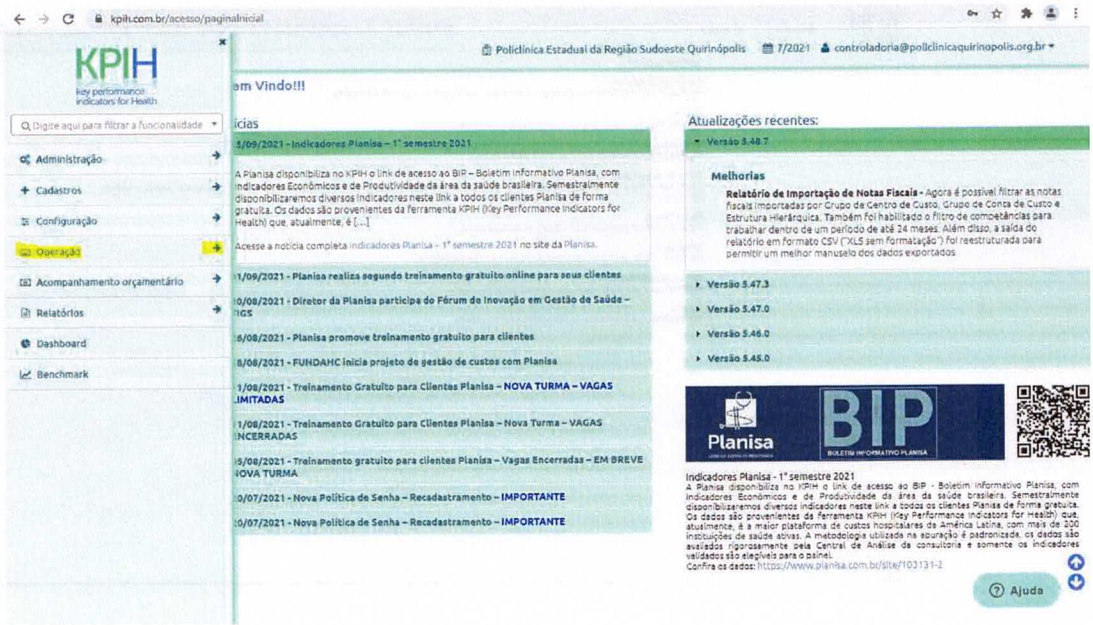
✓ Verifique sua competência no canto superior direito e coloque o valor da receita conforme contrato de gestão e clique em salvar.



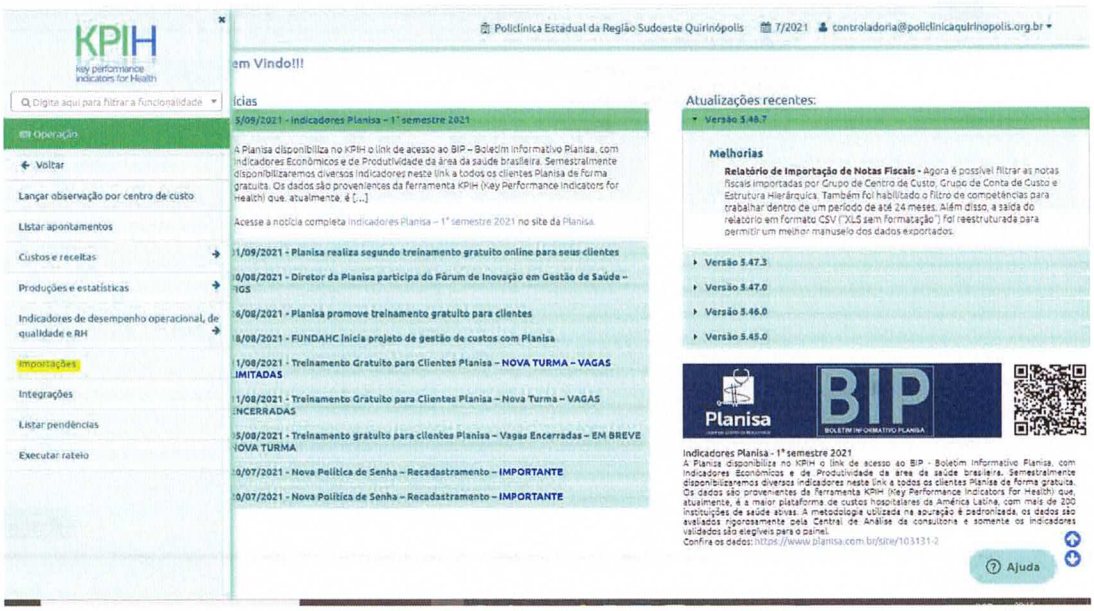
- ❖ Passo a passo para importação da planilha de consumo almoxarifado e farmácia (esta é a planilha de segundo passo).
- ✓ Clique em Menu no canto superior direito da sua tela:



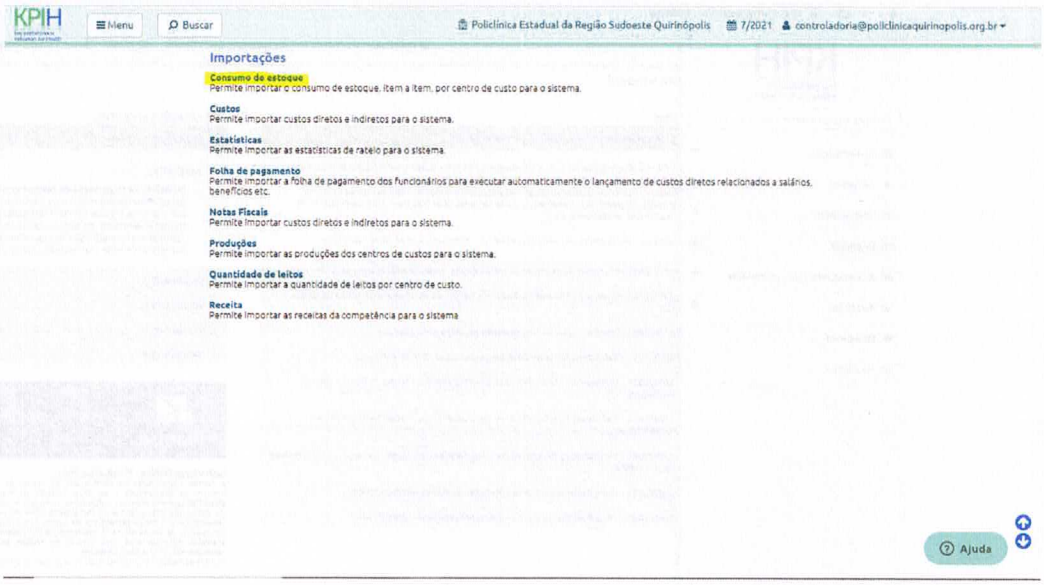
- ✓ Clique em Operação



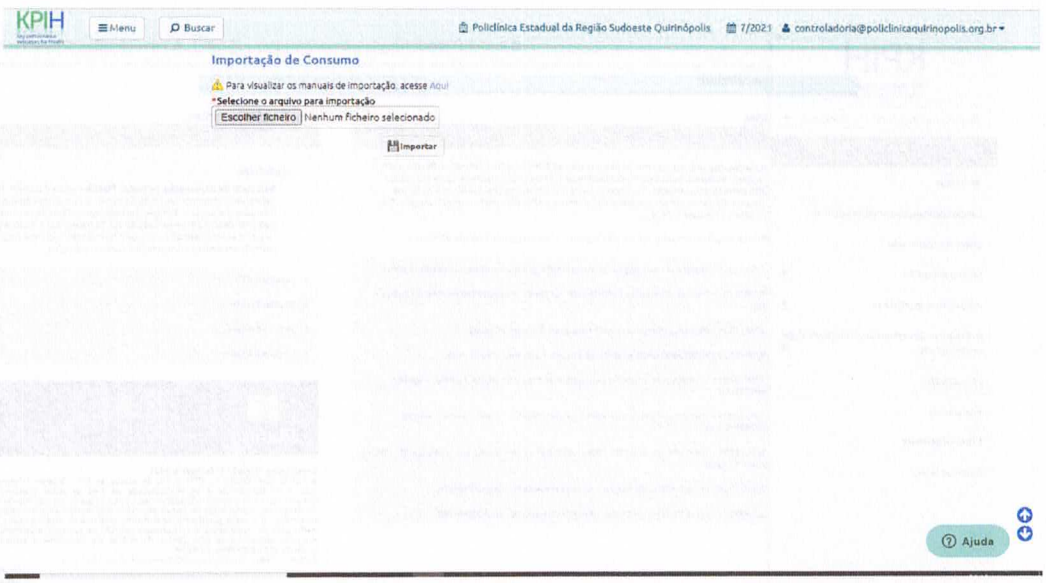
✓ Clique em Importações:



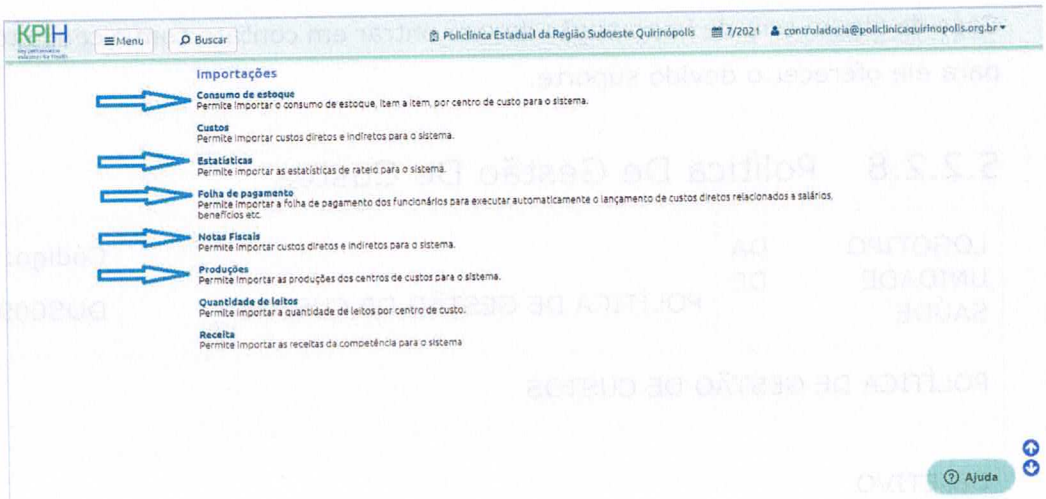
✓ Clique em consumo de estoque:



Clique em escolher ficheiro – localize a pasta que você converto e CSV (separado por virgula e clique em importar o arquivo.



Fazer o mesmo passo acima com as planilhas convertidas CSV (Planilha consumo do almoxarifado e farmácia, planilhas de estatísticas, planilha de folha de pagamento, planilha de notas fiscais e planilha de produção.



Lembre-se de cada planilha você devera clicar na importação devida.

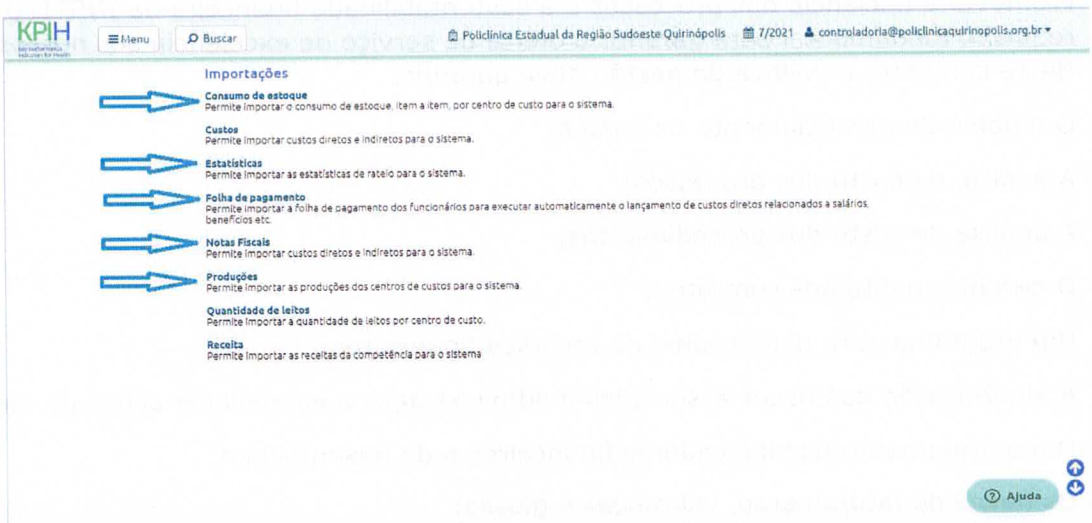
Planilhas de consumo clicar em Consumo de estoque

Planilhas de Estatísticas clicar em estatísticas

Planilha da Folha de pagamento Clicar em Folha de Pagamento

Planilha de notas fiscais clicar e Notas Fiscais

Planilha de Produção clicar em Produção.



Caso de algum erro de importação devera entrar em contato com o consultor da sua unidade para ele oferecer o devido suporte.

5.2.2.8 Política De Gestão De Custos

LOGOTIPO DA UNIDADE DE SAÚDE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS	Código: DOS009
POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS		

OBJETIVO

Identificar, analisar, atuar e monitorar os custos de maior impacto na saúde financeira da INSTITUTO CEM

RESPONSABILIDADE

Elaboração e revisão: Diretor da Qualidade com apoio do Comitê da Qualidade

Aprovação: Diretor Técnico/Diretor Administrativo

CAMPO DE APLICAÇÃO

A política de gestão de custos deve ser do conhecimento dos colaboradores do nível tático (financeiro) e aprovada pela alta diretoria

DESCRIÇÃO

Promover a eficiência dos processos e a sustentabilidade financeira da INSTITUTO CEM é requisito fundamental para garantir a oferta de serviço de excelência aos nossos clientes. Neste contexto, a política da gestão deve garantir:

O modelo de gerenciamento de custos;

A análise de custo dos processos;

A análise de custo dos procedimentos;

O gerenciamento dos contratos;

Um programa para uso racional de recursos financeiros;

A identificação dos riscos associados a administração e estabelecer ações de melhoria;

O monitoramento dos indicadores financeiros e de desempenho;

Os fluxos de faturamento, cobranças e glosas;

A adequação dos custos às condições do cliente, inclusive nas cortesias;

o mapeamento das fontes de receitas e despesas

Elaborado em: Aprovado em:	Revisado em:	
Elaboração e revisão:	Aprovação:	

PROPOSTA DE REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS

CAPÍTULO I –

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O presente regulamento aplica-se às compras, contratações de obras e serviços, inclusive especializados, alienações, e locações destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais realizadas no gerenciamento do CONTRATO DE GESTÃO no Hospital, na cidade de Santa Helena de Goiás - Goiás, definindo critérios e condições a serem observadas pelo Instituto CEM.

Parágrafo primeiro – As compras serão centralizadas na Área Administrativa - Financeira, subordinada à Diretoria Administrativa Financeira.

Parágrafo segundo – Todos os dispêndios feitos pelo Instituto reger-se-ão pelos princípios da moralidade, boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e do julgamento objetivo, além da busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação ao interesse público.

Art. 2º - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização do Contrato firmado com o Instituto.

CAPÍTULO II - DAS COMPRAS

Art. 3º - Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades do Hospital, com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III - DAS OBRAS

Art. 4º - Considera-se obra toda construção, fabricação ou ampliação de área em edifício ou terreno de posse ou propriedade do Hospital.

CAPÍTULO IV - DOS SERVIÇOS

Art. 5º - Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, inclusive reformas ou recuperação de edifícios.

CAPÍTULO V - DAS LOCAÇÕES

Art. 6º - Considera-se locação o contrato pelo qual uma das partes, mediante remuneração, se compromete a fornecer-lhe, durante certo lapso de tempo, o uso e gozo de móvel ou imóvel.

CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS

Seção I - Do Procedimento de Compras e Contratação

Art. 7º - O Departamento de Compras selecionará os participantes do processo de compras, considerando: idoneidade, menor custo, garantia de manutenção, reposição de peça assistência técnica, cumprimento de prazos ao atendimento da solicitação, qualidade e outras exigências consideradas necessárias para garantir a transparência do processo, previamente estabelecidas no instrumento convocatório e em consonância aos princípios estampados no parágrafo 2º do artigo 1º deste regulamento.

Parágrafo Único - Quando necessário será requerido parecer técnico do colaborador da área.

Art. 8º - O procedimento de compras e contratações compreende procedimento aberto, os quais serão amplamente divulgados e publicados no sítio do Instituto Cem, sendo acessíveis ao público e à participação de diversos fornecedores interessados.

Parágrafo primeiro - O INSTITUTO CEM dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo para a apresentação das propostas de 02 (dois) dias úteis:

- - Sítio do INSTITUTO CEM na internet, para todas as aquisições e contratações, e para aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras, será publicado o aviso contendo o endereço eletrônico da plataforma;
- - Jornal de grande circulação local e/ou nacional, para valores acima de R$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) considerado o valor total da contratação/aquisição; III - Diário Oficial do Estado de Goiás, se necessário.
- **Art. 9º** - O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores, visando sempre o melhor custo-benefício, e deverá ser feita da seguinte forma:
- – Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, serão feitas por Cotação de Preço;
- - Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão feitas por Cotação de Preço;
- - As aquisições regulamentadas por este procedimento acima do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, e de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão realizadas conforme art. 8°.

Parágrafo primeiro – Para as compras realizadas em regime de urgência/emergência, o procedimento previsto no art. 8° poderá ser dispensado, desde que a situação emergencial se encontre devidamente comprovada e que esteja prevista nas hipóteses descritas no § 3° do art. 10º do presente Regulamento.

Parágrafo segundo – Os casos previstos nos incisos do caput deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Art. 10º - O procedimento de compras e contratações terá início com a publicação do edital conforme as regras elencadas no parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento e deverá conter todas as informações pertinentes para a aquisição de produto ou contratação de serviço.

Parágrafo primeiro – O Procedimento aberto de Contratação de Serviços e Compras somente poderá ser dispensado nos seguintes casos:

- Contratação/aquisição com fornecedor exclusivo, devendo observar os seguintes critérios: comprovar a inviabilidade de competição, justificar a necessidade da contratação, bem como apresentar documento que comprove a exclusividade ou

notória especialização; justificativa do preço, mediante juntada de notas fiscais ou documentos equivalentes que demonstrem a adequação do preço da contratação pretendida, e ainda que, não poderá haver preferência de marca, a fim de não macular o princípio da impessoalidade;

- Contratação/aquisição de urgência/emergência, devendo observar os seguintes critérios: devem ser precedidos de justificativa prévia que demonstre cabalmente as emergências, bem como a cotação de preços, mediante instrução de orçamentos e ainda limitar-se aos prazos e quantitativos necessários à realização dos procedimentos abertos;

Parágrafo segundo – Os casos previstos no parágrafo anterior deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Parágrafo terceiro – Considera-se de urgência a contratação:

- Do fornecimento de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização onde não houve a possibilidade de previsão e planejamento com antecedência;
- Da prestação de serviços cuja descontinuidade possa interferir na atividade-fim, de modo a colocar em risco a vida de terceiros, não caracterizando falta de planejamento.

Art. 11º - Considera-se como menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas, envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

Custos de transporte seguro até o local da entrega; II - Forma de pagamento;

Prazo de entrega;

Facilidade/agilidade de entrega na Unidade;

Credibilidade mercadológica da empresa proponente; VI - Disponibilidade de serviços;

Quantidade e qualidade do produto; VIII - Assistência técnica;

Garantia dos produtos;

Regularidades fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

Art. 12º - A melhor oferta será apurada mediante procedimento previsto no art. 7º deste Regulamento, ressalvadas as hipóteses de dispensa previstas nos art. 9º e 10º.

Art. 13º - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Parágrafo primeiro – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Parágrafo segundo – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

Art.14º - Ao final do procedimento público de contratação ou aquisição de serviços ou produtos, será publicado resultado final (contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total) declarando vencedora a empresa que apresentou a proposta mais vantajosa

Seção II - Das Solicitações

Art. 15º - A área solicita ao setor de suprimentos que fará a avalição da necessidade do pedido. Depois consolida, através da Solicitação de Compras de Materiais e Serviços e encaminha a Diretoria para aprovação ou reprovação e em seguida será enviada ao Departamento de Compras.

Parágrafo primeiro - Assim que houver seleção será enviado para a Diretoria Administrativa Financeira para aprovação, e o Setor de Compras emite o pedido de compras ao fornecedor autorizando a emissão da Nota Fiscal.

Parágrafo segundo – O pagamento somente poderá ser efetuado mediante entrega do respectivo documento fiscal competente, nota fiscal ou RPA (recibo de pagamento de autônomo), os quais deverão obrigatoriamente conter o número do Contrato de Gestão a que se refere, sendo que para as notas fiscais tais informação deverá constar no campo "informações adicionais".

Art. 16º - Todas as solicitações de fornecimento de bens, contratação de serviços ou obras deve seguir o disposto nesta Seção.

Art. 17º - A descrição do objeto contemplará especificações técnicas detalhadas e precisas, sendo a fidelidade da descrição fator preponderante para a cabal realização da despesa dentro dos parâmetros morais e legais.

Parágrafo primeiro - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Parágrafo segundo - Quando se tratar de serviço de manutenção de equipamento com reposição de peças, um mesmo processo abrigará as duas despesas: serviço de manutenção e aquisição de peças de reposição.

Parágrafo terceiro - Os pedidos de natureza complexa ou específica devem ser elaborados ou, pelo menos, supervisionados por profissional competente.

Art. 18º - O Pedido de Compra corresponde a garantia formal efetuado com o fornecedor. Ao encerrar o procedimento de compras, devem-se representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo Único. O pedido de compra deverá ser assinado e carimbado pelos seguintes gestores da unidade:

- Responsável pela compra;
- Diretoria Administrativa e Financeira.

Seção III – Da Instrução dos Processos Administrativos

Art. 19º - Todo processo administrativo de compras ou de contratação de serviços ou obras conterá o Pedido de Solicitação de Compra ou Serviço, bem como seus anexos, sendo que o êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido:

Parágrafo primeiro – Entende-se por Solicitação de Compra ou Serviço o documento, emitido pelo Setor de Suprimentos da Unidade Solicitante, contemplando a justificativa da aquisição, a especificação do material ou serviço, encaminhado pelo setor solicitante, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

Parágrafo segundo – Entende-se por processo de compras ou serviços o conjunto de procedimentos, devidamente documentados e circunstanciados por meio de despacho escrito, assinado e datado por agente designado, em obediência estrita à legislação específica e aos Princípios da Administração Pública, organizado em ordem cronológica, com numeração crescente.

Art. 20º - Realiza-se a Avaliação Técnica de Especialistas da conformidade da solicitação e, somente após, é definida a forma de aquisição, de acordo com as características, que poderá ser:

I - Por Cotação de preços, nos termos do art. 9º; II - Na forma do art. 8º deste Regulamento.

Art. 21º - Depois de autorizado a abertura do processo, é encaminhado ao Departamento de Compras que abre, instrui e o encaminha para o Diretor Administrativo-Financeiro autorizar a tramitação e aquisição.

Seção IV - Da Qualificação

Art. 22º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor será necessária a apresentação de documentos legais e diplomas técnicos abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados por meio dos Correios ou entregues em local determinado pelo Instituto Cem, dentro do prazo de validade:

- Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Contrato ou Estatuto Social, com as alterações;
- Autorização de Funcionamento Municipal;
- Comprovante de Contribuintes Municipal- CCM;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, por meio de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Divida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;
- Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente;

- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF) expedida pela Caixa Econômica Federal;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei Federal n' 12.440, de 7 de julho de 2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho (Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

Seção V - Das Fases

Art. 23º - Os processos de compra seguirão os seguintes trâmites:

I- Fase de abertura, que compreende:

- O Setor de Suprimentos da Unidade encaminha a Solicitação de Compras de Materiais ou Serviços, com as devidas justificativas, especificações e quantidades, à Diretoria-Geral para análise e aprovação, em seguida os autos são enviados ao Setor de Compras que inicia o processo, disparando o documento de Solicitação de Orçamento aos fornecedores, recebendo as propostas e elaborando a planilha orçamentária contendo o nome, quantidades e valores dos fornecedores, para fins de elaboração do preço de referência;
- Publicação prévia nos termos do parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento;
- Julgamento das propostas pelo Setor de Compras que elaborará mapa de apuraçã através de planilha contendo o nome, quantidades e valores das propostas encaminhadas pelos fornecedores;
- A Diretoria Administrativa Financeira realiza a aprovação final;
- O Setor de Compras envia o Pedido de Compras aos fornecedores contendo a quantidade de produtos ou serviços a serem adquiridos, bem como prazo de entrega e forma de pagamento. Uma cópia do Pedido de Compras é expedida ao Setor de Suprimentos para conferência;
- O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de produtos, insumos e materiais, conforme o que fora especificado no Pedido de Compras, após a Nota Fiscal será encaminhada ao Setor de Patrimônio para ser atestada e despachada ao Financeiro;

- As Notas Fiscais de serviços serão expedidas à Gestão de Contratos, responsável pelo acompanhamento da execução do serviço, sendo atestada após conferência e encaminhada ao Financeiro;
- Os documentos fiscais de aquisição de equipamentos ou bens permanentes serão expedidos ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, conforme Artigo 26º.

II - Fase específica, que consiste:

- Os processos que necessitarem de parecer jurídico serão encaminhados, antes do fechamento para Assessoria Jurídica, para instrução e manifestação antes do seu fechamento, adequando-os à legislação;
- Na análise e emissão de parecer de conformidade da Avaliação Técnica de Especialistas;
- No encaminhamento, pelo Setor de Compras, para adoção dos procedimentos de compra previstos nos artigos 7º ao 14º deste regulamento;
- Na conferência, pelo Almoxarifado, do material com a Solicitação, incluindo o recebimento formal do material e a nota fiscal do fornecedor, atestando a entrega ou a prestação dos serviços;
- No encaminhamento, pelo Instituto CEM, dos documentos contábeis a Contabilidade, para registros e arquivamento.

Seção VI - Do Recebimento e Atestado de Execução

Art. 24º - O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de todos os materiais de uso e consumo, insumo médico-hospitalar e de laboratório, necessários ao bom andamento das operações do Hospital, e também pela validação dos pedidos entregues, consoante às especificações dos pedidos e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal original ao Setor de Compras para encerramento do processo.

Art. 25º - A Gestão de Contratos será a responsável para recepcionar e validar as Notas Fiscais de Serviços.

Parágrafo Único - No caso de materiais a recepção será feita pelo Setor de Suprimentos.

Art. 26º - O Núcleo de Manutenção e Patrimônio será o responsável pelo recebimento e validação das aquisições de máquinas e equipamentos e dos bens móveis.

Art. 27º - No ato do recebimento, será observado se o material confere com as especificações formalizadas no processo de compras, momento em que será atestado o recebimento pelo almoxarife junto ao laudo de profissional competente, quando necessário.

Art. 28º - Os equipamentos ou materiais permanentes devem ser tombados pela Coordenação de Material e Patrimônio.

Parágrafo Único – Os bens móveis e imóveis adquiridos pela organização social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar - serão, exclusivamente, à sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao Estado.

Art. 29º - Os equipamentos que dependem de instalação por parte do fornecedor, serão entregues ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, para guarda e acompanhamento até a sua instalação definitiva.

Parágrafo Único - Depois de instalado e em perfeito funcionamento, o Núcleo de Manutenção e Patrimônio encaminhará a Nota Fiscal, lançará o item adquirido no Sistema e a encaminhará ao Setor de Patrimônio para atesto e posteriormente ao Financeiro para pagamento.

Art. 30º - Nenhum material pode ser recebido pelo interessado sem que antes tenha sido entregue no Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial.

Parágrafo Único - O descumprimento deste procedimento implica em responsabilidade por parte de quem recebeu o material pelo seu ressarcimento, caso este não seja localizado para tombamento.

Art. 31º - O recebimento definitivo do equipamento pelo Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial dar-se-á mediante exame a ser procedido pelo técnico designado, devidamente circunstanciado e apenso ao processo de compra.

CAPÍTULO VII • DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32º - É vedado ao Instituto CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários e outros) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, bem como com aquelas estampadas no inciso I do artigo 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 33º - Os bens móveis e imóveis, adquiridos pela Organização Social, com a utilização de recursos públicos, serão destinados exclusivamente à execução do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 34º • Os bens públicos imóveis são inalienáveis.

Art. 35º – Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que tenha sido providenciada respectiva avaliação, ficando condicionada à integração de novos bens ao Patrimônio Público.

Parágrafo Único. É necessária a anuência do Poder Público para alienação de bens móveis e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento do respectivo contrato de gestão.

Art. 36º - Todos os documentos fiscais, resultantes das aquisições e contratações realizadas pelo Instituto CEM deverão apresentar o número do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 37º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento de Compras deverão ser resolvidos pela Diretoria-Geral ou por outro colaborador delegado diretamente para o fim, com base nos princípios elencados no parágrafo segundo do artigo 1º deste regulamento.

Art. 38º - Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria-Geral ou por outro colaborar delegado diretamente para o fim, se e quando necessário, obedecendo o estabelecido no Art. 2°, da Lei Estadual n°. 18.843/2015, para sua efetiva aprovação junto a Controladoria Geral do Estado - CGE;

Art. 39º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

NORMAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

Gerência de Administração e Finanças

É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa, destinada a gerir e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de Faturamento e Serviço de Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico - administrativas para a realização dos trabalhos.

Está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência de Administração e Finanças é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Administração de Empresas, Ciências Contábeis ou Economia, de preferência com título de especialização em Administração Hospitalar

À Gerência de Administração e Finanças compete:

- Promover, coordenar e supervisionar as atividades de apropriação, orçamento e custos.
- Supervisionar os estudos econômicos e de mercado de interesse da Instituição.
- Acompanhar a tendência econômico-financeira da Instituição a curto, médio e longo prazo, objetivando manter um equilíbrio entre os recursos e aplicações.
- Coordenar a elaboração orçamentária da Instituição.
- Acompanhar os processos de faturamento, repasse médico, processos administrativos, credenciamentos e glosas geridos pelo faturamento.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Promover cobranças em âmbito administrativo, buscando equilíbrio financeiro nos recebimentos da instituição e liquidez necessária para cumprimentos das obrigações institucionais.
- Fazer intermediações com a Secretaria Estadual da Saúde, nos interesses da Instituição, e concomitantemente supervisionar, coordenar a elaboração e formalização dos documentos necessários à geração de processos de cobranças d INSTITUTO CEM.
- Outras atividades correlatas.

PROPOSTA DE REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS

CAPÍTULO I – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O presente regulamento aplica-se às compras, contratações de obras e serviços, inclusive especializados, alienações, e locações destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais realizadas no gerenciamento do CONTRATO DE

GESTÃO no Hospital, na cidade de Santa Helena de Goiás - Goiás, definindo critérios e condições a serem observadas pelo Instituto CEM.

Parágrafo primeiro – As compras serão centralizadas na Área Administrativa - Financeira, subordinada à Diretoria Administrativa Financeira.

Parágrafo segundo – Todos os dispêndios feitos pelo Instituto reger-se-ão pelos princípios da moralidade, boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e do julgamento objetivo, além da busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação ao interesse público.

Art. 2º - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização do Contrato firmado com o Instituto.

CAPÍTULO II - DAS COMPRAS

Art. 3º - Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades do Hospital, com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III - DAS OBRAS

Art. 4º - Considera-se obra toda construção, fabricação ou ampliação de área em edifício ou terreno de posse ou propriedade do Hospital.

CAPÍTULO IV - DOS SERVIÇOS

Art. 5º - Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para o Hospital, inclusive reformas ou recuperação de edifícios.

CAPÍTULO V - DAS LOCAÇÕES

Art. 6º - Considera-se locação o contrato pelo qual uma das partes, mediante remuneração, se compromete a fornecer-lhe, durante certo lapso de tempo, o uso e gozo de móvel ou imóvel.

CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS

Seção I - Do Procedimento de Compras e Contratação

Art. 7º - O Departamento de Compras selecionará os participantes do processo de compras, considerando: idoneidade, menor custo, garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica, cumprimento de prazos ao atendimento da solicitação, qualidade e outras exigências consideradas necessárias para garantir a transparência do processo, previamente estabelecidas no instrumento convocatório e em consonância aos princípios estampados no parágrafo 2º do artigo 1º deste regulamento.

Parágrafo Único - Quando necessário será requerido parecer técnico do colaborador da área.

Art. 8º - O procedimento de compras e contratações compreende procedimento aberto, os quais serão amplamente divulgados e publicados no sítio do Instituto Cem, sendo acessíveis ao público e à participação de diversos fornecedores interessados.

Parágrafo primeiro - O INSTITUTO CEM dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo para a apresentação das propostas de 02 (dois) dias úteis:

- - Sítio do INSTITUTO CEM na internet, para todas as aquisições e contratações, e para aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras, será publicado o aviso contendo o endereço eletrônico da plataforma;
- - Jornal de grande circulação local e/ou nacional, para valores acima de R$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) considerado o valor total da contratação/aquisição; III - Diário Oficial do Estado de Goiás, se necessário.

Art. 9º - O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores, visando sempre o melhor custo-benefício, e deverá ser feita da seguinte forma:

- – Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, serão feitas por Cotação de Preço;
- - Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão feitas por Cotação de Preço;
- - As aquisições regulamentadas por este procedimento acima do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, e de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão realizadas conforme art. 8°.

Parágrafo primeiro – Para as compras realizadas em regime de urgência/emergência, o procedimento previsto no art. 8° poderá ser dispensado, desde que a situação emergencial

se encontre devidamente comprovada e que esteja prevista nas hipóteses descritas no § 3° do art. 10º do presente Regulamento.

Parágrafo segundo – Os casos previstos nos incisos do caput deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Art. 10º - O procedimento de compras e contratações terá início com a publicação do edital conforme as regras elencadas no parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento e deverá conter todas as informações pertinentes para a aquisição de produto ou contratação de serviço.

Parágrafo primeiro – O Procedimento aberto de Contratação de Serviços e Compras somente poderá ser dispensado nos seguintes casos:

- Contratação/aquisição com fornecedor exclusivo, devendo observar os seguintes critérios: comprovar a inviabilidade de competição, justificar a necessidade da contratação, bem como apresentar documento que comprove a exclusividade ou notória especialização; justificativa do preço, mediante juntada de notas fiscais ou documentos equivalentes que demonstrem a adequação do preço da contratação pretendida, e ainda que, não poderá haver preferência de marca, a fim de não macular o princípio da impessoalidade;
- Contratação/aquisição de urgência/emergência, devendo observar os seguintes critérios: devem ser precedidos de justificativa prévia que demonstre cabalmente as emergências, bem como a cotação de preços, mediante instrução de orçamentos e ainda limitar-se aos prazos e quantitativos necessários à realização dos procedimentos abertos;

Parágrafo segundo – Os casos previstos no parágrafo anterior deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Parágrafo terceiro – Considera-se de urgência a contratação:

- Do fornecimento de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização onde não houve a possibilidade de previsão e planejamento com antecedência;

- Da prestação de serviços cuja descontinuidade possa interferir na atividade-fim, de modo a colocar em risco a vida de terceiros, não caracterizando falta de planejamento.

Art. 11º - Considera-se como menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas, envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

Custos de transporte seguro até o local da entrega; II - Forma de pagamento;

Prazo de entrega;

Facilidade/agilidade de entrega na Unidade;

Credibilidade mercadológica da empresa proponente; VI - Disponibilidade de serviços;

Quantidade e qualidade do produto; VIII- Assistência técnica;

Garantia dos produtos;

Regularidades fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

Art. 12º - A melhor oferta será apurada mediante procedimento previsto no art. 7º deste Regulamento, ressalvadas as hipóteses de dispensa previstas nos art. 9º e 10º.

Art. 13º - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Parágrafo primeiro – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Parágrafo segundo – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

Art.14º - Ao final do procedimento público de contratação ou aquisição de serviços ou produtos, será publicado resultado final (contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total) declarando vencedora a empresa que apresentou a proposta mais vantajosa

Seção II- Das Solicitações

Art. 15º - A área solicita ao setor de suprimentos que fará a avaliação da necessidade do pedido. Depois consolida, através da Solicitação de Compras de Materiais e Serviços e encaminha a Diretoria para aprovação ou reprovação e em seguida será enviada ao Departamento de Compras.

Parágrafo primeiro - Assim que houver seleção será enviado para a Diretoria Administrativa Financeira para aprovação, e o Setor de Compras emite o pedido de compras ao fornecedor autorizando a emissão da Nota Fiscal.

Parágrafo segundo – O pagamento somente poderá ser efetuado mediante entrega do respectivo documento fiscal competente, nota fiscal ou RPA (recibo de pagamento de autônomo), os quais deverão obrigatoriamente conter o número do Contrato de

Gestão a que se refere, sendo que para as notas fiscais tais informação deverá constar no campo "informações adicionais".

Art. 16º - Todas as solicitações de fornecimento de bens, contratação de serviços ou obras deve seguir o disposto nesta Seção.

Art. 17º - A descrição do objeto contemplará especificações técnicas detalhadas e precisas, sendo a fidelidade da descrição fator preponderante para a cabal realização da despesa dentro dos parâmetros morais e legais.

Parágrafo primeiro - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Parágrafo segundo - Quando se tratar de serviço de manutenção de equipamento com reposição de peças, um mesmo processo abrigará as duas despesas: serviço de manutenção e aquisição de peças de reposição.

Parágrafo terceiro - Os pedidos de natureza complexa ou específica devem ser elaborados ou, pelo menos, supervisionados por profissional competente.

Art. 18º - O Pedido de Compra corresponde a garantia formal efetuado com o fornecedor. Ao encerrar o procedimento de compras, devem-se representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo Único. O pedido de compra deverá ser assinado e carimbado pelos seguintes gestores da unidade:

- Responsável pela compra;
- Diretoria Administrativa e Financeira.

Seção III – Da Instrução dos Processos Administrativos

Art. 19º - Todo processo administrativo de compras ou de contratação de serviços ou obras conterá o Pedido de Solicitação de Compra ou Serviço, bem como seus anexos, sendo que o êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido:

Parágrafo primeiro – Entende-se por Solicitação de Compra ou Serviço o documento, emitido pelo Setor de Suprimentos da Unidade Solicitante, contemplando a justificativa da aquisição, a especificação do material ou serviço, encaminhado pelo setor solicitante, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

Parágrafo segundo – Entende-se por processo de compras ou serviços o conjunto de procedimentos, devidamente documentados e circunstanciados por meio de despacho escrito, assinado e datado por agente designado, em obediência estrita à legislação específica e aos Princípios da Administração Pública, organizado em ordem cronológica, co... numeração crescente.

Art. 20º - Realiza-se a Avaliação Técnica de Especialistas da conformidade da solicitação e, somente após, é definida a forma de aquisição, de acordo com as características, que poderá ser:

I - Por Cotação de preços, nos termos do art. 9º; II - Na forma do art. 8º deste Regulamento.

Art. 21º - Depois de autorizado a abertura do processo, é encaminhado ao Departamento de Compras que abre, instrui e o encaminha para o Diretor Administrativo-Financeiro autorizar a tramitação e aquisição.

Seção IV - Da Qualificação

Art. 22º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor será necessária a apresentação de documentos legais e diplomas técnicos abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados por meio dos Correios ou entregues em local determinado pelo Instituto Cem, dentro do prazo de validade:

- Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Contrato ou Estatuto Social, com as alterações;
- Autorização de Funcionamento Municipal;
- Comprovante de Contribuintes Municipal- CCM;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, por meio de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Divida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;
- Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente;
- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF) expedida pela Caixa Econômica Federal;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei Federal n' 12.440, de 7 de julho de 2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho (Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

Seção V - Das Fases

Art. 23º - Os processos de compra seguirão os seguintes trâmites:

I-Fase de abertura, que compreende:

- O Setor de Suprimentos da Unidade encaminha a Solicitação de Compras de Materiais ou Serviços, com as devidas justificativas, especificações e quantidades, à Diretoria-Geral para análise e aprovação, em seguida os autos são enviados ao Setor de Compras que inicia o processo, disparando o documento de Solicitação de

Orçamento aos fornecedores, recebendo as propostas e elaborando a planilha orçamentária contendo o nome, quantidades e valores dos fornecedores, para fins de elaboração do preço de referência;

- Publicação prévia nos termos do parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento;
- Julgamento das propostas pelo Setor de Compras que elaborará mapa de apuração, através de planilha contendo o nome, quantidades e valores das propostas encaminhadas pelos fornecedores;
- A Diretoria Administrativa Financeira realiza a aprovação final;
- O Setor de Compras envia o Pedido de Compras aos fornecedores contendo a quantidade de produtos ou serviços a serem adquiridos, bem como prazo d entrega e forma de pagamento. Uma cópia do Pedido de Compras é expedida ao Setor de Suprimentos para conferência;
- O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de produtos, insumos e materiais, conforme o que fora especificado no Pedido de Compras, após a Nota Fiscal será encaminhada ao Setor de Patrimônio para ser atestada e despachada ao Financeiro;
- As Notas Fiscais de serviços serão expedidas à Gestão de Contratos, responsável pelo acompanhamento da execução do serviço, sendo atestada após conferência e encaminhada ao Financeiro;
- Os documentos fiscais de aquisição de equipamentos ou bens permanentes serão expedidos ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, conforme Artigo 26º.

II- Fase específica, que consiste:

- Os processos que necessitarem de parecer jurídico serão encaminhados, antes do fechamento para Assessoria Jurídica, para instrução e manifestação antes do seu fechamento, adequando-os à legislação;
- Na análise e emissão de parecer de conformidade da Avaliação Técnica de Especialistas;
- No encaminhamento, pelo Setor de Compras, para adoção dos procedimentos de compra previstos nos artigos 7º ao 14º deste regulamento;
- Na conferência, pelo Almoxarifado, do material com a Solicitação, incluindo o recebimento formal do material e a nota fiscal do fornecedor, atestando a entrega ou a prestação dos serviços;
- No encaminhamento, pelo Instituto CEM, dos documentos contábeis a Contabilidade, para registros e arquivamento.

Seção VI - Do Recebimento e Atestado de Execução

Art. 24º - O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de todos os materiais de uso e consumo, insumo médico-hospitalar e de laboratório, necessários ao bom andamento das operações do Hospital, e também pela validação dos pedidos entregues, consoante às especificações dos pedidos e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal original ao Setor de Compras para encerramento do processo.

Art. 25º - A Gestão de Contratos será a responsável para recepcionar e validar as Notas Fiscais de Serviços.

Parágrafo Único - No caso de materiais a recepção será feita pelo Setor de Suprimentos.

Art. 26º - O Núcleo de Manutenção e Patrimônio será o responsável pelo recebimento e validação das aquisições de máquinas e equipamentos e dos bens móveis.

Art. 27º - No ato do recebimento, será observado se o material confere com as especificações formalizadas no processo de compras, momento em que será atestado o recebimento pelo almoxarife junto ao laudo de profissional competente, quando necessário.

Art. 28º - Os equipamentos ou materiais permanentes devem ser tombados pela Coordenação de Material e Patrimônio.

Parágrafo Único – Os bens móveis e imóveis adquiridos pela organização social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar- serão, exclusivamente, à sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao Estado.

Art. 29º - Os equipamentos que dependem de instalação por parte do fornecedor, serão entregues ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, para guarda e acompanhamento até a sua instalação definitiva.

Parágrafo Único - Depois de instalado e em perfeito funcionamento, o Núcleo de Manutenção e Patrimônio encaminhará a Nota Fiscal, lançará o item adquirido no Sistema e a encaminhará ao Setor de Patrimônio para atesto e posteriormente ao Financeiro para pagamento.

Art. 30º - Nenhum material pode ser recebido pelo interessado sem que antes tenha sido entregue no Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial.

Parágrafo Único - O descumprimento deste procedimento implica em responsabilidade por parte de quem recebeu o material pelo seu ressarcimento, caso este não seja localizado para tombamento.

Art. 31º - O recebimento definitivo do equipamento pelo Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial dar-se-á mediante exame a ser procedido pelo técnico designado, devidamente circunstanciado e apenso ao processo de compra.

CAPÍTULO VII • DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32º - É vedado ao Instituto CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários e outros) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, bem como com aquelas estampadas no inciso I do artigo 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 33º - Os bens móveis e imóveis, adquiridos pela Organização Social, com a utilização de recursos públicos, serão destinados exclusivamente à execução do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 34º • Os bens públicos imóveis são inalienáveis.

Art. 35º – Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que tenha sido providenciada respectiva avaliação, ficando condicionada à integração de novos bens ao Patrimônio Público.

Parágrafo Único. É necessária a anuência do Poder Público para alienação de bens móve e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento do respectivo contrato de gestão.

Art. 36º - Todos os documentos fiscais, resultantes das aquisições e contratações realizadas pelo Instituto CEM deverão apresentar o número do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 37º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento de Compras deverão ser resolvidos pela Diretoria-Geral ou por outro colaborador delegado diretamente para o fim, com base nos princípios elencados no parágrafo segundo do artigo 1º deste regulamento.

Art. 38º - Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria-Geral ou por outro colaborar delegado diretamente para o fim, se e quando

necessário, obedecendo o estabelecido no Art. 2°, da Lei Estadual n°. 18.843/2015, para sua efetiva aprovação junto a Controladoria Geral do Estado - CGE;

Art. 39º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

NORMAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

Gerência de Administração e Finanças

É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa, destinada a gerir e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de Faturamento e Serviço de Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico- administrativas para a realização dos trabalhos.

Está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência de Administração e Finanças é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Administração de Empresas, Ciências Contábeis ou Economia, de preferência com título de especialização em Administração Hospitalar

À Gerência de Administração e Finanças compete:

- Promover, coordenar e supervisionar as atividades de apropriação, orçamento e custos.
- Supervisionar os estudos econômicos e de mercado de interesse da Instituição.
- Acompanhar a tendência econômico-financeira da Instituição a curto, médio e longo prazo, objetivando manter um equilíbrio entre os recursos e aplicações.
- Coordenar a elaboração orçamentária da Instituição.
- Acompanhar os processos de faturamento, repasse médico, processos administrativos, credenciamentos e glosas geridos pelo faturamento.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Promover cobranças em âmbito administrativo, buscando equilíbrio financeiro nos recebimentos da instituição e liquidez necessária para cumprimentos das obrigações institucionais.
- Fazer intermediações com a Secretaria Estadual da Saúde, nos interesses da Instituição, e concomitantemente supervisionar, coordenar a elaboração e formalização dos documentos necessários à geração de processos de cobranças do INSTITUTO CEM.

- Outras atividades correlatas.

5.2.3 Política E Regulamento Interno Financeiro E Orçamentário

O INSTITUTO CEM torna público para os devidos fins de direito:

REGULAMENTO INTERNO FINANCEIRO E ORÇAMENTÁRIO, que regulamenta a utilização dos recursos financeiros provenientes do poder público com responsabilidades, competências e atribuições como órgão de caráter consultivo, deliberativo, zelando para que as atividades da Instituição sejam conduzidas em conformidade com as leis, as diretrizes internas e a ética.

Capítulo I – Do Objetivo

Art.1 O presente instrumento tem o objetivo de normatizar procedimentos, fluxo e normas do setor financeiros.

§ 1º - O INSTITUTO CEM na condição de Organização social informa pelo presente regulamento as tratativas para aplicação dos recursos provenientes do poder publico relacionados ao contrato de gestão, estabelecendo critérios sobre processos para pagamentos dos insumos, serviços e materiais realizados nas unidades geridas pelas Organização Social.

§ 2º- Os pagamentos serão centralizados no setor de Diretoria Financeira.

§ 3º A Diretoria Financeira refere-se: Planejar, coordenar, supervisi- onar e realizar contro das atividades financeiras. Sendo elas a supervi- são da rotina contábil, tomada de decisões de natureza contábil junto com a Direção Administrativa, fornecimento de informações e relatórios necessários para a execução dos trabalhos de independente contratados para atestar as demonstrações financeiras e contábeis do INSTITUTO CEM junto às unidades hospitalares sob a sua gestão e operacionalização no Estado de Goiás.

§ 4º Controle dos repasses financeiros realizados pelo Estado de Goiás, supervisão de pagamentos, elaboração e emissão periódica de relatórios com as informações financeiras de sua responsabilidade para o INSTI- TUTO CEM, Condução das atividades de direção financeira com obser- vância dos princípios da moralidade, transparência, impessoalidade, le- galidade e eficiência.

Art. 2º - A função da estrutura estabelecida para o fluxo das ativida- des a serem exercidas pela área de contas a pagar, além de realizar as ações de pagamento, envolve a produção de relatórios, desenvolvimento operacional para sugestão de melhorias e mudanças que possibilitem a tomada de decisão estratégica, o controle documental digital com o ar- quivamento de todos os documentos movimentados, o desenvolvimento de rotinas e processos.

Capítulo II – Dos Procedimentos – Contas a Pagar

Art. 3º - A Diretoria Financeira é responsável pelos pagamentos a forne- cedores, empregados e outros que se relacionam com as Unidade geridas pelo Instituto Cem de forma eventual ou contínua.

§ 1º - O processo de Pagamento deverá:

- Obedecer aos requisitos iniciados no Regulamento de compras e con- tratações de serviços, conforme os Procedimentos de Diretriz Interna do Instituto, com o propósito de receber do Setor de Controladoria interno de cada unidade todo o processo e a documentação a serem pagos, con- ferindo as autorizações, notas e outros documentos autorizados e vincu- lados à solicitação de compra/serviços e outros.

- É vedado o pagamento de qualquer valor em conta corrente que não seja da pessoa jurídica e/ou pessoa física a quem foi emitido a ordem de compras pelo setor de compras e aprovado e/ou contrato de prestação de serviço de acordo com o definido.

Art.4º - Dos documentos que darão respaldo aos processos de pagamento:

Documentos para pagamento - Boleto Bancário e/ou Folha de rosto com dados bancários para transferência.

Seguintes documentos originais:

NF de entrada, compondo todos os itens adquiridos;

Solicitação de compras e contratação de serviços e obras da área re- querente

Pedido de compras e contratação de serviços e obras emitido ao forne- cedor vencedor do processo de compra;

Orçamentos dos fornecedores e prestadores envolvidos do processo;

Certidões de Regularidade Fiscal.

Os Carimbos de autorização e validação dos documentos são os se- guintes:

Carimbo do Setor de Suprimentos com as despesas autorizadas, carimbo do Contrato de Gestão, retenção, se houver, e autorização de pagamento da Diretoria Financeira.

Capítulo III – Dos Procedimentos para Validação dos Pagamentos

Receber contas a pagar por parte do setor de controladoria contento nome do fornecedor/prestador, data de vencimento, valor e número de processo no sistema Doccem para que seja realizado a devida conferência antes da efetivação do pagamento.

Da conferência validação do processo com os requisitos conforme re- gulamento de compras/contratação de serviço e controladoria, verifica- ção de assinatura digital por parte da diretoria no sistema doccem.

Verificar retenções previstas em notas fiscais e memoria de cálculo do setor de contabilidade.

Capítulo IV – Da Efetivação do Pagamento

Os processos para pagamentos de insumos e serviços devem ser acom- panhados com as devidas validações da Diretoria Financeira;

Os títulos serão quitados acompanhados com a respectiva ordem de compra e nota fiscal original;

Os pagamentos serão organizados conforme transferências e boletos;

Todos os pagamentos efetuados serão respaldados por comprovantes legais.

§1° O setor de controladoria é responsável pelo acompanhamento de contas a pagar e contas pagas assim como as devidas conciliações diárias, semanais e mensais.

Art.5° Procedimentos para pagamentos de CLT relativos a gestão de pessoas e recursos humanos.

A validação da folha de pagamento fica a responsabilidade da Coordenação e supervisão de Recursos Humanos.

Pagamentos deve ser de forma nominal

Os valores necessitam ser enviados pela Diretoria Financeira por meio de pagamento via conta salário.

Capítulo V – Conciliação

I.O Setor de controladoria efetiva a conciliação diariamente das contas correntes da unidade confrontando os devidos pagamentos do contas pagas com o contas a pagar através de estrão bancários e Doccem, em caso de divergências deve ser apurados fatos para tomadas de decisões para a devida regularização.

A conciliação deve ser lançada no sistema Soul Mv para apropriada prestação de contas junto a Secretaria de Estado.

Documentação referida ao processo de pagamento deve ser realizada registros contábeis e apuração de imposto.

Capítulo VI – Repasse Financeiros

Art.6° Controlar Empenhos a receber, acompanhar repasses recebidos realizando as devidas baixas e conciliação de contas a receber e contas

recebidas conforme contrato de gestão entre Instituto Cem e Secretaria de Estado.

Capítulo VII – Fechamento Contábil

Art.7° Deve ser enviado semanalmente o fechamento realizado pelo setor de controladoria para a contabilidade.

Art.8° No primeiro dia Útil deve se enviado o fechamento mensal para a contabilidade com todas contas pagas e recebidas mensalmente por ordem de pagamento conforme extrato bancário.

Capítulo VIII – Das Diretrizes Macro de Tomadas de Decisões Orçamentárias

Analisar Custos Semanalmente das unidades conforme Regulamentos de Custos.

Após análise de custo por unidade analisar Despesas com Insumos e serviços no projeto.

Análise de mercado por meio de mídias digitais de informações do presente relacionado à gestão hospitalar e de insumos.

Analisar Repasses Financeiros para aquisições visando sempre a qualidade e bem-estar dos pacientes da unidade.

Acompanhar metas da unidade e se houver glosas realizar analise diária, semanal, quinzenal e mensal para reajuste de fluxo financeiros da unidade.

Capítulo VI – Das Disposições Finais

Art.9° Fica responsável pelo envio do contas a pagar o setor de controladoria e de responsabilidade da Direção Financeira efetivar os devidos pagamentos.

Art.10° - As provisões de 13º, férias e FGTS serão movimentadas em uma conta poupança especifica apenas para esse fim.

Art.11° Despesas de insumos, prestadores de serviços e investimentos devem ser executadas via conta corrente da unidade.

Art.11° O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua assinatura.

Santa Helena de Goiás -GO, 01 de Setembro de 2023.

6 INCREMENTO DE ATIVIDADES

A concepção de projeto assistencial na saúde é fundamental para a compreensão de sua importância social e o compromisso com seu desenvolvimento.

Os projetos assistenciais, sejam ele de saúde e/ou sociais, são um instrumento para a garantia de direitos e fazem parte de um processo educativo, constituído de uma ação planejada e comprometida com a ética, com a saúde, com o desenvolvimento humano/social, com a valorização da vida.

Se analisarmos o complexo processo saúde-doença e sobretudo tendo a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil, sendo, portanto, essencial o combate às situações sanitárias e socioeconômicas do nosso país, e sobretudo do nosso Estado de Goiás, é fundamental pensar a saúde, de modo a envolver toda a comunidade nessa temática.

É nesse cenário que a implantação de projetos assistenciais, surge como um instrumento capaz de promover a reflexão, sensibilização e conscientização sobre a importância dos cuidados com a saúde e uma melhor qualidade de vida, promovendo acesso à informação e gerando envolvimento junto à população local onde está implantando aquele projeto.

Acreditamos que gestão e operacionalização de uma unidade como o **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** deve ser muito mais que contemplar habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são, se vistas isoladamente, insuficientes para promover modificações substanciais no âmbito da saúde pública.

Não é demais lembrar que dentro os princípios doutrinários elencados para o Sistema Único de Saúde, temos a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização política administrativa, participação popular, dentre tantos outros.

Nesse sentido a inserção da comunidade local em atividades extra-hospitalares como projetos assistenciais em saúde e/ou sociais, se apresenta que maior que meramente atender ao pactuado entre essa proponente e a Secretaria de Estado de Saúde, se revela de fato, como uma missão a ser cumprida em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Nesta conjectura, abrangemos na presente proposta técnica de trabalho, alguns projetos que deverão ser implantados pela nossa gestão afim de se obter uma gestão em saúde com atendimento mais humanizado, em observância aos preceitos do SUS, bem como oportunizando o envolvimento não só dos usuários do HERSO, bem como de toda a comunidade local.

6.1 Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde

6.1.1 Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar

DESCRIÇÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço que visa reorganizar o trabalho das equipes que podem prestar cuidado domiciliar na atenção dos pacientes pós alta hospitalar ou indicação ambulatorial, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e o período de internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Trata-se de um serviço que deve contemplar ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, todas prestadas em domicílio e por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

O projeto SAD-HERSO dispõe de Assistência Domiciliar nas modalidades de AD1, AD2 e AD3 (Atenção Domiciliar), não contemplando atendimentos na modalidade de Internação Domiciliar. Tem como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e desinstitucionalização com consequente otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Modalidade AD1

Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e co... dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

Modalidade AD2 E AD3

Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-

se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

OBJETIVO

Definir o escopo e as diretrizes essenciais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) SAD-HERSO, cujo propósito é oferecer assistência domiciliar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios de ampliação e equidade do acesso à saúde, acolhimento e atendimento humanizado, e integralidade da assistência em saúde.

O programa SAD-HERSO oferece assistência domiciliar por meio das modalidades AD1, AD2 e AD3 (Atenção Domiciliar), excluindo atendimentos de internação domiciliar. Seu objetivo é reduzir a demanda por atendimento hospitalar, diminuir o tempo de internação dos usuários, promover uma abordagem humanizada no cuidado à saúde, ampliar a autonomia dos usuários e desinstitucionalizar, resultando em uma melhor utilização dos recursos financeiros e estruturais disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir ações de assistência domiciliar para pacientes do Saúde no Lar;
- Padronizar o atendimento e capacitar os profissionais que desempenham a assistência domiciliar;
- Definir os critérios para elegibilidade e para alta do serviço de atenção domiciliar;
- Colaborar com a diminuição do período de internação hospitalar e evitar reinternações;
- Sistematizar a assistência prestada pelo Serviço de Assistência Domiciliar e de registros de prontuários;
- Orientar e assistir a família e/ou cuidadores quanto aos cuidados de saúde, educação em saúde e treinamentos;

- Incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família, com relação à saúde e ao autocuidado do paciente;
- Buscar melhoria da qualidade de vida do paciente e familiares assistidos no domicílio.

4. SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SUS - Sistema Único de Saúde

HDS - Hospital de Dermatologia Sanitária

CHS - Carga Horária Semanal

CRE - Complexo Regulatório Estadual

EMAD - Multiprofissional de Atenção Domiciliar

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAD-HERSO - Serviço de Atenção Domiciliar

5. BENEFÍCIOS

Desospitalização precoce mantendo o atendimento integral e humanizado do paciente;

Capacitação familiar para atendimento domiciliar.

6. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Termômetro
- Otoscópio
- Glicosímetro
- Fita reagente para glicosimetria capilar e lanceta
- Oxímetro de pulso portátil
- Álcool 70%

- Algodão
- Luvas de procedimentos e demais EPIS
- Materiais para coletas de exames (agulhas, seringas, agulha à vácuo e tubos)
- Materiais para curativo (gaze, instrumentais, SF0,9%, coberturas, pomadas, faixas)
- Impressos
- Caixa para perfuro cortantes pequena
- Material permanente e de consumo
- Aparelho telefônico
- Veículo(s) para locomoção das equipes
- Os equipamentos e os materiais citados no, bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física do programa, a critério do gestor hospitalar.
- Não é obrigatório que o SAD-HERSO possua sede própria, podendo estar sediado uma sala na unidade hospitalar de saúde, conforme regras de aprovação do projeto.

7. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Pacientes avaliados pela comissão interna com indicação de acompanhamento pelo SAD-HERSO, conforme critérios que serão estabelecidos pela comissão;

Familiares dos pacientes avaliados com indicação de acompanhamento pelo SAD-HERSO.

8. RESTRIÇÕES

Pacientes que estão fora da área de abrangência que será definida em km da unidade HERSO;

Pacientes que deixaram de receber a equipe por duas vezes consecutivas;

Domicílios que oferecerem risco mental e físico a equipe do programa SAD-HERSO.

9. RISCOS

Falta de recursos humanos para cobertura da população adscrita pela comissão;

Falta e/ou quantidade insuficiente de materiais e insumos;

Não aprovação do projeto pelo plano financeiro da unidade.

10. EQUIPE

Para a estruturação e implementação do serviço, a unidade segue o modelo estabelecido pelo Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde (MS), através da formação da Equipe Multiprofissional da Assistência (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). O serviço irá acompanhar pacientes com perfil AD2 e AD3, sendo essa avaliação realizada durante a triagem de elegibilidade por meio de uma ficha específica que classifica o paciente como elegível para o programa. Os pacientes classificados como AD1 serão encaminhados para os serviços de Atenção Básica da rede e somente serão atendidos pelo programa SAD-HERSO se houver uma demanda específica justificando sua permanência no serviço.

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)

Cada EMAD do programa Saúde no Lar será composta por:

- Um médico com carga horária semanal de 40 horas de trabalho;
- Um enfermeiro com carga horária semanal de 40 horas de trabalho;
- Um fisioterapeuta com carga horária semanal de 30 horas de trabalho;
- Técnicos de enfermagem com carga horária semanal de 120 horas de trabalho.

Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)

A equipe de apoio do programa Saúde no Lar terá a seguinte composição:

- Um assistente social com carga horária semanal de 30 horas de trabalho;
- Um fonoaudiólogo com carga horária semanal de 30 horas de trabalho;
- Um nutricionista com carga horária semanal de 30 horas de trabalho.
- Um psicólogo com carga horária semanal de 30 horas de trabalho.

Além da equipe EMAP pré-estabelecida, o HERSO disponibilizará uma equipe de retaguarda composta por um agente administrativo, um farmacêutico, um psicólogo, um odontólogo e um terapeuta ocupacional, que serão acionados de acordo com a demanda e prestarão assistência no domicílio.

11. MARCOS E LINHA DO TEMPO

Dia 05/06 reuniões para discussão de elaboração de implantação do projeto.

Dia 10/06 levantamento de bibliografia para implantação do projeto.

Dia 15/06 reunião para revisão e aprovação de referência bibliográfica para aprovação do projeto.

Dia 18/06 elaboração do projeto.

12. ORÇAMENTO

Levantamento de custos em andamento a ser inserida planilha de custos.

13. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Redução significativa no custo por unidade: considerando a diminuição do tempo de internação hospitalar, com notável melhora no estado clínico e aumento da sobrevida dos pacientes pós alta hospitalar, além do aumento de autonomia e qualidade de vida dos pacientes contemplados pelo programa, com consequente redução de internações hospitalares; Valorização da equipe e do projeto.

14. PLANO DE AÇÃO

A reunião clínica multiprofissional desempenha um papel fundamental e inicial na elaboração de planos de cuidados individualizados e nas avaliações de pacientes elegíveis através da comissão avaliadora designada durante o processo, adaptados às necessidades específicas dos pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).A definição de rotas refere-se ao planejamento das visitas que serão realizadas, levando em consideração o plano terapêutico estabelecido durante a reunião clínica e a localização geográfica da residência do paciente. Isso permite a execução do plano de cuidados de maneira mais eficaz, otimizando o uso racional dos recursos de transporte disponíveis. As rotas são estabelecidas semanalmente, após discussões clínicas, e podem ser ajustadas conforme necessário, seja devido à admissão de novos pacientes, avaliação de intercorrências ou outras demandas internas ou externas.

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			

Validação:			
Aprovação:			

6.1.2 Proposta Geriatria Em Ambulatório

Implantar equipes de Geriatria capacitadas para prestar atendimento com excelência ao idosos, com serviço humanizado e multiprofissional.

A estrutura proposta é composta por Médicos Geriatras para acompanhamento dos pacientes desde o Pronto-Socorro e atendimento ambulatorial, garantindo uma linha de cuidado completa e abrangente, de acordo com as necessidades e complexidades exigidas pelos pacientes idosos.

Com o acompanhamento ambulatorial, ofereceremos tanto o tratamento de doenças crônicas como a prevenção e o controle de saúde com qualidade de vida, promovendo o envelhecimento saudável.

O Instituto CEM, com o objetivo de atender seus pacientes dentro das melhores práticas, propõe que o paciente idoso, ao dar entrada, seja atendido pelo Geriatra até o recebimento da alta, realizando a Avaliação Geriátrica Ampla. Desta forma, o médico fica responsável pelos encaminhamentos e análises necessárias para este paciente, possibilitando a visão global de cada caso e diminuindo o período de tratamento dentro do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**. Ao passar pelo PS, o idoso é direcionado diretamente para o Geriatra, e em casos de internação, terá uma equipe multidisciplinar empenhada em sua recuperação e restabelecimento da sua saúde.

O atendimento Geriátrico é prestado ambulatorial diariamente, oferecendo tratamentos para doenças crônicas, com alta complexidade, além da prevenção, promovendo a qualidade de vida, sempre ativos e saudáveis

6.1.3 Avaliação Multidimensional Do Idoso

6.1.3.1 Da Apresentação

À medida que avança o envelhecimento populacional, cresce o desafio de oferecer à população idosa os cuidados adequados para a atenção à sua saúde, pois há diversas particularidades que devem ser conhecidas e consideradas.

Apresentamos os princípios e instrumentos da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso, processo de trabalho que deverá fundamentar a Atenção Integral à Saúde do Idoso. Complementando as capacitações realizadas em todo o Estado, deve estar disponível em todos os pontos de atenção da Rede, subsidiando a prática diária de nossos profissionais. Ao lançar este recurso, pretendemos contribuir para que se alcance a meta final do envelhecimento ativo, com qualidade de vida e manutenção da independência e autonomia pelo tempo máximo possível.

Em atenção a portaria n 2.528 de19 de outubro de 2006, a atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Bem-estar é um termo geral que engloba o universo

Bem-estar e funcionalidade são equivalentes. Representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. A própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que "o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica" (BRASIL, 2006). Por sua vez, a independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais (Figura 01):

Cognição: é a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano.

Humor: é a motivação necessária para atividades e/ou participação social.

Inclui, também, outras funções mentais como o nível de consciência, a senso-percepção e o pensamento.

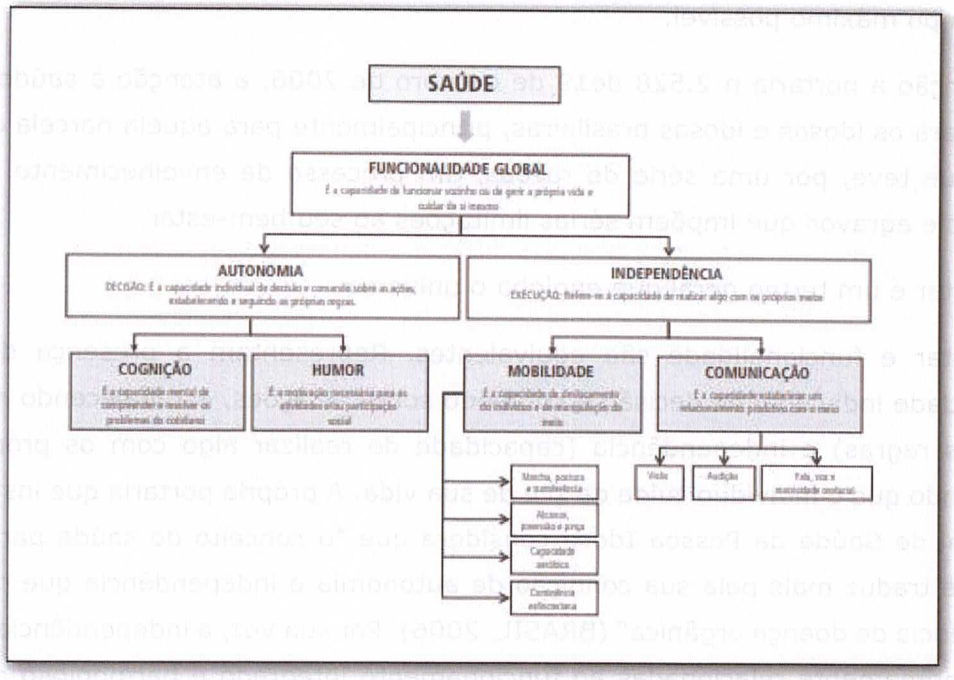
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO:

Aspectos Conceituais

Mobilidade: é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido. Depende da capacidade de alcance/preensão/pinça (membros superiores), postura/marcha/transferência (membros inferiores), capacidade aeróbica e continência esfincteriana.

Comunicação: é a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos

E está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar. Depende da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial.



6.1.3.2 Avaliação Multidimensional Do Idoso

A avaliação multidimensional do idoso é o processo diagnóstico utilizado para avaliar a saúde do idoso. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), os componentes da saúde são a funcionalidade e a incapacidade. Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação social; de maneira similar, incapacidade é um termo que abrange as deficiências, limitação das atividades ou restrição

da participação social. As funções do corpo são as funções dos sistemas fisiológicos e representam a perspectiva corporal da funcionalidade. A perda dessa função provoca um nível de incapacidade denominado deficiência (perspectiva corporal da incapacidade). Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade. A limitação das atividades é a dificuldade que um indivíduo pode ter na execução de uma atividade. Participação é o envolvimento de um indivíduo em uma situação de vida real. Representa a perspectiva social da funcionalidade.

Restrições da participação social são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações reais da vida (perspectiva social da incapacidade) (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Dessa forma, a revisão dos sistemas fisiológicos corresponde à avaliação da funcionalidade das estruturas e funções do corpo (deficiências), enquanto a revisão das funções corresponde à avaliação das atividades (limitação) e da participação social (restrição).

6.1.4 Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais

O Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais é composto por equipe multidisciplinar, composta por médico, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social e fisioterapeuta, que avalia pacientes portadores de necessidades especiais, tais como os que apresentam paralisia cerebral, autismo ou outras deficiências mentais, os encaminhando para clínicas credenciadas junto o Hospital, que proporcionam intervenções terapêuticas interdisciplinares.

Objetivo

Oportunizar acesso e Acompanhamento de Pacientes Especiais integrando aos usuários/familiares e a população em geral.

Público-alvo: Usuários do SUS moradores do município de GOIÂNIA e que estejam utilizando os serviços da unidade.

Ações: A atuação do INSTITUTO CEM será por meio de palestras informativas sobre diversos temas, com enfoque nos cuidados e criação de grupos de acompanhamento de Pacientes Especiais integrando aos usuários/familiares e a população em geral.

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensalmente

6.1.5 Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid

Projetado à pandemia que estamos vivendo desde dezembro de 2019 e que estende por dois anos, devemos pensar analiticamente em formas de se sobressair com estruturas psicossociais mínimas desse caos se se instalou no mundo.

Novos tempos serão desafiadores para além de lidar com a própria COVID-19, será preciso encarar uma sociedade sequelada, prejudicada no processo educacional e carente de recursos materiais – efeito colateral do baque experimentado na economia, visto especialmente entre os segmentos menos abastados.

Segundo dados do IBGE diz que "A proporção de jovens que nem estudam nem trabalham atingiu no último trimestre de 2020 o maior valor em oitos anos", alcançando "25,5% dos jovens de 15 a 29 anos", com maior impacto junto ao "menos escolarizados". (jornal "valor Econômico", edição de 29.04.21,

Praticar assistência social nunca terá sido tão importante quanto agora. Zelar pela integridade da saúde física e mental da comunidade em que se insere, o serviço de saúde pode propiciar as premissas básicas para tal.

Em 1.947 a Organização Mundial da **Saúde** (**OMS**) definiu **saúde** como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença".

E como resgatar o mínimo dessa definição da OMS pós à covid-19?

Baseado nessas afirmações e constatações o Projeto de Atendimento Ambulatorial Pós-COVID vem para ofertar um atendimento multidisciplinar dentro do contexto apresentado pela sociedade, no que tange às sequelas causadas pela doença.

- Fadiga
- Falta de ar;
- Dor no peito;
- Esquecimento entre outros;

São queixas comuns daqueles que passaram pela infecção pelo novo Coronavírus e que, mesmo após a superação da doença, ainda não se sentem como antes.

Tais sintomas, no entanto, não são os púnicos, algumas pessoas ficaram com complicações mais severas, no campo neurológico, cardiovascular e mental.

FUNCIONAMENTO

O ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid funcionará de segunda à sexta das 8 às 11h e das 13 às 16h, atendendo pacientes regulados pelo CRE quanto aqueles atendidos junto ao próprio hospital, o que difere apenas é o horário por se tratar de um atendimento diferenciado.

Propõe-se atendimentos com os serviços de:

- Enfermagem;
- Nutrição;
- Fonoaudiologia;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Psicologia
- Farmácia clínica;
- Serviço Social;

O processo de reabilitação é fundamental não apenas durante o tratamento clínico, como também após a alta do paciente. Dentro desse contexto vale zelar para que se implementem um conjunto de ações destinadas a auxiliar os pacientes a manterem uma boa funcionabilidade na interação com seu ambiente.

Segundo Minosso, et al (2010), avalia a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. "Atividades Básicas da Vida Dária (ABVD) é chamado "Índice de Bathel".

OBJETIVO

O objetivo é proporcionar um atendimento humanizado e acolhedor aos pacientes que sofrem e/ou sofreram com a doença e hoje vivem as sequeladas por ela deixadas.

Serão interações profissional/paciente, paciente/paciente para que juntos possam sanar ou amenizar seus sofrimentos e angústias.

METODOLOGIA

Trata-se de atendimentos em consultórios, reuniões multidisciplinares, eventos. Contando também com acompanhamento e monitoramento da saúde e dos dados clínicos obtidos, bem como orientações que será realizado por diversos profissionais da equipe multidisciplinar.

Esse monitoramento pode acontecer presencial ou remoto, pois dentro de toda a estrutura montada para os acolhimentos presenciais, estruturaremos um atendimento remoto para facilitar e não contar com absenteísmo que pode haver dentro do padrão ofertado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que esse atendimento proporcionará um afago acolhedor aos pacientes vítimas da COVID-19, que hoje se veem em um total emaranhado de sentimentos e sintomas não entendidos, uma vez que na cultura de uma parte da sociedade, entende-se que após a "alta médica", a "cura" da doença se dá por livre totalmente de sintomas, o que se observa é que nesse contexto vivido por toda a população mundial não acontece em todos os casos.

6.1.6 Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência

6.1.6.1 "Pense sepse"

Objetivo: Identificar e tratar precocemente os pacientes com os critérios de qSofa.

Justificativa: Evitar agravos de saúde causados pela sepse.

Material: Aulas, cartazes e lembretes no sistema.

Público: Todos os profissionais da assistência.

6.1.6.2 "Um Cuidado de Amor"

Objetivo: Identificar e manejar pacientes e familiares com os critérios para cuidados paliativos.

Justificativa: Evitar estratégias de saúde que geram dúvidas sobre o prognóstico do paciente, acolher familiares e pacientes, garantindo melhor vínculo durante a trajetória do paciente.

Material: Fichas de triagem e termos.

Público: Todos os profissionais da assistência, pacientes e familiares.

6.1.6.3 " Uma passagem segura"

Objetivo: Identificar e manejar pacientes com potencial risco de deterioração através das transições de plantão com a utilização do ISBAR.

Justificativa: Garantir a continuidade do trabalho, diminuindo as falhas de comunicação dos pacientes que necessitam de maior vigilância.

Material: Ficha ISBAR

Público: Médicos e enfermeiros

6.1.6.4 "Fortalecendo a melhor fase"

Objetivo: Capacitar membros da comunidade para conhecimento sobre alimentos adequados a situações fisiológicas e patológicas do Idoso, cujo risco ou prognóstico esteja relacionados a questões nutricionais

Justificativa: Garantir a continuidade da nutrição dos pacientes idosos após a alta hospitalar, evitando agravos pela questão nutricional.

Material: Cartazes, tabela nutricional, aulas.

Público: Nutrição, fonoaudiologia, acompanhantes e pacientes.

6.1.6.5 "Sem pressão"

Objetivo: Conscientizar equipe e familiares sobre a importância da mudança de decúbito dos pacientes .

Justificativa: Garantir maior segurança do paciente durante a internação, evitando agravos de saúde que geram aumento no tempo de internação

Material: Aulas, cartazes. comunicado no sistema.

Público: Equipe de assistência e familiares.

6.1.7 Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol

DESCRIÇÃO

A condição psicológica interfere em sua condição física e é relevante para a qualidade durante o período de internação. Diante disto projetos que visem a humanização podem afetar positivamente na recuperação do paciente. Este projeto foi desenvolvido visto que os pacientes em tratamento no ambiente hospitalar, se encontram afastados do convívio familiar, fragilizados pela condição imposta pela doença e rompimento das atividades sociais e profissionais.

Este projeto vem em consonância com a Política Nacional de Humanização buscando pôr em prática os princípios do SUS, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. O projeto será desenvolvido pela equipe multiprofissional do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**. Os pacientes serão avaliados previamente, com o intuito de verificar o nível de consciência, assim como qualquer item que impeça a participação no projeto. O nível de consciência será avaliado pela escala de coma de Glasgow. Após a avaliação serão abordados os pacientes que se enquadrem no projeto, levando em consideração paciente com longo período de hospitalização, o desejo em participar e estar consciente. No momento será ofertado ao paciente a possibilidade de ouvir uma música de sua preferência ou que tenha afeição, um lanche especial, caso houver permissão da nutricionista, e também possibilidade de visita familiar.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

Este projeto visa otimizar medidas de humanização além de melhorar a vivência durante a internação para pacientes com internação prolongada trazendo momentos de alegria ao paciente de longa permanência.

OBJETIVOS

Minimizar o sofrimento da internação de longa permanência;

Melhora no quadro clínico emocional do paciente.

BENEFÍCIOS

Propiciar momento de entretenimento;

Contribuir para a socialização;

Diminuir o grau de estresse;

Fortalecer o lado biológico;

Estimular o fortalecimento de vínculos;

Contribuir para o bem-estar do paciente.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

Todos os profissionais serão envolvidos no processo, sem exceções. Contribuindo para integração no trabalho e humanização da equipe.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Pacientes de longa permanência;

Profissionais de saúde do HERSO;

RESTRIÇÕES

Conforme perfil do paciente, limitações estruturais da unidade e condições climáticas.

RISCOS

Riscos associados a transporte em maca.

Risco paralelo ao quadro clínico do paciente.

EQUIPE

Profissionais de todos os setores de internação.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

ORÇAMENTO

Sem custo adicional.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

PLANO DE AÇÃO

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

6.1.8 Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador

1.OBJETIVOS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a comunidade.

O Programa de Qualidade de Vida no Trabalho (PQV) tem por objetivo promover satisfação, bem-estar e saúde dos funcionários dentro do ambiente corporativo.

É um instrumento, um conjunto de ações e estratégias, focado exclusivamente em propor ações voltadas a desenvolver os funcionários, promover satisfação pessoal e profissional, adoção de hábitos saudáveis, clima organizacional saudável, produtivo e feliz.

2. DIRECIONAMENTO DO PROGRAMA

2.1 – FRENTES DE TRABALHO

Inicialmente, atuaremos em três frentes de trabalho:

- Potencializar ações já existentes;

- Implantar novas ações de qualidade de vida que se interliguem e atendam às necessidades dos trabalhadores (criação cronograma de trabalho);

- Estabelecer indicadores de gestão para controle e medição da evolução do nível de saúde e bem estar dos trabalhadores;

2.1.1 – POTENCIALIZAR AÇÕES JÁ EXISTENTES

Atualmente, a equipe de segurança do trabalho realiza treinamentos setoriais, levando Educação Continuada para as equipes.

Como parte do projeto, um cronograma de treinamentos será desenvolvido, de maneira a potencializar os treinamentos já realizados, sistematizando sua ocorrência.

Outra ação já existente e executada pela equipe de medicina do trabalho, é a realização do levantamento do Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores da Unidade. Para traçar este perfil, são utilizados os dados fornecidos pelos colaboradores / servidores no memento de anamnese tanto no exame admissional como no periódico.

Como ação para implementar essa busca de dados, foi aplicado questionário auxiliar, momento em que os colaboradores puderam descrever doenças pré-existentes.

As doenças informadas foram divididas em cinco grupos:

1- Doenças Circulatórias;
2- Doenças Respiratórias;
3- Diabetes;
4- Obesidade;
5- Doenças Osteomusculares.

A seguir apresentaremos os dados já contabilizados até o momento:

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRABALHADOR DO HERSO				
GRUPO 01 Doenças Circulatórias	GRUPO 02 Doenças Respiratórias	GRUPO 03 Diabetes	GRUPO 04 Obesidade	GRUPO 05 Doenças Osteomusculares
157 pessoas	23 pessoas	17 pessoas	78 pessoas	87 pessoas

Além disso, caso o médico do trabalho identifique que algum funcionário necessita de acompanhamento psicológico, ele coloca em prática o POP – ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO DE PROFISSIONAIS (anexo ao final deste documento). Este POP prevê que o profissional pode ser direcionado ao Serviço de Psicologia da Unidade.

Outra medida já implantada que visa a segurança e saúde do trabalhador é o afastamento da colaboradora / servidora gestante que labora em área insalubre (anexo ao final deste programa). Este fluxo prevê que toda mulher gestante deve ser afastada da área insalubre, sendo encaminhada para realizar trabalho em área salubre. Além disso, esta mulher é acompanhada periodicamente pela medicina do trabalho.

Temos ainda na unidade o Serviço de Telemedicina (POP em anexo). Ele realiza o atendimento dos colaboradores / servidores sintomáticos para COVID-19. Todo trabalhador sintomático é afastado dos serviços, avaliado via telefônica por um médico e realiza o RT-

PCR para detecção de COVID-19. Recebe, ainda, atestado médico para justificar o afastamento das atividades laborais durante o período necessário para recuperação.

Durante o ano de 2022, 698 pessoas com sintomas de COVID foram atendidas pelo Serviço de Telemedicina da Unidade. Todas foram avaliadas e testadas.

2.1.2 – IMPLANTAR NOVAS AÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA

Para desenvolvimento desta área, estão sendo planejadas ações mensais, devidamente organizadas e adequadas ao calendário da Instituição, nas diversas áreas propostas: workshops, palestras, seminários, encontros e eventos envolvendo profissionais da própria Instituição ou convidados para atuarem como facilitadores, abrangendo diversos temas como: Saúde e Bem Estar, Cultura e Lazer.

Como medida para auxiliar os trabalhadores, foi montado um cronograma de ações em conjunto com a equipe multiprofissional, conforme segue:

Ação	**Mês**	**Público Alvo**	**Objetivo**
Aferição de pressão arterial	Janeiro	Todos os trabalhadores da unidade	Identificação de trabalhadores com pressão alterada, aconselhamento e acompanhamento da medicina do trabalho.
Medição do peso	Fevereiro	Todos os trabalhadores da unidade	Identificação de trabalhadores que estão acima do peso, aconselhamento com a equipe de Nutrição da unidade e acompanhamento da medicina do trabalho.
Palestra sobre Doenças Osteo musculares	Março	Todos os trabalhadores da unidade	Identificação de trabalhadores que possuam esta patologia,

			aconselhamento e acompanhamento da medicina do trabalho.
Medição de glicemia	Abril	Todos os trabalhadores da unidade	Identificação de trabalhadores que estão com a glicemia alterada, aconselhamento com a equipe de Nutrição da unidade e acompanhamento da medicina do trabalho.

Para as doenças mentais, propomos ações como: rodas de conversas e momentos de meditação durante este dia, ambos abertos à participação de todos os trabalhadores da Unidade. Estas ações serão desenvolvidas pela psicóloga que está no HERSO todas as quartas-feiras.

2.1.2 – ESTABELECER E ACOMPANHAR INDICADORES

Os indicadores devem ser utilizados, pois são ferramentas para medição e controle da evolução do nível da saúde e bem estar dos trabalhadores.

Utilizaremos como indicadores:

1- Quantidade de atestados recebidos / mês;
2- Dias de afastamento gerados pelos atestados / mês;
3- CIDs mais prevalentes;
4- Quantidade de Equipamentos de Proteção Individual entregues / mês;
5- Quantidade de Acidentes (Típico, Trajeto e Exposição à Material Biológico) / mês.

A seguir apresentaremos a quantidade de atestados médicos recebidos no período de junho a dezembro de 2022.

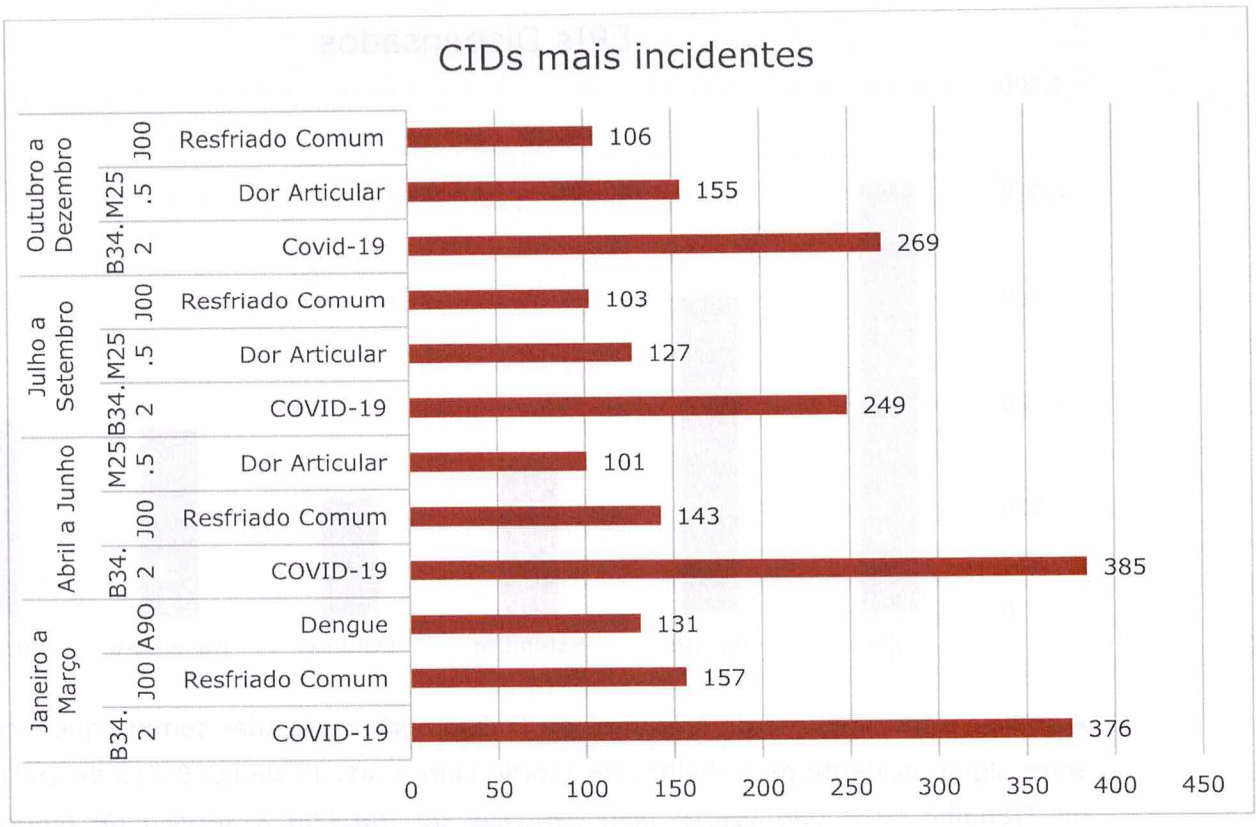
Atestados Recebidos	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Quantidade	458	465	419	362	498	535	2.737
Dias de Afastamento	2.271	2.446	1.532	1.842	2.791	3.365	14.247



Apresentamos abaixo os CIDs (Código Internacional de Doenças) mais prevalentes trimestralmente. Este indicador é importante pois possibilita entender o motivo do adoecimento do trabalhador, favorecendo o direcionamento de ações para evita-las.

	CID	Motivo	Quantidade
Janeiro a Março	B34.2	COVID-19	376
	J00	Resfriado Comum	157
	A9O	Dengue	131
Abril a Junho	B34.2	COVID-19	385
	J00	Resfriado Comum	143

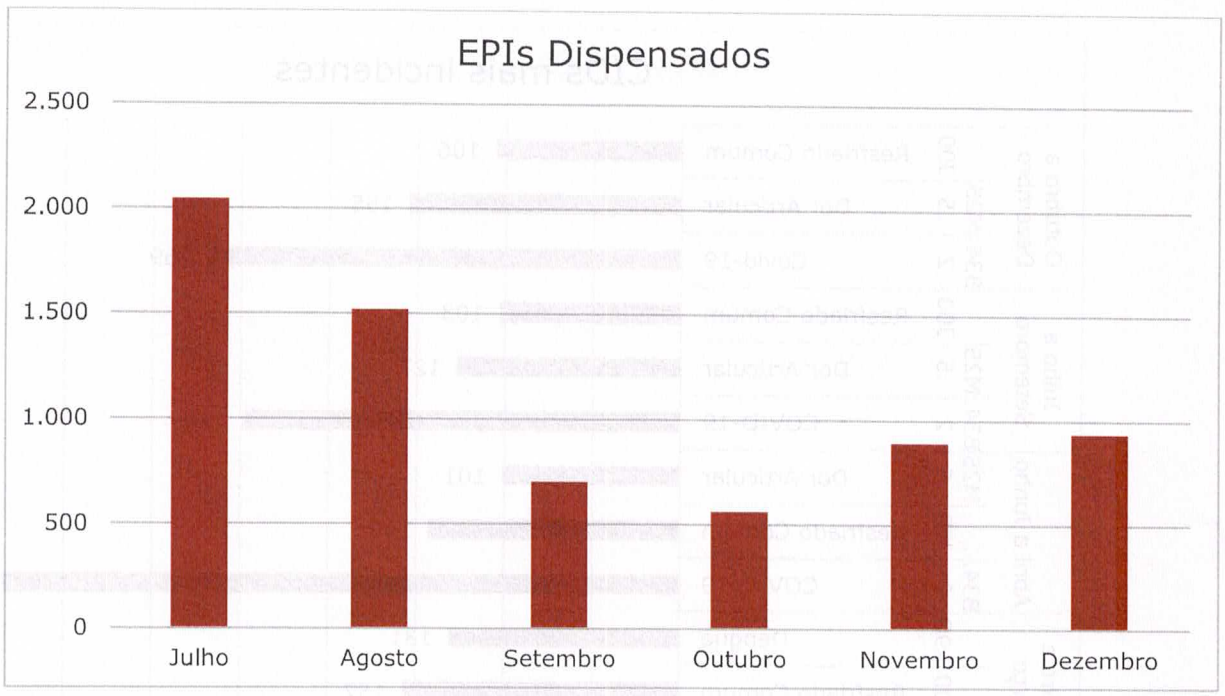
	M25.5	Dor Articular	101
Julho a Setembro	B34.2	COVID-19	249
	M25.5	Dor Articular	127
	J00	Resfriado Comum	103
Outubro a Dezembro	B34.2	Covid-19	269
	M25.5	Dor Articular	155
	J00	Resfriado Comum	106



Os Equipamentos de Proteção Individual – EPIs entregues são: máscara N-95, capote impermeável, macacão impermeável, protetor facial/óculos de proteção, luva de vinil sem pó, luvas ranhuradas, avental de PVC, bota de PVC. Ficam disponíveis nos setores as luvas de procedimentos e toucas/gorros sempre que a assistência terapêutica ao paciente exigir.

Segue planilha com a quantidades de EPIs dispensados nos meses de junho, julho, agosto, setembro e outubro:

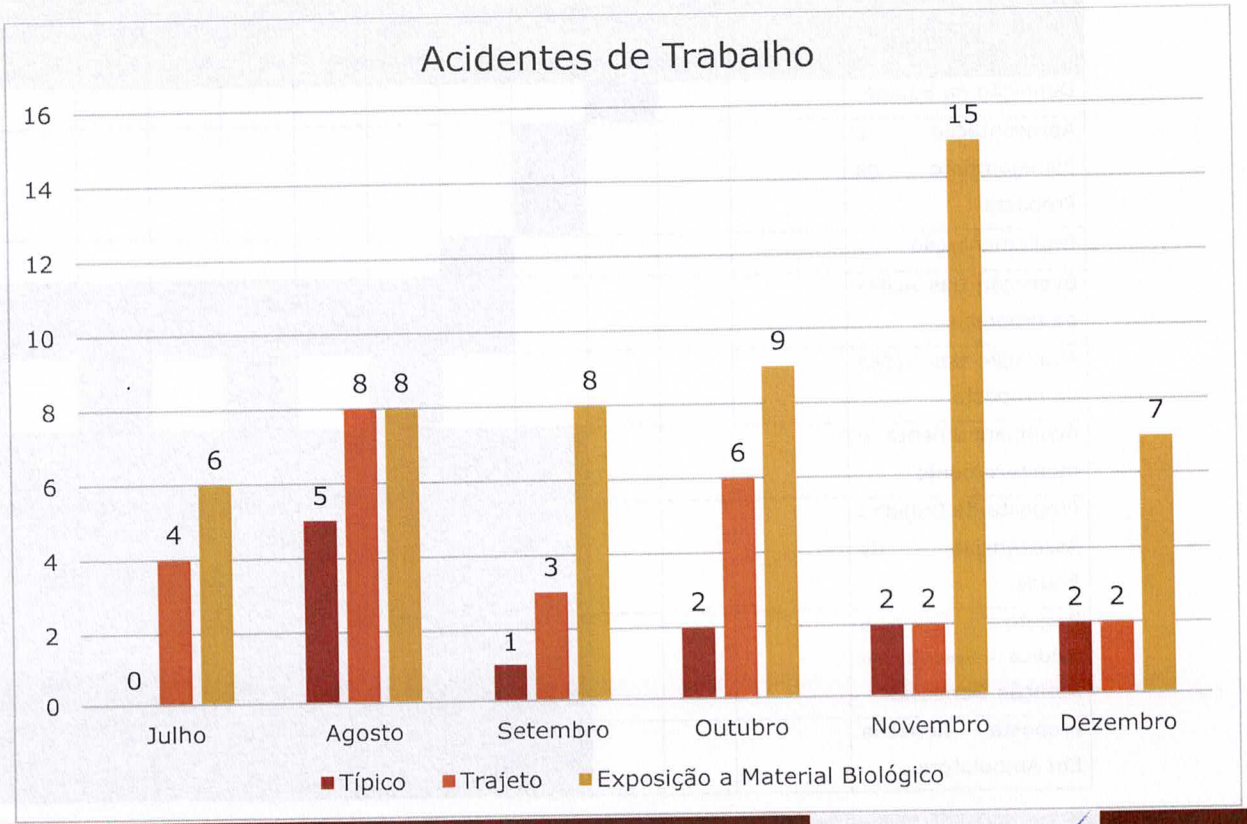
EPIs Dispensados	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Quantidade	2.046	1.519	701	562	894	939	6.661



A Análise e Investigação de Acidentes de Trabalho são realizadas sempre que o colaborador sofre algum acidente de trabalho. De acordo com o Art. 19 da Lei 8.213 de 1991, Acidente de Trabalho "*é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho*".

Realizamos a Análise e Investigação de Acidentes de Trabalho e sempre que configurado, conforme descrição acima, fazemos o registro da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT. Como indicador foram utilizados os Acidentes de Trabalho (em que foram registrados CAT) típicos, de trajeto e os de exposição a material biológico.

Acidentes de trabalho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Típico	0	5	1	2	2	2	12
Trajeto	4	8	3	6	2	2	25
Exposição a Material Biológico	6	8	8	9	15	7	53
Total	10	21	12	17	19	11	90



3. ENCERRAMENTO

Este Programa de Qualidade de Vida do Trabalhador é um documento dinâmico, ou seja, deve ser atualizado periodicamente para que as ações sejam sempre tomadas considerando o cenário atual do trabalhador.

Foi elaborado em Novembro/2022 pela Engenheira de Segurança do Trabalho Mônica Vidal Maciel em conjunto com a equipe do SESMT do HERSO. Foi atualizado em Janeiro/2023. A responsabilidade por sua operacionalização é do SESMT em parceria com a Direção da Unidade.

_____

Mônica Vidal Maciel

CREA-GO 19.733/D

6.1.9 Cronograma de Atividades dos Projetos de Assistenciais de Saúde

O que	Quando	Ano:											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Definição da Equipe			X										
Apresentação e Planejamento da Proposta				X									
Implementação					X								
Execução das Ações da Proposta					X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação das Ações da Proposta						X		X		X		X	
Acompanhamento e monitoramento				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde													
Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar													
Proposta Geriatria Em Ambulatório													

Avaliação Multidimensional Do Idoso													
Avaliação Multidimensional Do Idoso													
Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais													
Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid													
Projeto Para Testagem Para HIV Em Pacientes Cirúrgicos													
Núcleo De Apoio Psicopedagógico (Nap) Aos Programas De Residência Médica E Multiprofissional Da Unidade De Saúde - **HERSO**													
Projeto Residência Em Movimento													
Projeto Prática Baseada Em Evidências													
Projeto Qualificação Para Avaliação Formativa Nos Programas De Residências													
Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência													
"Pense sepse"													
"Um Cuidado de Amor"													

" Uma passagem segura"												
"Fortalecendo a melhor fase"												
"Sem pressão"												
Protocolo Classificação De Risco Conforme Manchester												
Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol												
Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador												

6.2 Proposta de Projetos Assistenciais Sociais

6.2.1 Projetos Sociais

6.2.1.1 Descrição

A Humanização / Política Nacional de Humanização. No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implicara a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à entidade e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS estas congregadas as ações do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidades entre ele, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão."

Direção do Instituto CEM terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente - **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS**

MACHADO - HERSO , em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, propõe um Programa de Humanização para que seja agregado as diversas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, usuários e comunidade do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e ao mesmo tempo criar subsídios à implantação de um programa permanente de Humanização que beneficie os usuários, trabalhadores e comunidade tanto da assistência , quanto do trabalho em saúde. Atendendo a usuários da infância-juventude, adultos, com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Melhoria nas condições de trabalho do cuidador e de comunicação e informação tanto nas relações de trabalho quanto aos usuários.

Os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico, tecnológico e de conhecimento. Entretanto esta evolução não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano.

O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas a saúde e a doença. A experiência mostra que uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente hospitalar podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam – atores essenciais para a humanização.

O **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** como instituição de ensino, pesquisa e assistência prestadora de serviços à comunidade, tendo como missão "Desenvolver , eficaz e eficientemente, e de forma equilibrada, a formação e a capacitação de recursos humanos, a pesquisa na área de saúde e a assistência", respondendo às necessidades de saúde da população e, inserido no Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás, constituir- se como referência para áreas específicas, propõe um Programa de Humanização.

O programa se propõe a articular as iniciativas de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana.

Humanizar o ambiente hospitalar é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Mais do que isso, humanizar é adotar

uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites.

Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

As dificuldades encontradas são as mais variadas, em especial com relação à mudança de postura dos pacientes e profissionais nos últimos anos. Se de um lado houve uma maior participação tanto dos usuários quanto dos profissionais na gestão dos serviços, está ainda é incipiente se considerarmos o todo institucional.

O Instituto CEM tem como objetivo apoiar e estimular as ações humanizadoras no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, mas a humanização só será realmente possível quando houver um esforço conjunto de toda a comunidade. Todo ator desta instituição deve ser parte integrante desta proposta, sendo como idealizador de uma nova ação ou projeto, dentro do seu local de trabalho, juntamente com a sua equipe. Ou levando sua proposta ou ideia até a comissão, para discussão e viabilização da mesma.

A comissão em suas reuniões semanais está sempre aberta a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

Agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.

Possibilitar reflexão e promoção no fortalecimento contínuo desta política. Sensibilizar e responsabilizar a todos os atores envolvidos na Instituição para que desenvolvam projetos e ações que propicie um atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade do usuário e os profissionais da saúde.

Atender aos vários eixos que a Política de Humanização pressupõe, como eixos de ação que objetivam a Institucionalização, difusão, desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Eixo das Instituições do SUS: eixos da gestão do trabalho (propõe-se à promoção de ações que asseguram a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação , o auto desenvolvimento e o crescimento profissional eixo do financiamento, eixo da atenção, eixo da educação

permanente, indica- se que a Política Nacional Humanização conteúdo profissionalizante na graduação, pós graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Polos de Educação Permanente e as instituições de formação, eixo da informação /comunicação, indica- se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da Política Nacional de Humanização, eixo da gestão da Política Nacional de Humanização, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada ás necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

6.2.1.2 Metodologia

Será instituída pelo Instituto CEM a Humanização multidisciplinar que terá como metodologia de trabalho:

- Levantamento das iniciativas, promovendo a integração das mesmas;
- Realização de Oficinas e Seminários; para traçar o Plano de ação no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.
- Elaboração das diretrizes para sistematização do Programa;
- Divulgação da Política Nacional de Humanização e sensibilização dos diversos atores desta Instituição.
- Liderar o processo de humanização no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**.
- Promover uma ação conjunta da alta administração do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.
- Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores. Promover fluxo de propostas e deliberações.
- Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.
- Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

- Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.

6.2.1.3 Projeto Datas Festivas

PROJETO DATAS FESTIVAS

O objetivo será definir as metas e estabelecer diretrizes para realizar este projeto durante todo o Ano de 2022 através de comemorações já com datas pré-definidas pelo calendário brasileiro. Este calendário terá definições de quais serão as datas, ações, para uma busca constante em melhor atender nossos colaboradores.

Ações Geradas			
Nº	O que	Quando	Quem
01	Promover entre os Andares qual a fantasia/enfeites no andar ou departamento carnavalesca é a mais bonita – Gincana; Terá prenda para a melhor;	Carnaval Realizar a divulgação por meio da Comunicação do hospital 26/02/23	Colaboradores dos setores
02	Dia da Mulher, realizar uma um café da Manhã a todas as mulheres aqui do Hospital;	Comissão organizar café da manhã 08/03/2022	Todas as mulheres
03	Pascoa – entregar uma prenda sugestiva; Providenciar através de doações com fornecedores;	14/04/23	colaborador
04	Dia das mães – verificar junto ao RH qtas mães existe para buscar doação (Instituto Cem) Colocar fotos no Reto Projetor no hospital;	08/05/23	colaborador
05	Festa Junina – Fazer mesa típica de festa junina; Usar roupas típicas os dep. administrativos; Buscar doações para fazer a Mesa;	20 a 24/06/23	colaborador
06	Independência do Brasil – Colaboradores usar roupa verde;	06 e 07/09/23	Fazer divulgação com a Comunicação -
07	Dia da Criança – Promover ação com os colaboradores;	12/10/23	Fazer divulgação com a Comunicação
08	Proclamação da República - Promover ação com os colaboradores.	15/11/23	colaborador

6.2.1.4 Projeto Terapia Assistida Por Animais (Taa) – Empatinhas

1. DESCRIÇÃO

- O presente projeto, elaborado e aprovado pela Comissão de Humanização, apresenta a inserção de animais PET's, cães guias aposentados na melhora da qualidade de vida em geral dos pacientes internados com mais de 30 dias.

- O projeto vai contar com participação de multiprofissionais preparados na lida com cães, e outros profissionais. Eventualmente poderão agregar ao quadro de profissionais e também alunos de instituições de ensino em forma de voluntários e bolsistas. Esta proposta será através da rede C.U.R.A.A. (Centro Universal de Referência ao Amor Animal).

2. PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A justificativa para a implementação do projeto é pautada inicialmente pelos resultados positivos obtidos em diversos estudos no país, a exemplo: A pesquisa realizada por Carvalho, Assis e Cunha (2011), ao qual aplicaram a AAA (Atividade Assistida por Animais) em idosos institucionalizados na região de Uberlândia – MG. A pesquisa durou 12 meses e como resultado foi constatado tanto pela equipe de trabalho, quanto pelos terapeutas ocupacionais, uma melhora nítida no humor, elevação da autoestima e na interação social entre os próprios idosos. Também

aplicada a idosos institucionalizados, tem-se a pesquisa desenvolvida por Silva et al. (2009), sendo acompanhados um total de 36 idosos, com idade entre 58 e 101 anos, na cidade de Araçatuba – SP. O emprego da AAA proporcionou ao fim da pesquisa uma minimização da agressividade e irritabilidade, os

idosos se motivaram a sair dos quartos e frequentando os ambientes livres e comuns ao grupo, foi destacado ainda pelos pesquisadores que na presença dos PET's os idosos estavam mais motivados à prática de fisioterapia e outros exercícios.

Por meio das entrevistas com pacientes e com os profissionais da saúde do hospital, os pesquisadores concluíram diversos aspectos positivos da presença dos animais, destacando: alívio das tensões do ambiente hospitalar, mudança da rotina dos pacientes, diminuição da ansiedade e perduração da sensação de felicidade, sendo solicitado pelos residentes de psiquiatria um aumento dos números de visitas semanais dos PET's, de acordo com pesquisas acima.

3. OBJETIVO

Promover o bem-estar físico, emocional, social e cognitivo de pacientes.

As visitas são consideradas terapias, não renunciando à presença de profissionais da saúde e seus condutores. De acordo com algumas evidências por diversos autores, podendo citar: diminuição da pressão sanguínea, ansiedade e estresse em crianças, melhora da autoestima em adultos, diminuição da ansiedade e angústia em adultos.

4. BENEFÍCIO

Espera-se também socializar os pacientes pelo contato com os animais e membros da equipe executora, oportunizando atenção, carinho e promovendo contato com o meio externo do qual os pacientes estão sendo privados.

Além disso promover distração, melhoramento do stress, ansiedade dos pacientes que estiverem com longa permanência no hospital. E também incentivar a participação das equipes assistências, médicos e outros colaboradores na busca com a ajuda de PET's com um tratamento mais humanizado, criando assim um modelo de ação social.

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

5.1. Escolha dos pacientes

Os pacientes que serão contemplados com a Visita pet deverão atender um dos seguintes requisitos:

- Com mais de 30 dias no hospital sem ter visitas;
- Aguardando Órtese/Próteses que o Sus não contempla;
- Pacientes clinicamente desfavoráveis para cirurgia;
- Autorizados em receber a visita (que não possuam alergias);
- Consentir com a visita de animais.

Essa triagem será feita pela comissão reguladora do projeto ou setor determinado.

Após a triagem a comissão ou setor, comunicará aos setores os nomes dos contemplados e o cronograma de visitas com todas as orientações da rede C.U.R.A.A.

5.2. Regulamentação das visitas

As visitas deverão ocorrer obedecendo os seguintes critérios:

- Mensalmente com a data e horários a serem definidos pela comissão/setor;
- A visita ocorrerá em ambiente específico definido pela comissão/setor;
- A equipe da Rede C.U.R.A.A. deverá acompanhar o tempo todo estes pacientes;
- A equipe da Rede C.U.R.A.A. deverá informar a quantidade de animais que atenderão as visitas para a comissão/setor.
- Os animais deverão ser previamente examinados, imunizados, e com perfil identificado, diagnosticados como aptos pela comissão/setor que poderá solicitar documentos para comprovação;
- As pessoas que participaram das visitas deverão estar devidamente paramentados com uso de EPI's e EPC's, obedecendo as regras do hospital.

6. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

6.1. Internos

- Pacientes com longa permanência: no hospital serão os maiores beneficiados com este projeto onde poderão participar de ações de socialização para agregar qualidade de vida e permitir sua interação com o meio. Pois muitos são privados de amor e carinho dos parentes e familiares, ficando a margem da sociedade;
- Equipe assistencial: terão também benefícios com o projeto, pois conforme pesquisas essas visitas promovem uma melhora nítida no humor, elevação da autoestima e na interação social aos pacientes, contribuindo para uma assistência mais tranquila aos mesmos;
- Direção: visibilidade do hospital com a ação de humanização promovido através deste projeto.

6.2. Externos

- Rede C.U.R.A.A.: visibilidade da ação promovida no hospital, gerando referência para futuros projetos em outros hospitais;
- Sociedade: realização de um serviço humanizado aos parentes hospitalizados contribuindo na qualidade de vida.

7. RESTRIÇÕES

As restrições de visitas serão para pacientes que:

- Possuam alergias;
- Estejam em isolamento (COVID, doenças infecciosas, etc.)

Equipe C.U.R.A.A.:

- Animal sem as vacinas necessárias;
- Animal doente;
- Membros da equipe com suspeita de COVID ou outras doenças infecciosas.

8. RISCOS

8.1. Paciente

RISCO	AÇÃO
Paciente descobrir alergia	Acionar a Equipe Assistencial imediatamente
Falta de condutores para levar os pacientes	Remarcar a Visita ou alterar local
Animal doente	Remarcar visita
Ataque do animal	Acionar a Equipe Assistencial imediatamente

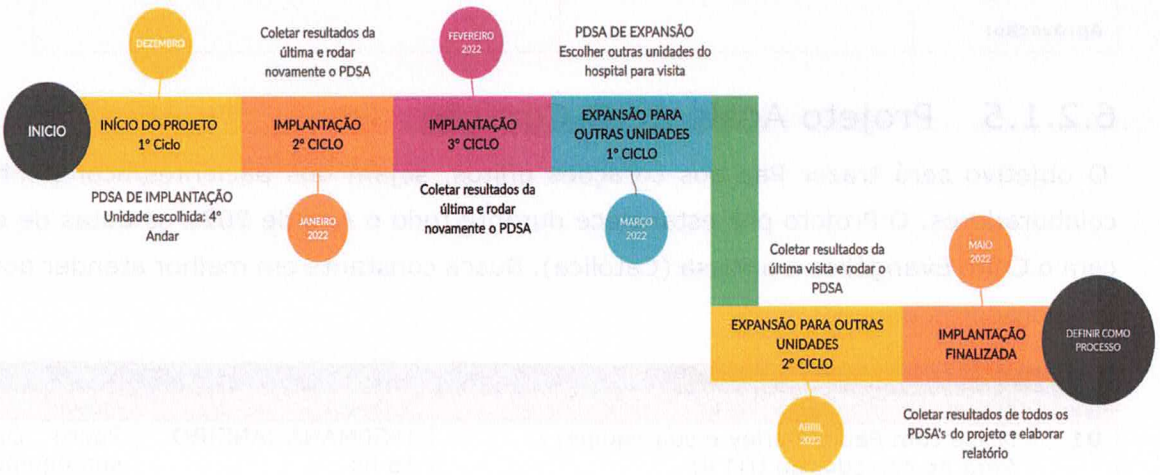
9. EQUIPE

- Equipe Multiprofissional;
- Equipe Assistencial;
- Equipe médica;
- Equipe de Apoio Operacional;
- Equipe Rede C.U.R.A.A.;

- Membros da Comissão de Humanização.

10. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto terá início em princípio do mês de dezembro de 2021 com prazo de 6 meses como teste do projeto.



11. ORÇAMENTO

Em andamento.

12. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Esta projeção só será possível após a realização da primeira Projeto realizado, uma vez que ele é o piloto aqui dentro da unidade.

13. PLANO DE AÇÃO

O Projeto terá início no 4 andar com prospecção para os outros andares. Iniciará no mês de dezembro de 2021, vamos contar com a Rede C.U.R.A.A. e com a nossa equipe do hospital para fazer este grande projeto. Ele será para amenizar o stress dos pacientes com longa permanência e com poucos ou com nenhuma visita hospitalar. De acordo com pesquisas bibliográficas este tipo de ajuda dos PET's podem melhorar o humor, elevação da autoestima e interação social dos pacientes entre outras socializações mais. Acreditando assim nestes benefícios aos pacientes, possivelmente podem inclusive favorecer em altas posteriores.

14. LOGO DO PROJETO

15. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:		
Revisão:		
Validação:		
Aprovação:		

6.2.1.5 Projeto Acalente O Coração

O objetivo será trazer Paz aos corações aflitos, sejam dos pacientes/acompanhantes e colaboradores. O Projeto pré-estabelece durante todo o Ano de 2022 as datas de encontro com o Culto Evangélico e a Missa (Católica). Busca constante em melhor atender aos nossos colaboradores etc.

Ações Geradas			
N°	O que	Quando	Quem
01	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	1ºSEMANA JANEIRO 15 hs 0:30 antes última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
02	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA FEVEREIRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
03	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA FEVEREIRO 15 hs 0:30 antes última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
04	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA MARÇO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
05	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA MARÇO 15 hs 0:30 antes última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
06	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA ABRIL 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
07	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA ABRIL 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
08	Culto Evangélico,	1ºSEMANA MAIO	Pastor

	Será no corredor da UTI 4;	15 hs 2ª 4f de cada mês	
09	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA MAIO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
10	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA JUNHO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
11	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA JUNHO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
12	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA JULHO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
13	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA JULHO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
14	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA AGOSTO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
15	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA AGOSTO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
16	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA SETEMBRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
17	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA SETEMBRO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
18	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA OUTUBRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
19	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA OUTUBRO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
20	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA NOVEMBRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
21	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA NOVEMBRO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe

	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA DEZEMBRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA DEZEMBRO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe

6.2.1.6 Projeto "Ler É Distração"

1. DESCRIÇÃO

O presente projeto, elaborado e aprovado pela Comissão de Humanização, apresenta a inserção de livros na melhoria, distração e qualidade de vida em geral dos pacientes internados nesta unidade de saúde.

O projeto vai contar com a participação de colaboradores do Serviço de Relacionamento e Ouvidoria na divulgação, entrega e recolha dos livros oferecidos. Estes colaboradores com sua força de vontade em ajudar o próximo estará auxiliando a Comissão de Humanização deste hospital. Trabalho este, voluntário.

2. PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A justificativa para a implementação do projeto é pautada inicialmente pelos resultados positivos que poderemos alcançar.

Através da leitura o ser humano consegue se transportar para o desconhecido, explorá-lo, decifrar os sentimentos e emoções que o cercam e acrescenta vida ao sabor da existência. Pode então, vivenciar experiências que propiciem e solidificam os conhecimentos significativos de seu processo de vida.

3. OBJETIVO

Promover o bem-estar emocional, social e cognitivo de pacientes. Possibilitar a vivência de emoções, o exercício da fantasia e da imaginação. O intuito é proporcionar ao indivíduo através da leitura, a oportunidade de alargamento dos horizontes pessoais e culturais, garantindo a sua formação crítica e emancipadora. A leitura é considerada terapia, não abrindo mão da presença de profissionais da saúde, claro! De acordo com algumas evidências por diversos autores, podendo citar: diminuição da ansiedade, estresse, melhora da autoestima, diminuição da ansiedade e angústia em adultos.

4. BENEFÍCIO

Espera-se socializar os pacientes pela leitura através de experiências talvez até então não vivenciada por este por falta de interesse ou por falta de tempo de acordo com o cotidiano de cada indivíduo. Esta leitura será uma oportunidade de atenção, carinho, promovendo contato com o meio externo do qual os pacientes estão sendo privados.

Além disso, promover distração, melhoramento do stress, ansiedade dos pacientes que estiverem com longa permanência no hospital, auxiliando assim com um tratamento mais humanizado, criando um modelo de ação social.

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

5.1. Escolha dos pacientes

Os pacientes que serão contemplados com a entrega de livros, revistas. Deverão atender um dos seguintes requisitos:

- Com mais de 30 dias no hospital ou não;
- Aguardando Órtese/Próteses que o Sus não contempla;
- Pacientes clinicamente desfavoráveis para cirurgia;

Essa triagem será feita pela comissão reguladora do projeto ou setor determinado.

Após a triagem a comissão ou setor, entregará o livro, revista ao paciente.

5.2. Regulamentação das entregas

As entregas de livros, revistas deverão ocorrer obedecendo os seguintes critérios:

- Diariamente com a data e horários a serem definidos pela comissão/setor;
- A equipe de colaboradores deverá informar a quantidade de livros que serão entregues aos pacientes, (01) de cada vez, tendo o direito a pegar outro livro como empréstimo;
- Os livros deverão ser previamente examinados, higienizados, e com perfil identificado, aptos pela comissão/setor para a entrega dos mesmos;
- O paciente irá informar seu nome completo, data de nascimento, identidade ou cpf, nº de seu prontuário e telefone para ter direito a receber o empréstimo do livro.

6. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

6.1 Internos

- Pacientes com longa permanência: os pacientes serão os maiores beneficiados com este projeto, onde poderão participar de ações de socialização para agregar qualidade de vida e permitir sua interação com o meio. Pois muitos são privados de amor e carinho dos parentes e familiares, ficando a margem da sociedade;

- Equipe assistencial: terão também benefícios com o projeto, pois conforme pesquisas, essas leituras promovem uma melhora nítida no humor, elevação da autoestima e na interação social aos pacientes, contribuindo para uma assistência mais tranquila aos mesmos;

- Direção: visibilidade do hospital com a ação de humanização promovido através deste projeto.

6.2 Externos

- Ler é Distração: visibilidade da ação promovida no hospital, gerando referência para futuros projetos em outros hospitais;

- Sociedade: realização de um serviço humanizado aos parentes hospitalizados contribuindo na qualidade de vida.

7. RESTRIÇÕES

As restrições de leitura serão para pacientes que:

- Possuam alergias;
- Estejam em isolamento (COVID, doenças infecciosas, etc.);
- Pacientes sem condições de segurar o livro.

Projeto Ler é Distração:

- Livros sem condições de empréstimo ao paciente;
- Livro estragado;
- Livro sem estar feito a desinfecção com produto específico para contato;
- Membros da equipe com suspeita de COVID ou outras doenças infecciosas.

8. RISCOS

8.1 Paciente

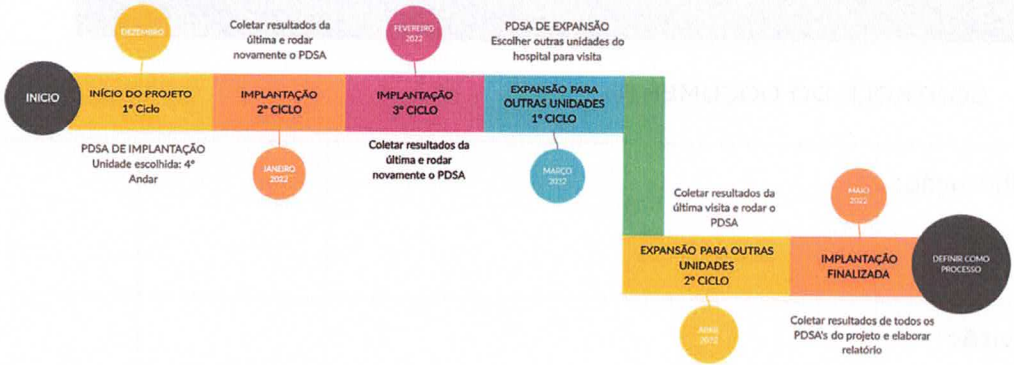
RISCO	AÇÃO
Paciente descobrir alergia	Acionar a Equipe Assistencial imediatamente
Falta de colaborador para levar os livros até o paciente	Remarcar a entrega ou alterar local
Livro sujo	Remarcar entrega

8.2 EQUIPE

- Equipe Multiprofissional;
- Equipe Assistencial;
- Equipe médica;
- Equipe de Apoio Operacional;
- Membros da Comissão de Humanização.

9. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto terá início em princípio do mês de Junho de 2022 com prazo de 6 meses como teste do projeto.



10. ORÇAMENTO

Os livros, revistas são doações recebidas.

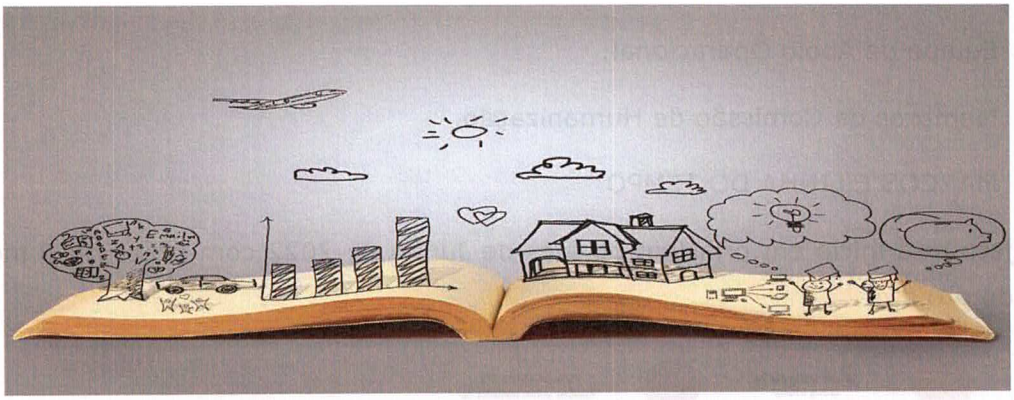
11. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Esta projeção só será possível após a realização do Projeto realizado, uma vez que ele é o piloto aqui dentro da unidade.

12. PLANO DE AÇÃO

O Projeto terá início no 4 andar com prospecção para os outros andares. Iniciará no mês de Junho de 2022, vamos contar com doações de livros e revistas e com a nossa equipe do hospital para fazer este grande projeto. Ele será para amenizar o stress dos pacientes com longa permanência e com poucos ou com nenhuma visita hospitalar. De acordo com pesquisas bibliográficas este tipo de ajuda pode melhorar o humor, elevação da autoestima e interação social dos pacientes entre outras socializações. Acreditando assim nestes benefícios aos pacientes, possivelmente podem inclusive favorecer em altas posteriores.

13. LOGO DO PROJETO



14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

6.2.1.7 Projeto "Alegria... Alegria"

Apresentação

O presente projeto "***alegria...alegria***" consiste em implantação de parceria com Escolas e Universidade local para atuar dentro da unidade com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de recuperação da ansiedade e depressão por perda de condução de saúde, oportunizando assim outras formas ver a vida além de restabelecer sua saúde emocional através do riso.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entre a UNIDADE e as Escolas, associações e ou Universidade através de ligas acadêmicas, grupos de contadores de história e, grupos de apoio. Estes terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da UNIDADE com os tutores e, posteriormente, os tutores e alunos desenvolverão a promoção da alegria do projeto para atividades extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (SEMEIs e creches) asilos e centros de apoio do município.

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou estudantes estagiários e ou voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão da unidade e os objetivos do projeto.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho da UNIDADE e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural da unidade junto à sociedade local e regional.

Objetivo

Oportunizar entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional e cultural.

Público alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem ao UNIDADE em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos

- Termo de Cooperação Técnica;
- Materiais didáticos lúdicos;

- Jalecos;
- Roupas de fantasias;
- Fantoches;
- Tecidos múltiplos;
- Maquiagens;
- Transporte;
- Motorista;
- Combustível.

Ações: Firmar parcerias com Escolas/Faculdades de Artes ou grupos de divulgação de artes cênicas para interagir com os pacientes.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto **"Alegria...alegria"**, os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se oportunizar contato com a cultura e lazer a toda a população carente da cidade, bem como aos usuários que estão sendo atendidos na unidade.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social e cultural dos usuários e seus familiares e da população carente do município e região do Estado de Goiás.

6.2.1.8 Paciente Aniversariante

O segredo da humanização no ambiente de saúde está nos detalhes. São os gestos aparentemente pequenos, medidas simples do dia a dia, mas que contribuem para que pacientes, acompanhantes e funcionários se sintam acolhidos e respeitados pela unidade de saúde.

O conceito de humanização é levado para todos os setores e, naturalmente, o envolver o Serviço de Nutrição e Dietética é de suma importância. Pacientes que completam aniversario enquanto estão no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** recebem além do carinho da equipe de assistência, um Cupcake preparado especialmente para celebrar a data.

Objetivo:

Com um gesto simples essa surpresa pode comover o homenageado, afinal ninguém espera ser presenteado pela própria unidade hospitalar, durante seu atendimento. Pode ser algo simples, mas faz com eles percebam que são vidas que estão sob nossos cuidados e merecem todo respeito e atenção.

Metodologia

Para não perder nenhuma data festiva, o servido de Tecnologia da informação terá que desenvolver um alarde no sistema que identifica todos os pacientes que fazem aniversário dentro daquele mês, podendo todos os colaboradores ter acesso a essa data e informar Serviço de Nutrição e Dietética.

O símbolo de um bolo é colocado ao lado do nome do aniversariante para que nutricionista possa visualizar e solicitar preparo

Na hora da entrega a equipe multiprofissional se reúne para surpreender o paciente

Conclusão.

Ser um Hospital de referência, comprometido com a humanização e qualidade dos serviços prestados buscando sempre a total satisfação de nossos clientes internos e externos

Público Alvo: pacientes que estejam utilizando os serviços da unidade e colaboradores.

Ações: As atividades serão realizadas por estudantes, estagiários e voluntários do projeto, sendo os mesmos orientados pela coordenadora de Fisioterapia da Unidade de Saúde visando Orientar e sensibilizar os pacientes sobre o cuidado em saúde, bons hábitos de vida,

boa postura, alongamentos, bem como a importância da prática de atividades psicomotoras..

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as atividades são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e newsletters.

6.2.1.9 Projeto "UNIDADE, em Tela"

Apresentação

O presente projeto "**UNIDADE, em Tela**" inserido no Programa de Humanização do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** terá como objetivo levar exposições artísticas de temas variados para a unidade, promovendo o acesso à cultura por parte de seus pacientes, acompanhantes e funcionários. A iniciativa já implantada em outras instituições de saúde tem revelado resultados satisfatórios no tratamento de seus usuários.

Público-alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade.

Ações: Oficinas e distribuição de material impreno.e por meio de mídia social.

Objetivo

Oportunizar acesso ao lazer, entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral ao desenvolvimento de habilidades artísticas e, em um ambiente alegre, motivacional para incentivo da cultura goiana e brasileira.

Público-alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem a UNIDADE em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos materiais

- Termo de Cooperação Técnica;

- Materiais artes em tela;
- Jalecos;
- Mobiliário específicos de pintura;
- Transporte;
- Motorista;
- Combustível.

Ações: Firmar parcerias com Entidades /Escolas/Faculdades de Artes ou grupos de divulgação de artes para interagir com os pacientes.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto "**UNIDADE, em Tela**", os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidas nesse processo.

Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se trazer qualidade de vida e desenvolvimento cultural e artístico para seus participantes, oportunizando contato com a toda a população carente da cidade de Santa Helena de Goiás e região, bem como aos usuários que estão acolhidos na UNIDADE.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da saúde da UNIDADE por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social aos usuários, seus familiares e a população carente do município de Santa Helena de Goiás e ou do Estado de Goiás.

6.2.1.10 Projeto "UNIDADE, em Paz Espiritual"

Apresentações

O presente projeto "**UNIDADE, em Paz Espiritual**" consiste em implantação de parceria com grupos religiosos múltiplos e grupos de auto e mútua ajuda local para atuar dentro da **UNIDADE** com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de recuperação da espiritualidade, como fonte de restauração do quadrilátero de sua saúde, oportunizando assim outras a restauração da sua condição biológica, social, psicologia e espiritual como preconiza a OMS.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entra a UNIDADE e os grupos religiosos múltiplos e de auto e mútua ajuda. Estes terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da **UNIDADE** com os tutores e, posteriormente, executarem os tutores e parceiros voluntários na promoção da espiritualidade em atividade extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (escolas, Semeis e creches), presídios, asilos e centros de apoio do município e outros.

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou grupos religiosos voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão e os objetivos do projeto da **UNIDADE**.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho da UNIDADE e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural e espiritual dos internos e da sociedade local e regional. Portanto, essa iniciativa se justifica pela necessidade de integrar os acolhidos para fora do espaço físico da unidade, com objetivo de minimizar as lacunas existentes em determinadas comunidades de saúde e ao cidadão, além de contribuir para o processo de recuperação da saúde através da espiritualidade.

Objetivo

Oportunizar acesso a espiritualidade integrando aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional e de fé, dando esperança de uma vida mais saudável, integra e calma.

Público-alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem ao **UNIDADE** em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos:

- Termo de Cooperação Técnica;
- Transporte;
- Motorista;
- Combustível.

Ações: Envolver a Comunidade local e pacientes usuários que utilizam a unidade de saúde

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensal

Divulgação: Calendário anual com toda programação Serviço de Capelania, para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e newsletters.

Avaliação

Após as primeiras atuações do projeto **"UNIDADE, em Paz Espiritual"**, os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados

Com a realização desse Projeto, espera-se oportunizar o resgate a espiritualidade a toda a população da cidade de Santa Helena de Goiás e região, bem como aos usuários que estão sendo atendidos na unidade.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social, cultural e espiritual dos usuários e seus familiares e da população carente do município e região do Estado de Goiás.

6.2.1.11 Projeto Fim de ano solidário

Objetivo: Humanizar o atendimento em todas as alas durante o período de Natal e Ano Novo.

Público-alvo: Usuários do SUS que estivem utilizando os serviços da unidade nesse período.

Ações: Promover oficina com os colaboradores da unidade objetivando incentivar a dispensação de atendimento diferenciado aos usuários em razão dos períodos festivos. Firmar Parcerias com entidades religiosas para realização de visitas de aconselhamento espiritual.

Duração: 20 de Dezembro a 3 de Janeiro

Periodicidade: Anualmente

6.2.1.12 Projeto Sons de Acolhimento no Hospital - "Unidade, Som + NÓIS".

Apresentação

O presente projeto "**UNIDADE, Som + Nóis**" consiste em implantação de parceria com Escolas de música, associações, grupos de apoio e Universidade local para atuar dentro da **UNIDADE** com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de diminuição da ansiedade, depressão e a descoberta de novos prazeres de vida, lazer e cultural.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entra a **UNIDADE** e as Escolas de música, associações, grupos de apoio e ou Universidade através de ligas acadêmicas ou grupos de musicoterapia. Estes terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da **UNIDADE** com os tutores e, posteriormente, os tutores e alunos desenvolverão a promoção da saúde através da música em atividades extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (escolas, Semeis e creches) asilos e centros de apoio do município

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou estudantes estagiários e ou voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão e os objetivos do projeto da **UNIDADE**.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho do **UNIDADE** e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural dos internos e de toda a sociedade local e regional.

Objetivo

Oportunizar acesso ao lazer, entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional para incentivo da cultura goiana e brasileira.

Público alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem a **UNIDADE** em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos:

- Termo de Cooperação Técnica;
- Materiais e instrumentos musicais;
- Uniformes;
- Transporte;
- Motorista;
- Combustível.

Ações: Oficinas e distribuição de material impresso e por meio de mídia social.

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensal

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO** e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto **"UNIDADE, Som + Nóis"**, os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se trazer qualidade de vida e desenvolvimento cultural e artístico para seus participantes, oportunizando contato com

a toda a população carente da cidade de Santa Helena de Goiás e região, bem como aos usuários que estão acolhidos na **UNIDADE**.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da saúde da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social aos usuários, seus familiares e a população carente do município de Santa Helena de Goiás e ou do Estado de Goiás.

6.2.1.13 Projeto Ação de Saúde

Objetivo: Aproximar da realidade dos indivíduos realizando verdadeiras campanhas de prevenção e diagnóstico precoce de doenças nos bairros em que eles se inserem. Além disso, visa orientar as comunidades sobre temas na área de saúde. Estimular a participação do indivíduo no cuidado com a saúde, sobretudo a prevenção. Verificar a presença de alguns fatores de risco para doenças consideradas problema de saúde pública, como glaucoma, aterosclerose, diabetes) obesidade e suas complicações.

Público-alvo: Usuários do SUS moradores do município de Santa Helena de Goiás e que estejam utilizando os serviços da unidade.

Ações: A atuação do INSTITUTO CEM será por meio de palestras informativas sobre diversos temas na área de saúde, com enfoque em prevenção de doenças, hábitos de vida saudáveis, uso adequado de medicamentos, uso e abuso de drogas, sexualidade e saúde bucal. Haverá oportunidades para tirar dúvidas, esclarecimentos e distribuição de panfletos para os participantes. Os estagiários da Unidade de Saúde devidamente treinados, medirão, nos indivíduos interessados, o índice glicêmico, calcularão o IMC e aferirão a pressão arterial sistêmica, cujos resultados poderão ser divulgados para a população geral por meio de projetos de pesquisa, desenvolvidos posteriormente, sobre os temas abordados, Além disso, tais resultados serão instantemente informados aos voluntários com a respectiva orientação sobre sua conduta no sentido de prevenir possíveis complicações para sua saúde e de procurar um atendimento médico.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

6.2.1.14 Projeto Alimentando E Sorrindo

DESCRIÇÃO

A promoção da saúde esta vinculada a vários fatores, um deles é a alimentação de qualidade; não é a toa que apareça como sinônimo de saúde e condição para bom desenvolvimento físico e mental e também condição para melhor aprender e agir. Pesquisas apontam que a melhor qualidade de vida está relacionada a uma alimentação adequada (OLIVEIRA, 2007). A alimentação balanceada deve ser uma constante na vida do ser humano. Oferecer alimentos saudáveis desde as primeiras fases de vida, em que é permitida, pode ser um fator de sucesso para que se perpetue ao longo da vida adulta (GOUVEIA, 1999). Este é um grande desafio, mas que pode ter bons resultados se as ações forem conjuntas, abordando a temática de forma lúdica e atrativa para o público alvo. A criatividade e a paciência são fatores importantes para obtenção de bons resultados e uma ótima opção é realizar a introdução de alimentos (normalmente rejeitados pelas pessoas, como frutas e verduras) em pratos que são comumente consumidos, a exemplo de bolos doces e tortas salgadas. Aliados a essa, temos outra temática que está atrelada: o consumo e a geração de resíduos. Ao realizarmos uma compra para uma refeição, por exemplo, trazemos junto todas as embalagens dos produtos adquiridos, isso gera impactos negativos para o ambiente. Desta forma, a fim de desenvolver uma consciência crítica e permitir entendimento que fazemos parte do planeta e que devemos diminuir o impacto de nossas ações sobre este, faz-se importante desenvolver uma proposta que permita a reflexão de todo o impacto gerado na simples produção do alimento que ingerimos diariamente. Portanto, entende-se que é relevante a aplicação de tal proposta. Com a finalidade de atingir os objetivos, apresentamos as ações que podem ser realizadas.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

O projeto visa trabalhar o tema alimentação saudável de maneira lúdica para promover a saúde, o aprimoramento de valores, hábitos e estilos de vida, pois além de direito do cidadão é uma meta a ser cumprida por todos. Neste contexto, implantar o projeto sobre alimentação, percorrendo todo o impacto gerado por uma simples refeição saudável, pode ser um importante instrumento de sensibilização para as questões também ambientais. Assim, consciente de que o tema deve ser inserido nos diversos ambientes observando a crescente curiosidade delas a respeito dos alimentos e a valorização crescente em nosso país pela cultura "Fast-food", propomos este projeto.

OBJETIVOS

Desenvolver o hábito de uma alimentação saudável envolvendo o processo de humanização no ambiente de trabalho, conhecer a origem do alimento e seu valor nutricional, entender ainda o processo de geração de resíduos e compreender algumas maneiras para destinação correta de resíduos, trabalhar a temática em diversas áreas do conhecimento.

BENEFÍCIOS

Além de estimular trabalhar em equipe; Aprender a experimentar; Descobrir novos sabores; Trabalhar de forma lúdica, multidisciplinar e humanizada conteúdos relacionados à alimentação e descarte de resíduos; Contribuir com as ações de estímulo à adoção de hábitos alimentares saudáveis, por meio de atividades educativas que informem e motivem escolhas individuais, melhorando assim significativamente a desenvoltura dos profissionais dentro da unidade, levando em consideração a interferência direta da alimentação nos processos físicos, emocionais e demais. Otimizando o processo de humanização, contribuindo para qualidade de vida dos profissionais, melhorando até produtividade e taxas de absenteísmos.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

Todos os profissionais serão envolvidos no processo, sem exceções. Contribuindo para integração no trabalho e humanização da equipe.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Stakeholders internos: Gestores ICEM; Colaboradores;

Indiretamente: Pacientes e familiares.

Stakeholders externos: LG alimentação; Rhiso bem estar corporativo;

Indiretamente: SES.

RESTRIÇÕES

Limite de repasse para ação;

Entrega da alimentação in loco, consumo em local adequado (refeitório);

RISCOS

Não adesão dos colaboradores a ação;

Falta de abastecimento de insumos (frutas) para desenvolvimento da ação;

EQUIPE

Profissionais dos setores de nutrição, qualidade, diretoria, coordenação assistencial.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

18.05.23 Discussão para alinhamento do projeto;

31.05.23 Reunião para alinhamento da ação e elaboração do projeto escrito;

Próximas ações mês 06.23: Validação do projeto escrito, apresentação do projeto a diretoria.

ORÇAMENTO

Orçamentos trimestrais a ser inseridos. LG e Rhisos. OBS: Para ação mensal.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Promover um indicador. (Satisfação, nutrição, outros)

PLANO DE AÇÃO

A anexar plano e cronograma da ação.

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

6.2.1.15 Projeto Ouvidoria - Depressão Tem Cura

DESCRIÇÃO

O Projeto Depressão Tem Cura é um grupo filantrópico que ajuda pessoas com depressão, ansiedade e problemas emocionais e será acompanhado pela Comissão de Humanização.

Este Projeto será para amenizar a dor da Depressão e terá os voluntários da Igreja uma vez por semana que será aos domingos.

O projeto vai contar com a participação de colaboradores do Serviço de Relacionamento e Ouvidoria, membros da Comissão de Humanização na divulgação e acompanhamento da ação. Estes colaboradores com sua força de vontade em ajudar o próximo auxiliará a Comissão de Humanização deste hospital. Trabalho este, voluntário.

PROPÓSITO/ JUSTIFICATIVA

A justificativa para a implementação do projeto é pautada inicialmente pelos resultados positivos que poderemos alcançar. Este Projeto é formado por pessoas voluntárias que venceram ou que tiveram casos próximos de si, com familiares ou amigos com depressão. E hoje se colocam a disposição para dar apoio a pessoas que passam por estas situações de forma altruísta e voluntariamente.

OBJETIVO

Promover o bem-estar emocional, social e cognitivo de pacientes e acompanhantes. O intuito é proporcionar ao indivíduo através da visita religiosa a oportunidade de alargamento dos horizontes pessoais. É uma ocasião para falar com alguém sobre o problema que está o deixando triste e doente, oportunidade de diminuição da ansiedade e angústia.

BENEFÍCIO

Espera-se que através desta ajuda o paciente ou acompanhante tenha a oportunidade de tratamento adequado junto a sua doença. Além disso melhorar stress, ansiedade dos pacientes e acompanhantes que estão com permanência no hospital, auxiliando assim com um tratamento mais humanizado, criando um modelo de ação social.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

Escolha dos pacientes

Os pacientes e acompanhantes que serão contemplados com - Projeto Depressão tem

Cura, serão avaliados pela psicóloga da Comissão de Humanização e/ou pela equipe de psicologia desta unidade. Deverão atender um dos seguintes requisitos:

- Ter estado em uma das UTIs, enfermarias do hospital ou não;
- Estar em leito internado.

Essa triagem será feita pela Comissão de Humanização reguladora do projeto ou setor determinado.

Após a triagem, Membros da Comissão de Humanização levará a equipe do Projeto Depressão tem Cura até o paciente e ou acompanhante.

Regulamentação do Projeto Depressão tem Cura

O Projeto deverá ocorrer obedecendo os seguintes critérios:

- Todos os domingos partir do 2° domingo de cada mês, o horário será a partir das
  - 15 h;
- A equipe do **Projeto Depressão tem Cura** irão percorrer as enfermarias;
- As equipes terão que se identificar na recepção social onde irá pegar o Crachá
  - para ir para nas enfermarias,
- Toda apresentação da equipe terá que ter pelo menos com 01 membro da

Comissão de Humanização para acompanhar o evento dentro do hospital.

PARTESINTERESSADAS(STAKEHOLDERS)

Internos

- **Paciente e acompanhante:** os pacientes serão os maiores beneficiados com este

projeto, onde poderão participar de ações de socialização para agregar qualidade

de vida e permitir sua interação com o meio. Pois, muitos são privados de amor e carinho dos parentes e familiares, ficando a margem da sociedade;

- **Equipe assistencial:** terão também benefícios com o projeto, o intuito é

proporcionar ao individuo através do projeto, a oportunidade de alargamento dos horizontes pessoais. Resumindo, podemos dizer que o Projeto Depressão tem Cura é uma oportunidade de agregar oportunidades de visita e conhecer a Deus. É uma ocasião para falar com Deus, diminuição da ansiedade e angústia, interação social aos pacientes, contribuindo para uma assistência mais tranquila

aos mesmos;

- **Direção:** visibilidade do hospital com a ação de humanização promovido através deste projeto.

Externos

- **Projeto Depressão tem Cura:** visibilidade da ação promovida no hospital. gerando referências para futuros projetos em outros hospitais;
- **Sociedade:** realização de um serviço humanizado aos pacientes e acompanhantes hospitalizados contribuindo na qualidade de vida.

RESTRIÇÕES

- Membros da equipe com suspeita de COVID ou outras doenças infecciosas;
- Falta de membros da equipe Projeto Depressão tem Cura;
- Falta de membro da Comissão de Humanização para acompanhar os projetos
- dentro do hospital.

EQUIPE

- Equipe Multiprofissional;
- Equipe Assistencial;
- Equipe médica;
- Equipe de Apoio Operacional;
- Membros da Comissão de Humanização;
- Equipe do Projeto Depressão tem Cura.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto terá início em meados do mês de março de 2024 com prazo de 6 meses como teste do projeto.

ORÇAMENTO

A presença das equipes são doações recebidas.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Esta projeção só será possível após a realização do Projeto, uma vez que o Projeto Depressão tem Cura é piloto dentro da unidade.

PLANO DE AÇÃO

O Projeto terá inicio nas enfermarias do hospital. Iniciará no início do mês de março de 2024, vamos contar com doações de tempo dos membros da igreja para realizar a ação e com a nossa equipe do hospital para fazer este grande projeto. Ele será para amenizar o stress dos pacientes, acompanhantes com permanência aqui no hospital com pouco ou com nenhuma visita hospitalar. Este tipo de ação ajuda melhorar a fé, o humor, elevação da autoestima e interação social dos pacientes entre outras socializações. Acreditando assim nestes benefícios aos pacientes possivelmente podem inclusive favorecer em altas posteriores.

CONTROLE DO DOCUMENTO

6.2.2 Cronograma de Atividades dos Projetos de Humanização

Os objetivos destes Projetos serão: trazer distração, paz ao coração, alimento ao corpo e a alma, dignidade aos nossos pacientes e acompanhantes. Busca constante em melhor atender nossos irmãos de caminhada. Ações criadas e assistidas pela Comissão de Humanização e do HERSO.

O que	Quando	Ano: MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Definição da Equipe			X										
Apresentação e Planejamento da Proposta				X									
Implementação					X								
Execução das Ações da Proposta					X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação das Ações da Proposta						X		X		X		X	
Acompanhamento e monitoramento				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Missa mensal na última 4 feira de cada mês Ás 15 hs.	1 x por mês 15 hs Última 4 feira de cada mês	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Culto Evangélico	1 x por mês -15 hs	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2º 4f feira de cada mês	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Refeições aos acompanhantes/paciente que não tem condições;	Qualquer refeição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sessão Pipoca à pacientes que tem dieta liberada nas enfermarias de 15 em 15 dias;	15 em 15 dias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Projeto Empatinhas – visita canina nas enfermarias;	01 x ao mês	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Roupas a pacientes/acompanhantes que não tem para ir embora;	Sempre que necessário	X		X		X		X		X		X	
Kits de Higiene à pacientes que tem necessidade econômica ou por não chegar pela família;	Sempre que necessário			X		X		X		X		X	
Projeto Ler é distração.	Todos os dias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Buscar doações de livros, revistas ou qualquer outro livro com conteúdo edificante;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ouvidoria quando fizer a visita, entregar livro da escolha do paciente;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Projeto Terapia Assistida Por Animais (Taa) - Empatinhas													
Projeto Acalente O Coração													
Projeto "Ler É Distração"													
Projeto "Alegria... Alegria"													
Paciente Aniversariante													
Projeto "UNIDADE, em Tela"													
Projeto Curtindo o carnaval com responsabilidade													
Projeto "UNIDADE, em Paz Espiritual"													
Projeto Fim de ano solidário													
Projeto Sons de Acolhimento no Hospital - "Unidade, Som + NÓIS".													
Projeto Ação de Saúde													
Projeto Café Com Ciência													
Projeto Alimentando E Sorrindo													
Projeto Momento Residência Zen													
Projeto Ouvidoria - Depressão Tem Cura													



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

INSTITUTO CEM

Santa Helena de Goiás -2023

VOLUME 2

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74.810-100, GOIÂNIA/GO – TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

SUMARIO

Sumário

7 QUALIDADE OBJETIVA 791
7.1 Comissão de Ética Médica 791
7.1.1 Proposta de Constituição 791
7.1.2 Proposta de Regimento Interno 793
7.1.3 Cronograma de Atividade Anual 800
7.2 Comissão de Ética em Enfermagem 801
7.2.1 Proposta de Constituição 801
7.2.2 Proposta de Regimento Interno 802
7.2.3 Cronograma de Atividade Anual 816
7.3 Comissão de Biossegurança 817
7.3.1 Proposta de Constituição 817
7.3.2 Proposta de Regimento Interno 818
7.3.3 Cronograma de Atividade Anual 824
7.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar 825
7.4.1 Proposta de Constituição 825
7.4.2 Proposta de Regimento Interno 840
7.4.3 Cronograma de Atividade Anual 847
7.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 850
7.5.1 Proposta de Constituição 850
7.5.2 Proposta de Regimento Interno 852
7.5.3 Cronograma de Atividade Anual 857
7.5.4 Organização 858
7.6 Comissão de Verificação de Óbitos 864
7.6.1 Proposta de Constituição 864
7.6.2 Proposta de Regimento Interno 865
7.6.3 Cronograma de Atividade Anual 868
7.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA 869

7.7.1 Proposta de Constituição 869
7.7.2 Proposta de Regimento Interno 871
7.7.3 Cronograma de Atividade Anual 879
7.7.4 Plano anual de prevenção de acidentes. 880
7.7.5 Plano de Manutenção 882
7.8 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT 915
7.8.1 Proposta de Constituição 915
7.8.2 Proposta De Regimento Interno 915
7.8.3 Cronograma Anual De Atividade 920
7.9 Comissão de Documentação Médica e Estatística 923
7.9.1 Proposta de Constituição 923
7.9.2 Apresentação de dados quanto ao volume assistencial. 925
7.9.3 Proposta de Regimento Interno 927
7.9.4 Cronograma de Atividade Anual 934
7.10 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 935
7.10.1 Proposta de Constituição 935
7.10.2 Da Proposta De Regimento Interno 936
7.10.3 Cronograma de Atividade Anual 947
7.11 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) 949
7.11.1 Proposta de Constituição 949
7.11.2 Proposta de Regimento Interno 950
7.11.3 Cronograma de Atividade Anual 957
7.12 Comissão de Proteção Radiológica 961
7.12.1 Proposta de Constituição 961
7.12.2 Proposta de Regimento Interno 961
7.12.3 Cronograma De Atividade Anual 966
7.13 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde 968
7.13.1 Proposta de Constituição 968
7.13.2 Regimento interno da Comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde 968
7.13.3 Cronograma de Atividade Anual 974

7.14 Comitê Transfusional 985
7.14.1 Proposta de Constituição 985
7.14.2 Proposta de Regimento Interno 986
7.14.3 Cronograma de Atividade Anual 991
7.15 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 993
7.15.1 Proposta de Constituição 993
7.15.2 Proposta de Regimento Interno 994
7.15.3 Cronograma de Atividade Anual 1000
7.16 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar 1002
7.16.1 Proposta de Constituição 1002
7.16.2 Proposta de Regimento Interno 1003
7.16.3 Cronograma de Atividade Anual 1019
7.17 Comissão Interna de Qualidade 1021
7.17.1 Proposta de Constituição 1021
7.17.2 Proposta de Regimento Interno 1022
7.17.3 Cronograma de Atividade Anual 1032
7.18 Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele 1035
7.18.1 Proposta de Constituição 1035
7.18.2 Proposta de Regimento Interno 1035
7.18.3 Cronograma Anual de Atividade 1044
7.19 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar 1045
7.19.1 Proposta de Constituição 1045
7.19.2 Proposta de Regimento Interno 1047
7.19.3 Cronograma Anual de Atividade 1051
7.20 Núcleo Interno de Regulação (NIR) 1054
7.20.1 Proposta de Constituição 1054
7.20.2 Regulamento Do Núcleo Interno De Regulação (Nir) 1054
7.20.3 Cronograma de Atividade Anual 1063
7.21 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) 1065

7.21.1 Proposta de Constituição 1065
7.21.2 Proposta de Regimento Interno 1066
7.21.3 Cronograma de Atividade Anual..... 1071
7.22 Comissão de Farmácia e Terapêutica 1072
7.22.1 Proposta de Constituição 1072
7.22.2 Proposta de Regimento Interno 1073
7.22.3 Cronograma de Atividade Anual..... 1082
7.23 Comitê de Compliance 1084
7.23.1 Proposta de Constituição 1084
7.23.2 Proposta de Regimento Interno 1084
7.23.3 Cronograma de Atividade Anual..... 1093
7.24 Outras Comissões 1097
7.24.1 Comissão de Residência Médica (COREME)..... 1097
7.24.2 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)..... 1120
7.24.3 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde..... 1134
7.24.4 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT..... 1154
7.24.5 Comissão Do Monitoramento De Indicadores..... 1170
7.24.6 Comissão de Análise de Contratos terceirizados..... 1188
7.24.7 Comissão de Ética multiprofissional..... 1201
7.24.8 Comissão de Controles Internos 1214
7.24.9 Comissão de Humanização 1228
7.24.10 Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde..... 1238
7.24.11 Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas 1248
7.25 Desenvolvimento da unidade 1259
7.25.1 Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde..... 1259
7.25.2 Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde..... 1305
7.25.3 Possuir parceria com instituições de ensino, ou suas próprias para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública em concordância com o Plano Estadual de Saúde vigente 1330
7.25.4 Projeto de hospital ensino para a unidade 1330
8 QUALIDADE SUBJETIVA..... 1345

8.1 ACOLHIMENTO 1345

8.1.1 Manual Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários e Acompanhantes na Emergência conforme de Classificação de Risco 1349

8.1.2 Proposta e Metodologia e Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários 1371

8.1.3 Proposta para Implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH) 1380

8.1.4 Pop Atribuição Do Assistente Social Na Emergência 1385

8.2 ATENDIMENTO 1389

8.2.1 Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente. 1389

8.2.2 Proposta de Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes 1389

8.2.3 Atendimento Portadores De Necessidades Especiais / Idosos/ Crianças 1403

8.3 Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação 1410

8.3.1 Definição 1410

8.3.2 Acesso a Ouvidoria 1411

8.3.3 Sistema Nacional de Ouvidorias 1412

8.3.4 Proposta para Implantar Ouvidoria 1413

8.3.5 Proposta Para Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário 1444



AÇOES VOLTADAS À QUALIDADE

7 QUALIDADE OBJETIVA

Qualidade é o grau de utilidade esperado ou adquirido de qualquer coisa, verificável através da forma e dos elementos constitutivos do mesmo e pelo resultado do seu uso. A palavra "qualidade" tem um conceito subjetivo que está relacionado com as percepções, necessidades e resultados em cada indivíduo e, essas necessidades e expectativas influenciam diretamente a percepção da qualidade.

Desta forma o ***INSTITUTO CEM*** visa com esse tópico apresentar a forma como dispõe a gerenciar o hospital e assim, poder oferecer a melhor assistência considerando o nível de recursos e tecnologia que a unidade de saúde terá à sua disposição, tendo em vista que o projeto físico e os equipamentos foram definidos e adquiridos pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

7.1 Comissão de Ética Médica

7.1.1 Proposta de Constituição

7.1.1.1 DA FINALIDADE

As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que contam com trabalho médico. Embora não possuam competência para realizar julgamento nem estabelecer penalidades nas questões éticas, Comissões de Ética Médica são responsáveis por levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

A Comissão de Ética Médica do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO terá papel importante na prevenção do erro médico, pois têm a liberdade de promover cursos, palestras, simpósios em educação continuada, podendo contar para isso com os recursos disponíveis no CREMEGO.

7.1.1.2 Membros

A Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes ficará assim composta: 06 médicos (3 efetivos e 3 suplentes)

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de médicos do estabelecimento de saúde, eleitos por voto secreto do corpo clínico.

7.1.1.3 DA CONSTITUIÇÃO

As Comissões de Ética Médica foram criadas pelo Conselho Federal de Medicina mediante a Resolução no 125/85, de 11 de julho de 1985, que determinou aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Comissão de Ética em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a medicina nas respectivas jurisdições.

Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958, RESOLVE:

Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Compete ao Diretor Técnico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Adotar o Regimento das Comissões de Ética, parte integrante da presente Resolução.

7.1.1.4 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês (na 3ª terça-feira do mês), local (sala de reunião), horário (10 ás 11hs).

7.1.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1 – As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2 – As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único – Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Art. 3º Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro (HOSPITAL).

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4º Compete à Comissão de Ética Médica, no âmbito do HOSPITAL:

I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

III. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6° A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 7° A escolha dos membros da Comissão de Ética do HOSPITAL será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8° Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9º São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina de Goiás deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 11. O diretor clínico do HOSPITAL designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 12. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 13. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3 da Resolução CFM No 2.152/2016 e no artigo 4 deste regimento.

§ 1o. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2o. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 14. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 15. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 16. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para homologação e registro.

Art. 17. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Art. 18. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina de Goiás emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado no HOSPITAL, em local visível ao público.

Art. 19. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CREMEGO.

§ 1°. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do HOSPITAL, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CREMEGO.

§ 2°. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CREMEGO.

Art. 20. Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 21. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 22. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando tratar-se de atividade didático-pedagógicas no âmbito da Instituição de saúde.

Art. 23. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Art. 24. A apuração interna será instaurada mediante:

I Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II Ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CREMEGO para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 25. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 26. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 27. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao CREMEGO.

Art. 28. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CREMEGO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 29. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CREMEGO.

Art. 30. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CREMEGO para as providências cabíveis.

Art. 31. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1° O CREMEGO não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2° A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 32. Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;

II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina de Goiás quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 33. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;

II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;

III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;

IV. Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 34. Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

I. Eleger o presidente e o secretário;

II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;

IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6o deste regimento.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos

a procedimento administrativo no âmbito do CREMEGO, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CREMEGO deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante o hospital, conforme estabelecido na Resolução CFM No 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CREMEGO relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

7.1.3 Cronograma de Atividade Anual

	CRONOGRAMA											
	ATIVIDADE	ANO:										
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Publicação Edital de Convocação Eleição	X											
	Abertura de Inscrições para Candidatos		X										
	Encerramento das Inscrições		X										
	Divulgação dos Candidatos		X										
	Eleições		X										
	Divulgação dos Eleitos		X										
	Encaminhar doc. Para CRM		X										
	Realizar posse dos eleitos após homologação do CRM			X									
	Realizar Reunião dos Membros			X				X				X	
	Elaboração do Regimento Interno			X									
	Aprovação do Regimento Interno			X									
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação de Normas Complementares			X			X			X			X
	Elaboração de Relatórios				X			X			X		X
	Desenvolvimento de Atribuições	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos				X			X			X		
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Manter comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;			X			X			X			X
	elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina						X						X

	relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua												
	manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;			X			X			X			X
	atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;		X		X		X		X		X		X
	encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;						X						X
	Capacitações	X		X			X			X			X	
	Elaborar proposta de melhoria contínua dos processos da Comissão	X		X				X		X		X	
	Elaborar relatórios com resultados avaliados		X		X		X		X		X		X	
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuário		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			X			X			X			X	
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades			X			X			X			X	
	Apresentação de relatórios a alta direção			X			X			X			X	

7.2 Comissão de Ética em Enfermagem

7.2.1 Proposta de Constituição

7.2.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser organizada de maneira que atenda as diversas áreas de atuação da enfermagem, abrangendo todos os profissionais inseridos na

equipe e desenvolverá ações educativas voltadas aos profissionais da área de enfermagem, fiscalizará o exercício da profissão e o cumprimento dos direitos reservados à categoria, sendo uma extensão do Conselho Regional de Enfermagem – COREN.

7.2.1.2 DA CONSTITUIÇÃO

O Conselho Federal de Enfermagem– COFEN. Resolução 172/1994. Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde. Decisão n 469 de 23 de dezembro de 2014. Regulamenta a instituição das Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde e dá outras providências.

A Equipe será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-GO e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente. Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, cabendo a presidência ao Enfermeiro.

7.2.1.3 MEMBROS COMPONENTES/PERFIL

A comissão deverá será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

7.2.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Da Definição

Art. 1 - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem é órgão representativo do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR

FALEIROS MACHADO - HERSO , de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

CAPÍTULO II

Das Finalidades

Art. 2 - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 593/2018, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo Único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 3 - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I. Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional, bem como identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.

III. Receber denúncias de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem, bem como colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art. 4 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Art. 5 - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e dois Auxiliares de Enfermagem titulares e dois Auxiliares de Enfermagem suplentes.

Art. 6 - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7 - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS E FUNÇÕES

Art. 8 - As Comissão de Ética de Enfermagem tem como objetivos:

I - Zelar pela conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição;

II - Zelar pelo bem estar do ser humano;

III-Orientar aos profissionais de enfermagem em um processo educativo reflexivo permanente;

IV-Prevenir infrações éticas;

V-Investigar infrações éticas por meio de sindicâncias.

Art. 9 - São funções da Comissão de Ética de Enfermagem:

I-EDUCATIVA:

a) Valorizar o desenvolvimento moral e ético da enfermagem;

b) Promover estudos sobre a Legislação de Enfermagem, com ênfase no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

c) Divulgar entre os profissionais de Enfermagem da instituição as Resoluções, Decisões, Normas e recomendações emanadas do Cofen, Coren-GO e da Comissão de Ética de Enfermagem (Comissão de Ética de Enfermagem);

d) Sanar dúvidas dos profissionais de Enfermagem, orientando-os quanto aos preceitos legais dos deveres e direitos da Enfermagem;

e) Promover a atualização dos conhecimentos de Enfermagem, por meio da educação permanente.

II-FISCALIZADORA:

a) Supervisionar o exercício ético do profissional de Enfermagem na instituição;

b) Verificar a observância aos princípios que regulamentam os preceitos legais dos deveres e direitos da Enfermagem;

c) Acompanhar a qualidade do atendimento de enfermagem dispensado aos pacientes;

d) Acompanhar e colaborar com o Coren-GO na verificação das condições técnicas de funcionamento do estabelecimento de saúde e sua compatibilidade com o adequado desenvolvimento técnico e moral da Enfermagem;

e) Verificar e acompanhar a atualização do cadastramento do pessoal de Enfermagem que trabalha na Instituição, comunicando ao Coren-GO as irregularidades e ilegalidades cadastrais não corrigidas dentro dos prazos exigidos;

f) Comunicar ao Coren-Go fatos de maior gravidade ou que tenham acarretado danos a terceiros.

III-SINDICÂNCIA:

a) Instaurar sindicância, em caso de suspeita de infração ética por profissional da enfermagem;

b) Encaminhar relatório conclusivo da sindicância ao plenário do conselho regional para homologação ou análise de admissibilidade para instauração de processo ético disciplinar

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Art. 10 – Compete aos Membros Efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem:

I - Comparecer às reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

II-Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião;

III-Organizar a programação anual das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

IV-Participar das discussões de assuntos constantes de pauta das reuniões;

V-Participar da votação das decisões da Comissão de Ética de Enfermagem;

VI-Emitir pareceres, quando designado pelo Presidente, em assuntos da Comissão de Ética de Enfermagem;

VII-Realizar sindicâncias e demais tarefas quando designados pelo Presidente;

VIII-Levar à apreciação da Comissão de Ética de Enfermagem assuntos de interesse que tomar ciência;

IX-Encaminhar ao(a) Coren-Go, as informações sobre as tarefas realizadas na forma de pareceres, relatórios, ou informes.

X-Cumprir e fazer cumprir as disposições desta Decisão e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 11 – São atribuições e competência do(a) Presidente:

I-Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética de Enfermagem por meio de instrumento formal;

II-Presidir as reuniões;

III- Indicar ao Secretário a pauta das reuniões;

IV-Distribuir a realização de sindicâncias e demais tarefas aos membros efetivos e suplentes; V-Encaminhar para votação os assuntos de interesse da Comissão de Ética de Enfermagem;

VI-Analisar e aprovar o planejamento das atividades a serem desenvolvidas durante o ano;

VII-Analisar e aprovar os relatórios mensais e o relatório anual das atividades desenvolvidas;

VIII-Encaminhar ao Coren-GO, relatório anual das atividades desenvolvidas;

IX-Solicitar à Comissão de Ética de Enfermagem de outras instituições a providência que julgar necessária para o esclarecimento de problemas éticos de sua própria Instituição;

X-Atender pedidos de contribuição sobre questões éticas e atender as providências que forem de sua competência, quando solicitado pelos profissionais da instituição, por outra Comissão de Ética de Enfermagem e pelo Coren-GO;

XI- Articular-se com a Direção da sua instituição;

XII- Contribuir com solicitações do Coren-GO.

Art. 12 - São atribuições e competência do(a) Secretário(a):

I-Substituir o(a) Presidente em suas ausências e impedimentos, no caso de Secretário(a) Enfermeiro(a);

II-Elaborar o cronograma das reuniões e atividades de educação continuada;

III-Preparar a pauta das reuniões;

IV-Redigir as atas das reuniões;

V-Registrar em livro próprio as decisões da Comissão de Ética de Enfermagem e dar seu conhecimento à Gerência de Enfermagem para divulgação entre os profissionais de Enfermagem da Instituição;

VI-Manter o acervo da Comissão de Ética de Enfermagem;

VII-Auxiliar o presidente em suas atividades, sempre que solicitado.

Art. 13 – Compete aos Membros Suplentes da Comissão de Ética de Enfermagem:

I-Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos;

II-Participar das reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

III-Participar das atividades promovidas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

IV-Cumprir as disposições desta Decisão e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 14 - A Comissão de Ética de Enfermagem reuniões ordinárias mensais, dentro da carga horária de trabalho de seus membros, constando dia, hora e local de sua realização.

§ 1° - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, quando o assunto justificar.

§ 2° – As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo(a) Presidente ou pela maioria dos membros, em requerimento dirigido ao(a) Presidente.

§ 3° A ausência não justificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente.

Art. 15 – A instituição deverá disponibilizar um local para sediar as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem e arquivar seus documentos.

Art. 16 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá enviar relatório anual de suas atividades ao Coren-Go até o final da segunda quinzena do mês de janeiro de cada ano.

Art. 17 - As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem somente serão realizadas, e suas Decisões consideradas regulares, quando estiver presente a maioria de seus membros efetivos.

Art. 18 - Será obrigatoriamente lavrada ata das reuniões, em livro próprio para este fim, com termo de abertura e chancelamento pelo(a) Secretário(a) da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 19 - As recomendações adotadas pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem, em suas reuniões, receberão o nome de recomendações.

Art. 20 - As recomendações da Comissão de Ética de Enfermagem serão encaminhadas ao Coren-GO, que apreciará e submeterá à aprovação da Diretoria ou do Plenário do Coren-GO;

§ 1 - As recomendações da Comissão de Ética de Enfermagem serão escritas em papel timbrado da Instituição;

Art. 21 - A Comissão de Ética de Enfermagem se fará representar, pelo menos, por um de seus membros nas convocações feitas pelo Coren-GO.

CAPÍTULO VI

DA DENÚNCIA E SINDICÂNCIA

Art. 22 – A denúncia surge de um fato irregular ocorrido na instituição, praticado por profissional de enfermagem, envolvendo pacientes, seus familiares, acompanhantes ou outros profissionais que trabalham na instituição.

§1 - A denúncia pode ser feita por qualquer pessoa que tenha presenciado o ocorrido.

§ 2 - A ocorrência pode ser de natureza ética ou ético-administrativa sendo que esta última fere tanto o Código de Ética da Profissão como os documentos regulamentadores da instituição e deverá ser analisada nas instâncias competentes, conforme o caso.

Art. 23 – A Sindicância é um procedimento sumário que visa colher informações sobre notícias de supostas infrações éticas ou disciplinares, devendo ser conduzida em sigilo.

Art. 24 - As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética de Enfermagem obedecerão aos preceitos contidos nesta Decisão e deverá transcorrer em caráter sigiloso.

Art. 25 - A Comissão de Ética de Enfermagem da instituição deverá se reunir para analisar a denuncia e avaliar se tem fundamento de natureza ética. O ato, caracterizado como de natureza ética, será submetido ao processo de sindicância. Para instauração da sindicância é necessário:

I - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II - Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III - Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem, caso haja supostas irregularidades ético disciplinares praticadas durante o exercício profissional;

IV - Determinação do Coren-GO. Parágrafo Único: As denúncias anônimas, deverão ser encaminhadas diretamente ao Coren-GO, para as providências cabíveis.

Art. 26 - O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem designará um ou dois membros da Comissão para realizar as audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 27 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem notificará o(s) profissional(ais) envolvido(s) e o(s) convocará para prestar seu(s) depoimento(s) ou, se for

o caso, solicitará manifestação por escrito com prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso.

§1 - As notificações poderão ser feitas por escrito com AR, em endereço pessoal do profissional, ou mesmo pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem diretamente ao(s) profissional(ais) envolvido(s), de modo reservado, preservando-lhe(s) o direito à privacidade.

§2 - O descumprimento das convocações e demais solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, nos casos em que forem justificados, deverão ser encaminhados ao Coren-GO para análise.

§3 – Encaminhar ao Coren-GO, as ocorrências em que o profissional de enfermagem não atender as convocações ou solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 28 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, livros de registros administrativos utilizados exclusivamente pela Enfermagem, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo Único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Art. 29 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar os fatos a luz do material coletado.

§1° - Quando o fato for qualificado como de menor gravidade a Comissão de Ética de Enfermagem tentará promover a conciliação entre as partes envolvidas e realizará orientações e ações educativas de acordo com o caso;

§2° - Todos os casos são passíveis de conciliação à exceção daqueles que tenham resultado em óbito; §3° - Ocorrendo a conciliação, a Comissão de Ética de Enfermagem lavrará tal fato em ata específica, dará ciência do fato ao Enfermeiro RT da instituição e encaminhará Relatório Final à Presidência do Coren-GO para homologação;.

§4° - Não havendo a conciliação, o Processo de Sindicância seguirá seu trâmite normal;

Art. 30 – Ao final de todos os Processos de Sindicância, deverá ser elaborado o Relatório Final, no qual se limitará à narrativa dos trabalhos de apuração, sem formular juízo de valor.

Paragrafo único - Nos casos em que não houver conciliação, ou em casos qualificados como gravíssimos, a Comissão de Ética de Enfermagem dará ciência ao Enfermeiro Responsável Técnico e encaminhará o Relatório Final à Presidência do Coren-GO para as providências cabíveis.

Art. 31 - Quando, ao final dos trabalhos de sindicância, a ocorrência for identificada como de natureza meramente administrativa a Comissão de Ética de Enfermagem encaminhará os laudos da sindicância ao Enfermeiro RT da instituição para as providências cabíveis.

Art. 32 - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VII

DAS ELEIÇÕES

Art. 33 - Os procedimentos para a instauração das Comissões de Ética de Enfermagem (Comissão de Ética de Enfermagem) nas instituições deverão ser iniciados após manifestação expressa do responsável pelas equipes de enfermagem da instituição e devidamente encaminhada ao Coren-GO; Parágrafo Único: Já existindo Comissão de Ética de Enfermagem na instituição, compete ao Presidente desta comissão no prazo de 30 dias antes do término do seu mandato encaminhar o documento previsto no caput deste artigo.

Art. 34 - O Coren-GO expedirá edital número 01 informando a todos os profissionais que será instituída a Comissão de Ética de Enfermagem, concedendo o prazo de 15 dias úteis para os interessados providenciarem as inscrições de suas chapas.

§ 1° - Decorrido o prazo para apresentação de chapas, e não havendo inscrições, a Comissão será formada por indicação do responsável pela equipe de Enfermagem da Instituição, observados os critérios de regularidade e impedimentos do profissional previstos nesta decisão.

§ 2° - Em caso de inscrição de chapa única, ficará a critério da instituição a realização dos procedimentos de votação.

§ 3° - Havendo a inscrição de mais de uma chapa será expedido pelo Coren-GO o Edital número 02 no qual constará o nome dos candidatos de cada chapa por ordem alfabética e a data das eleições.

Art. 35 - Após a publicação do Edital número 02 nas dependências da instituição será concedido o prazo de 03 dias úteis para qualquer profissional de enfermagem opor os impedimentos e impugnações justificadamente referentes aos nomes dos candidatos juntando provas de suas alegações.

§ 1 - Nos casos em que não houver inscrições de chapas ou somente de uma chapa o Coren-GO providenciará a publicação dos nomes dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem na instituição e concederá o prazo de 03 dias úteis para qualquer profissional de enfermagem opor os impedimentos e impugnações justificadamente referentes aos nomes dos profissionais juntando provas de suas alegações.

a) Não havendo impugnações ou manifestações contrarias o Coren-GO homologará os nomes e chapa e providenciará os procedimentos para empossar os profissionais.

§ 2° - Quando houver mais de uma chapa inscrita as impugnações ou impedimentos suscitados serão julgados pela Comissão Eleitoral no prazo de 5 dias úteis .

§3 - As impugnações ou impedimentos suscitados referentes aos nomes de profissionais, nos casos de chapa única ou de indicação pela gerência de enfermagem serão julgados pela Câmara Técnica de Instrumentalização das Comissões de Éticas Institucionais – CTI Comissão de Ética de Enfermagem no prazo de 05 dias úteis.

§4 Das decisões da comissão eleitoral ou CTI Comissão de Ética de Enfermagem cabem recursos administrativos ao plenário do conselho regional.

Art. 37 - As Comissão de Ética de Enfermagem serão instaladas na sede dos estabelecimentos de saúde, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade.

I – Nas instituições que tiverem cem (100) profissionais de enfermagem ou mais, a comissão será constituída por nove (09) profissionais, sendo quatro (04) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e três (03) técnicos ou auxiliares de enfermagem efetivos e um (01) suplente.

II - Nas instituições que tiverem entre cinquenta (50) a noventa e nove (99) profissionais de enfermagem, a comissão será constituída por sete (07) profissionais, três (03) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e dois (02) técnicos ou auxiliares de enfermagem efetivos e um (01) suplente.

III - Nas instituições que tiverem menos de cinquenta (50) profissionais de enfermagem, a comissão será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Art. 38 - O mandato dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem é de relevância para a enfermagem e terá a duração de três (03) anos admitida uma reeleição de seus membros.

Art. 39 - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem empossados iniciarão seus trabalhos com a escolha dos cargos de Presidente e Secretário e a elaboração do Regimento Interno da Comissão, dando ciência ao Coren-GO. Parágrafo Único: O cargo de Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem será privativo de enfermeiros, conforme as atribuições previstas na Lei 7.498/86.

Art. 40 - Em caso de ausência, impedimento ou vacância de cargo de membro efetivo, a Comissão efetivará o suplente para ocupar a vaga existente em caráter temporário ou definitivo respectivamente.

DA COMISSÃO ELEITORAL

Art. 41 - Para executar e fazer cumprir os atos necessários à realização das eleições em caso da existência de mais de uma chapa será constituído uma comissão eleitoral composta de no mínimo três profissionais de enfermagem da instituição em que ocorrerá as eleições.

Art. 42 - Para o bom desempenho da comissão eleitoral o conselho regional de enfermagem irá disponibilizar os materiais e estrutura logística necessária para garantir a lisura e transparência do processo eleitoral.

Art. 43 - Compete à comissão eleitoral organizar, supervisionar, decidir sobre registro e impugnações, instalar e fazer parte das mesas receptoras e apuradoras e encaminhar aos Coren as atas dos trabalhos eleitorais para homologação.

Art. 44 - Não podem participar como membros da comissão eleitoral candidatos inscritos nas chapas concorrentes ou seus parentes em linha reta e colateral até o terceiro grau.

DAS INSCRIÇÕES

Art. 45 - As inscrições deverão acorrer no prazo previsto no edital N 01, mediante simples requerimento em formulário próprio e assinado por todos os componentes da chapa conforme quantitativos explícitos no artigo 5 incisos I, II e III indicando:

a) Nome completo;

b) Categoria da inscrição e número do Coren;

c) Endereço residencial;

d) Número de telefone e e-mail;

Art.46 - O formulário de requerimento de inscrição deverá ser instruído com os seguintes documentos:

a) Certidão de regularidade expedida pelo Conselho;

b) Comprovantes de vínculo empregatício;

c) Declaração da instituição que não respondeu ou responde processo administrativo disciplinar;

DO REGISTRO DAS CHAPAS

Art. 47 - Transcorridos os prazos para impugnações e julgamentos será publicado o Edital n 03 no placar da instituição e no site da autarquia contendo a decisão dos registros das chapas que serão numeradas por ordem cronológica de recebimento das inscrições.

Art. 48 - O edital n03 deverá conter os números das chapas e respectivos nomes dos candidatos, o dia, o local em que será instalada a mesa receptora e o horário de inicio e término da votação.

DOS IMPEDIMENTOS

Art. 49 - São impedimentos para compor chapas ou comissão eleitoral:

a) Inscrição provisória ou temporária;

b) Existência de débitos de anuidades com o conselho;

c) Exercer cargo de supervisão ou chefia na instituição;

d) Responder a processo administrativo disciplinar na instituição e ou ético disciplinar no Conselho.

CAPÍTULO VIII

– DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 50 - A Comissão de Ética de Enfermagem é autônoma em relação aos assuntos vinculados a condutas de caráter ético disciplinar dos profissionais de enfermagem da instituição.

Art. 51 - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá atuar juntamente à Diretoria e ao corpo de Enfermagem de sua Instituição, orientando e colaborando na prevenção de infrações éticas.

Art. 52 - São prerrogativas da Comissão de Ética de Enfermagem:

I - Participar das reuniões da instituição e contribuir nas decisões que dizem respeito aos profissionais de Enfermagem;

II - Apoiar as iniciativas que visem melhores condições da assistência de enfermagem e de segurança no trabalho.

III - Recorrer ao Coren-GO, quando impedido de cumprir a presente Decisão;

Art. 53 - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem receberão do Coren-GO, através da Câmara Técnica de Instrumentalização das Comissões de Ética- CTI Comissão de Ética de Enfermagem, desde que solicitado, as orientações necessários para o bom e fiel exercício de seu mandato.

Art. 54 - Os casos duvidosos ou omissos relacionados com as Comissões de Ética de Enfermagem serão solucionados pelo plenário do Coren-GO.

Art. 55 - O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

7.2.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA ATIVIDADE		Ano MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação do Código de Ética		X					X					X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promoção e Participação de Eventos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Orientações aos Pacientes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional,		X					X					X
	identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ações prevenir infrações éticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Investigar infrações éticas por meio de sindicâncias.			X			X			X			X
	Promover a atualização dos conhecimentos de Enfermagem, por meio da educação permanente.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acompanhar a qualidade do atendimento de enfermagem dispensado aos pacientes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Monitoração de Denúncias e situações internas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.3 Comissão de Biossegurança

7.3.1 Proposta de Constituição

7.3.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Biossegurança do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação

de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

Parágrafo único. A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

7.3.1.2 Membros

A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde CCIRAS;

- Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;
- Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- Representante do Centro Cirúrgico;
- Representante do Laboratório Clínico;
- Representante da Agência Transfusional;
- Representante da Coordenação de Enfermagem;
- Representante da Coordenação Multiprofissional;
- Representante do Conselho Gestor.

7.3.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Seção I

COMPOSIÇÃO

Art. 1º - A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

I Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde CCIRAS;

II Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

III Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

IV Representante da Comissão de Proteção Radiológica;

V Representante do Centro Cirúrgico;

VI Representante do Laboratório Clínico;

VII Representante da Agência Transfusional;

VIII Representante da Coordenação de Enfermagem;

IX Representante da Coordenação Multiprofissional;

X Representante do Conselho Gestor.

Parágrafo único. Caberá à área da Segurança do Trabalho a articulação das ações, no que se refere à biossegurança, garantindo a unificação destas ações.

Seção II

CAMPO DE ATUAÇÃO

Art. 2º - Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIA DA COMISSÃO

Art. 3 º- Compete à Comissão:

I Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, entre outras.

CAPÍTULO III

ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando a Superintendência achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

Art. 5º - As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital , ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

Parágrafo único – O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 6º - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I Encaminhar a pauta da reunião para o Setor de Comissões Técnicas fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;

II Presidir as reuniões;

III Representar a Comissão junto às Coordenações ou Diretorias da instituição, ou indicar seu representante;

IV Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

V Fazer cumprir o regimento.

Art. 7º - São atribuições do Vice-Presidente:

I Executar atribuições que lhe forem delegadas;

1. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 8 º- O Presidente e o Vice-Presidente, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Art. 9º - São atribuições do Secretário:

I Acompanhar as reuniões e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela Comissão até o dia 15 do mês seguinte para o Setor de Comissões Técnicas.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO DA SEDE

Art. 10º - A sede da Comissão será a sala do núcleo de comissões, a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art. 11º - Deverão ocorrer reuniões mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 12º - As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da empresa, somente em dias úteis, em local apropriado e suas convocações ficarão ao cargo do Setor de Comissões Técnicas;

Art. 13º - As reuniões da Comissão terão atas assinadas pelos presentes, com encaminhamento de cópias para todos os membros e para o Setor de Comissões Técnicas, para que as mesmas fiquem à disposição de qualquer fiscalização;

Art. 14º - Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações;

Art. 15 º- Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

I Não havendo quórum, será feita nova convocação;

II Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

III Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";

IV Membros consultivos não terão direito a voto.

Art. 16º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática, devendo o mesmo ser substituído de acordo com sua representação.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÔES GERAIS

Art. 17º - Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Diretoria.

Art. 18º - As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 19º - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 20º - Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação.

Art. 21º - Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

7.3.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Monitoramento por meio de outras comissões.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implantação de um plano de aprimoramento das práticas radiológicas, seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

7.4.1 Proposta de Constituição

7.4.1.1 DA FINALIDADE:

Prevenir e o controlar infecções hospitalares, destinando-se à execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

7.4.1.2 Membros

-2 médicos com título de especialidade em infectologia

-2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

-1 farmacêutico

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – SCIRAS é uma das mais importantes comissões para o ambiente hospitalar e tem por finalidade a prevenção e o controle das infecções hospitalares, destinando-se à execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Também representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas para a correta prática da medicina e outras áreas afins, no intuito de nunca trazer prejuízo ao paciente, buscar a cura quando possível, e sempre levar conforto e atenção.

Nossa proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a normativa, na qual são fortalecidas as regras a serem seguidas por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no hospital no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

A segunda ação a ser desenvolvida é a vigilância epidemiológica, através da qual os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, de forma periódica e sistemática, os profissionais da SCIRAS podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares e qual é a população de maior risco. Conhecendo estas peculiaridades, a SCIRAS propõe medidas de controle que visam minorar o problema.

As ações educativas constituirão a terceira forma de atuação da SCIRAS. Todos os profissionais estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito hospitalar. A difusão destes novos conhecimentos para os outros profissionais no Hospital de saúde, através de palestras, cursos ou comunicação impressa também contarão com a participação da SCIRAS. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões, palestras e o contato diário com os demais profissionais no Hospital de saúde, momento em que as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Todas as ações de ensino e capacitação serão coordenadas pela Seção de Desenvolvimento de Pessoas – SDP com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares e garantir os registros de treinamentos, bem como a avaliação de eficácia dos mesmos, buscando acompanhar o desenvolvimento dos profissionais nos assuntos específicos ministrados.

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, integrarem a Comissão de Obras da unidade, participando dos projetos para ampliação, reforma ou modificação da área física no Hospital de saúde, avaliando as condições e necessidades diante do planejamento de intervenções físicas na infraestrutura predial, apontando os direcionamentos para garantir a segurança dos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e fiscalizando a execução das obras por parte do setor de Manutenção Predial.

Ainda serão responsabilidades da SCIRAS elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precauções e de

isolamento, a padronização e controle do uso de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica , a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, o qual constará dos seguintes itens:

- Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa de casos de infecção no hospital;
- Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções hospitalares;
- Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;
- Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;
- Realização de estatísticas de infecção hospitalar e divulgação de dados nos setores hospitalares e para a Secretaria Estadual de Saúde;
- Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.
- Também caberá à SCIRAS elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar periodicamente, às diretorias da instituição e às chefias de todos os setores no Hospital de saúde, a situação de controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

7.4.1.3 DA PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIRAS):

A importância da SCIRAS não é somente a de prevenir e combater a infecção hospitalar beneficiando assim toda a população assistida, mas também proteger o hospital e o corpo clínico.

A Comissão atende à Lei 9.431 de 6 de dezembro de 1997, Portaria MS 2.616 de 12/5/1998 e Instrução Normativa 4 de 24/2/2010 da Anvisa, produzindo os 8 indicadores preconizados na instrução retro.

Devem ser mantidos arquivados os documentos que comprovem a legalidade de sua existência, as rotinas de sua funcionalidade, protocolos que orientem o tratamento mais adequado ministrado ao paciente e, sobretudo, dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR

FALEIROS MACHADO - HERSO , para que, solicitados judicialmente, possam ser comprovados, e estes índices de infecção devem ser mantidos dentro dos limites aceitáveis.

A legislação básica sobre infecção hospitalar, regulamentando a criação das SCIRAS, permite ao estabelecimento a adoção de medidas de acordo com as particularidades do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO . Medidas no combate à infecção para o grande hospital, com enorme corpo clínico e atendimento em todas as áreas médicas, evidentemente mais suscetíveis às infecções, podem ser diferentes das pequeno Hospital ambulatorial HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , com menor corpo clínico e especializado; entre estes extremos, têm-se as inúmeras variáveis.

Para reduzir os riscos de ocorrência de infecção hospitalar, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS) tem os seguintes objetivos:

- Padronização e confecção do manual de normas e rotinas de Controle de Infecção Hospitalar;
- Padronização do manual de rotinas de acidentes ocupacionais;
- Padronização de antissépticos e germicidas hospitalares;
- Padronização de Antimicrobianos;
- Busca ativa diária de casos de Infecção Hospitalar;
- Padronização das rotinas de zeladoria hospitalar;
- Elaborar e Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);
- Elaborar os índices mensais de Infecção Hospitalar.
- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares;
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- Partir da equipe de padronização de medicamentos;
- Prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Controle de limpeza da caixa de água;
- Controlar o uso de antibiótico;
- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares;
- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do SCIRAS;
- Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades;
- Realizar busca ativa aos pacientes com Infecção;

- Fazer análise microbiológica da água.
- Partir da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente, buscando a qualidade juntamente com a atuação de Educação Permanente;
- Programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;
- Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da SCIRAS;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

7.4.1.4 DA COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por membros executores membros consultores, estes são profissionais de nível superior que atuem no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , sendo:

-2 médicos com título de especialidade em infectologia

-2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

-1 farmacêutico

7.4.1.5 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês meses (na 4ª terça-feira do mês), local (sala de reunião), horário (10 ás 11hs).

7.4.1.6 ATAS DE REUNIÕES

As atas das reuniões da Comissão de SCIRAS serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de SCIRAS, os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

7.4.1.7 DIRETRIZES DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO

8.3.1.7.1 Introdução

O Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PPCIH ou PPCIRAS) pode ser elaborado de várias formas, seguindo as diretrizes das legislações nacionais vigentes, que hoje são a Portaria MS/GM n 2616/1998 e a RDC ANVISA n 48/2000, além de diretriz internacional como o Guideline dos Componentes Essenciais do Programa de Prevenção e Controle de Infecção da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016).

No entanto, nossa experiência no acompanhando dessas ações ao longo dos anos tem mostrado que a maioria dos serviços não consegue contemplar claramente no planejamento dos seus Programas suas metas e necessidades, ficando o planejamento deficitário.

Desse modo, com o intuito de direcionar os profissionais na elaboração de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção claro e objetivo e que contemple minimamente quesitos essenciais para o desenvolvimento das ações nos estabelecimentos de saúde, apresentamos

proposta que visa dar melhor direcionamento aos controladores de infecção e também padronizar e facilitar a elaboração dos PPCIH nas Unidades de Saúde.

88.3.1.7.2 PPCIH

Considera-se Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PPCIH ou PPCIRAS) o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares ou relacionadas à assistência à saúde.

O Programa de Controle de Infecção da Unidade de Saúde deve ser elaborado para um período de 2 a 4 anos, com metas numéricas estabelecidas, seguindo as metas municipais, estaduais e nacionais, além de ter metas próprias. O Plano de Ação do Programa já exige um prazo menor, devendo ser elaborado anualmente, considerando o andamento e ou a evolução do Programa, cujos ajustes se fazem necessários de um ano para outro.

88.3.1.7.3 Objetivo do PPCIH

Programar o desenvolvimento das ações de Prevenção e Controle de Infecção da Unidade de Saúde. Deve ser elaborado pelos membros executores da SCIRAS (que constituem o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH), com suporte e ou assessoria dos membros consultores. Após elaborado, deve ser encaminhado para conhecimento e aprovação da gestão da Unidade de Saúde. O PPCIH deve ser elaborado de forma sistematizada, com metas e ações claras, responsabilidades e prazos definidos monitoramento e avaliação.

88.3.1.7.4 Componentes para Elaboração dos PPCIHA

Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como direcionamento para as ações de prevenção e controle de infecção os Componentes Básicos (Core Components) ou Componentes Essenciais para a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS e RM - Resistência Microbiana (OPAS, 2017).

Esses componentes são:

1. Organização do Programa de Controle de Infecção: deve ser definido claramente, com os objetivos baseados na epidemiologia, na avaliação do risco e nas prioridades da unidade de Saúde (ou outro serviço de assistência à saúde) para a prevenção e controle de infecção e a propagação da RM. Essas informações podem ser acessadas nas reuniões com os membros consultores da Comissão (SCIRAS), na avaliação do Relatório Anual do SCIH, nas visitas de auditoria nos setores, nas reuniões de setores da unidade de Saúde, dentre outras.

2. Diretrizes ou Orientações Técnicas ou Protocolos para prevenção e controle de infecção para todos os profissionais da assistência à saúde.

88.3.1.7.5 Diretrizes para Elaboração do PPCIH

A elaboração do PPCIH deve ser realizada de forma a contemplar os Componentes Essenciais recomendados pela OMS supra citados. Para o planejamento das ações do PPCIH, é importante levantar as informações com relação aos problemas relativos à prevenção e controle das IH e RM, que constituem o que chamamos de "diagnóstico situacional" da Unidade de Saúde. A partir desse diagnóstico situacional, que inclui resultados de indicadores, relatórios e outros, devem ser estabelecidas as metas que o SCIH planejou para determinado período, lembrando que essas metas devem ser estabelecidas em percentuais. Para o alcance das metas propostas, devem ser listadas ações que possibilitem ou viabilizem o cumprimento das metas. Para a realização das ações, são determinados os responsáveis, os prazos e os recursos necessários (humanos, materiais, equipamentos e outros).

A RDC ANVISA n 48/2000 que estabelece o Roteiro de Inspeção Sanitária do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (já citado acima) pode ser utilizada como embasamento para ajudar no direcionamento da elaboração do PPCIH.

Quanto à periodicidade do Plano de Ação, recomenda-se que este seja anual por facilitar monitoramento e avaliação do Programa estabelecido, bem como elaboração do relatório anual.

88.3.1.7.5 Itens a serem Contemplados no PPCIH

É interessante que o documento seja elaborado com o timbre da Unidade de Saúde.

1. Título: Exemplo: Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (ou de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde) da unidade de Saúde "..." para o período de XXXX a XXXX (sugerimos que esse período seja bianual ou trianual).

2. Apresentação do PPCIH:

Fazer um breve relato do histórico do Serviço de Controle de Infecção no hospital (ou estabelecimento) e do (s) objetivo (s) do Programa (PPCIH).

3. Constituição da SCIRAS e SCIH:

Elencar os setores do serviço de saúde que compõe a Comissão (SCIRAS), discriminando os setores representados que fazem parte como membros consultores e como membros executores (não há necessidade de discriminar nomes no PPCIH, pois esses já estarão discriminados no documento interno de nomeação das pessoas que compõe a SCIRAS, que deve ser mantido atualizado se houver alteração de membros).

4. Atribuições da SCIRAS:

- Dos membros executores
- Dos membros consultores

(relacionar as atribuições em forma de itens, amparando-se na Portaria MS/GM n 2616/1998 ou outra que a substitua)

5. Objetivos:

- Geral (mais amplo, constitui a ação que conduzirá ao alcance do que se propõe no Programa)
- Específicos (apresentam, de forma pormenorizada, detalhada, as ações que se pretende alcançar)

6. Metas: Enumerar as metas e estabelecer os percentuais que se deseja atingir dentro do período proposto para a prevenção e controle das IH (IRAS) e RM, tendo o cuidado de planejar com factibilidade.

7. Plano de Ação:

Para a elaboração do Plano de Ação, fica sugerida a utilização de um quadro (Quadro 1), que permite ser implementado durante a vigência do PPCIH, conforme as necessidades do serviço para a prevenção e controle das IH (IRAS) e RM.

Nos Quadros 2 e 3 estão representados dois exemplos pelos quais, a partir do problema levantado, se estabelece metas e ações que devem ser planejadas para a resolução do problema, designando-se responsáveis, períodos de execução, recursos necessários, com espaço para monitoramento e avaliação durante a sua vigência.

Quadro 1: Quadro sugerido para elaboração do PPCIH

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Levantar/enumerar os problemas do EAS que interferem na prevenção e controle das IH e RM, que podem ser mais generalizados, até para a definição da meta	À partir dos problemas levantados, são estabelecidas metas (devem ser numéricas)	Elencar ou enumerar as ações necessárias no EAS para atingir cada meta proposta	Relacionar pessoas/setores responsáveis Cada ação a desenvolvida	Relacionar os prazos estabelecidos para o desenvolvimento de cada uma das ações propostas	Recursos humanos, materiais ou financeiros necessários para o desenvolvimento das ações propostas	Durante a vigência do PPCIH, o controlador de infecção pode monitorar o seu desenvolvimento, assinalando se a ação foi alcançada, se está em andamento ou não alcançada ainda, com isso, pontua e monitora onde deve envidar seus esforços com mais afinco

Quadro 2: Exemplo 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Não há disponibilidade de dispensadores (sabonete líquido, papel toalha e álcool gel) para higienização das mãos (HM) dos profissionais de saúde (PAS) e colaboradores em TODAS as pias de HM e pontos de assistência no Hospital de saúde	Prover acessórios para HM (dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e de álcool gel) em 100% das pias de HM e pontos de assistência da unidade de Saúde	1. Oficiar junto à administração da unidade de Saúde a necessidade de aquisição de dispensadores (já pode constar no documento o quantitativo com a especificação desses materiais e produtos para abastecimento)	SCIH/ Administração	Abril/2022	Estimar valores	Alcançado
		Verificar com o serviço de limpeza e higienização hospitalar (em caso de empresa terceirizada) se está previsto no contrato disponibilização dos dispensadores e insumos	SCIH/ Administração	Abril/2022	Nenhum	Alcançado
		3. Estabelecer rotina escrita com capacitação dos colaboradores para higienização/abastecimento dos dispensadores junto ao serviço de limpeza e higiene	SCIH	Abril a Maio/2022	Nenhum	Em andamento

		hospitalar				
		Desenvolver capacitação e campanhas de sensibilização para aumentar a adesão à prática de HM junto aos profissionais de saúde e colaboradores	SCIH/ Educação Continuada/ outros	Maio a Junho/2022 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Em andamento
		5. Realizar auditorias internas para monitorar a adesão às práticas de HM	SCIH	Bimestral e contínuo (após item 4)	Nenhum	Em andamento
		6. Estabelecer indicadores de resultado (consumo de preparação alcoólica para as mãos, consumo de sabonete líquido, percentual (%) de adesão à higiene das mãos)	SCIH	Maio/2022	Nenhum	Alcançado
		7. Elaborar e colocar nos postos de trabalho e pontos de assistência banners e lembretes para a HM	SCIH	Junho/2022 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Não alcançado
		8. Outras				
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Não disponibilidade de dispensadores (sabonete líquido, papel toalha e álcool gel) para higienização das mãos (HM) dos profissionais de saúde (PAS) e colaboradores em TODAS as pias de HM e pontos de assistência no Hospital de saúde	Prover acessórios para HM (dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e de álcool gel) em 100% das pias de HM e pontos de assistência da unidade de Saúde	1. Oficiar junto à administração da unidade de Saúde a necessidade de aquisição de dispensadores (já pode constar no documento o quantitativo com a especificação desses materiais e produtos para abastecimento)	SCIH/ Administração	Abril/2022	Estimar valores	Alcançado
		2. Verificar com o serviço de limpeza e higienização hospitalar (em caso de empresa terceirizada) se está previsto no contrato disponibilização dos dispensadores e insumos	SCIH/ Administração	Abril/2022	Nenhum	Alcançado
		3. Estabelecer rotina escrita com capacitação dos colaboradores para higienização/abastecimento dos dispensadores junto ao serviço de limpeza e higiene hospitalar	SCIH	Abril a Maio/2022	Nenhum	Em andamento
		Desenvolver capacitação e campanhas de sensibilização para aumentar a adesão à prática de HM junto aos	SCIH/ Educação Continuada/ outros	Maio a Junho/2022 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Em andamento

		profissionais de saúde e colaboradores				
		5. Realizar auditorias internas para monitorar a adesão às práticas de HM	SCIH	Bimestral e contínuo (após item 4)	Nenhum	Em andamento
		6. Estabelecer indicadores de resultado (consumo de preparação alcoólica para as mãos, consumo de sabonete líquido, percentual (%) de adesão à higiene das mãos)	SCIH	Maio/2022	Nenhum	Alcançado
		7. Elaborar e colocar nos postos de trabalho e pontos de assistência banners e lembretes para a HM	SCIH	Junho/2022 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Não alcançado
		8. Outras				

Obs: O PPCIH é flexível, ou seja, durante a sua vigência, novas ações podem ser propostas ou inseridas, a depender das demandas que podem surgir ao longo do período em que foi proposto (indicadores elevados, surtos). Devem ser periodicamente avaliadas necessidades de mudanças ou adequações.

8.3.1.7.6 Avaliação/Elaboração do Relatório anual de avaliação do PPCIH

Ao final da vigência do PPCIH (anual), deve ser elaborado o Relatório Anual de Avaliação das Ações de Prevenção e Controle de Infecção propostas. Este relatório visa dar ciência e transparência às ações desenvolvidas pelo SCIH e constitui documentação importante do SCIH e da gestão hospitalar, devendo ser, socializado/disponibilizado, e uma cópia devidamente arquivada junto aos demais documentos da instituição. Este documento pode ser solicitado/requerido em fiscalizações, auditorias, demandas judiciais, dentre outros.

Sua elaboração ainda corrobora como base para a reprogramação das ações do PPCIH para o ano seguinte.

Como sugestão, o Relatório Anual de Avaliação do PPCIH pode contemplar:

- Identificação do documento (exemplo: Relatório de Avaliação do Serviço de Controle de Infecção da unidade de Saúde "X" Ano: XXXX)
- Breve relato de como se desenvolveu/vem se desenvolvendo o SCIH da unidade de Saúde ao longo dos anos
- Metas alcançadas ou desenvolvidas (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX
- Metas parcialmente alcançadas ou em andamento (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX, identificando os motivos ou fatores que levaram ao alcance parcial do que foi proposto.
- Metas não alcançadas (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX, identificando os motivos ou fatores que levaram ao não alcance do proposto.
- Conclusão
- Data
- Equipe responsável pela sua elaboração
- Ciência da Alta Administração e demais setores da unidade de Saúde com a data

Este Relatório deve ser assinado pelos membros executores do SCIH (com rubricas em todas as páginas e assinaturas e carimbos na última página) e encaminhado para a Gestão da Unidade de Saúde, ao mesmo tempo em que deverá ser socializado entre os diferentes setores/atores da unidade de Saúde.

Referências:

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n 9.431 de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n 48 de 02 de junho de 2000.

Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Referências:

OPAS. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nível nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC By-NC-AS 3.0 IGO.

World Health Organization. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National andacute Health Care Facility Level. 2016.

7.4.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE:

Art. 1. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS é o órgão encarregado da elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que é um conjunto de ações desenvolvidas com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 1. Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecido na Lei No. 9431 de 06 de janeiro de 1997, Portaria n 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, Resolução- RDC n 48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a SCIRAS tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

§ 2. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica da Instituição.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO:

Art. 2. A composição se faz com membros consultores (núcleo consultor) e executores (núcleo executor) com formação universitária.

Art. 3. Os membros consultores deverão ser representantes dos seguintes serviços:

- Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- Serviço de enfermagem;
- Serviço de farmácia;

Art. 4. Os membros do núcleo executor deverão ter carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais abaixo relacionados:

- 2 médicos com título de especialidade em infectologia;
- 2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.
- 1 farmacêutico treinado e com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

§ 1. Além dos profissionais acima, a Diretoria do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO deverá disponibilizar pelo menos um funcionário administrativo para a SCIRAS.

§ 2. Os enfermeiros executores deverão obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas nos moldes do curso proposto

pela Associação Paulista de Estudos e Controle em Infecção Hospitalar (APECIH) ou equivalente.

Art. 5. O mandato dos membros consultores da SCIRAS será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

Art. 6. Os membros do núcleo executor da SCIRAS fazem parte do quadro de funcionários do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e como tal não terão prazo limite para o mandato.

Art. 7. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada 12 meses, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 8. O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

§ Único. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Setor de Comissões Hospitalares.

Art. 9. A sede da comissão será uma sala ou salas exclusivas a serem disponibilizadas pelo hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento, disponibilizando acesso à infraestrutura de administrativa informatizada.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 10. Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 11. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou em seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 12. A reunião só acontecerá se houver "quórum" de pelo menos 50% de presença dos membros consultores.

Art. 13. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.

Art. 14. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 15. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em praz preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para Partir das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 16. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

§ Único. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

Art. 18. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo progran do Núcleo de Informação Hospitalar.

CAPÍTULO V

DAS COMPETENCIAS:

Art. 19. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS:

Partir da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

O programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;

Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicos operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;

Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; d. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da SCIRAS;

Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

Art. 20 - Compete ao Núcleo Executivo da SCIRAS:

- Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

- Partir de visitas e reuniões em diversos setores do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;
- Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções nosocomiais no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar. Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA D GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO são:
- Taxa de Infecção Hospitalar;
- Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar;
- Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente;
- Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico no Hospital de Terapia Intensiva;
- Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias;
- Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos;
- Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.
- Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO no que tange ao controle das infecçõ hospitalares;
- Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Coordenações Estaduais e Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados;
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância

epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

- Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da Instituição;
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

CAPITULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES:

Art. 21. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Indicar seu vice-presidente;
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;
- Fazer cumprir o regimento da SCIRAS.

§ 1. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

§ 2. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice- presidente.

§ 3. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 22. São atribuições e competências do funcionário administrativo da Comissão:

- Organizar a ordem do dia;
- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

- Organizar e manter o arquivo da comissão;
- Preparar a correspondência;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço de secretaria.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 23. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da SCIRAS, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico d. instituição.

Art. 24. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 25. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria da instituição.

GOIÂNIA,..... de..... de.....

Responsável pela Instituição. Diretor Técnico

7.4.3 Cronograma de Atividade Anual

No que diz respeito ao Cronograma de Atividade Anual, bem como a análise do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , a estrutura para a composição do cronograma está baseada nas instalações, equipamento, recursos humanos e financeiros e filosofia organizacional, procedimentos, atividades e a especificidade do mencionado estabelecimento hospitalar aprovado pela Direção do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e pela Diretoria Executiva do Instituto CEM.

Assim, delinearam-se algumas orientações para a implementação e execução do Cronograma, por parte dos diferentes atores intervenientes, pois só com base numa estrutura sólida se podem desenvolver os processos c aos resultados desejados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar os quais poderão ser alterados segundo a realidade a ser identificada após a implantação do novo modelo de gestão.

CRONOGRAMA													
Atividade		ANO											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	CRIAÇÃO DA COMISSÃO E APROVAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO	X											
	REUNIÃO DE PLANEJAMENTO ANUAL	X											
Organização	Reestruturar as competências da SCIRAS		X	X	X	X				X	X	X	X
	Operacionalizar a SCIRAS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Propor ações para a informatização dos Laboratórios de microbiologia			X			X			X			X
	Realizar auditorias em de cada serviço/unidade			X			X			X			X
Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional I	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais		X	X				X	X	X		X	X
	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção Hospitalar				X	X	X				X	X	X
	Desenvolver cursos de formação / orientações para o corpo de funcionários		X			X			X			X	
	Promover investigação sobre infecções Hospitalar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção hospitalar			X		X		X		X		X	
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica		X			X	X			X			X

	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, antissépticos e desinfectantes)				X	X	X			X	X	X		
Registo e Monitorização	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Reforçar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			X			X			X				X
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções Hospitalares		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controlo da infecção do hospital		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS A ALTA DIREÇÃO				X			X			X			

Considerando que a Portaria PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS, o INSTITUTO CEM, apresenta as Diretrizes do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, para que seja utilizado como base, para adequação da Implantação do Programa de Controle de Infecção no hospital

7.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

7.5.1 Proposta de Constituição

7.5.1.1 DA FINALIDADE

Atender a resolução CFM n 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre à saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

7.5.1.2 MEMBROS

A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção de controle e avaliação, será será composta pelos seguintes membros: em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Será constituída por:

1. 6 (seis) membros efetivos;
2. 6 (seis) membros suplentes do corpo clinico:
   - 1 Enfermeiro;
   - 1 Médico; 1 Residente;
   - 1 Farmácia ;
   - 1 Faturamento;
   - 1 Estatística .

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários tem por finalidade atender a resolução CFM n 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um

conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre à saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria e estatística.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados no Hospital, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com as comissões de ética médica, de enfermagem e multiprofissional da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

7.5.1.3 DA CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Revisão de Prontuário Médicos é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas. É de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem p objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos e está prevista pelo CFM através da resolução 1.638 de 2002.

A Comissão de Revisão de Prontuários é fundamental para garantir a qualidade e a rastreabilidade dos prontuários dos pacientes atendidos no hospital e, também, propicia a identificação de falhas no preenchimento dos prontuários, falhas estas que podem acarretar sérios problemas jurídicos, e na prestação de contas para a gestor do contrato tanto no aspecto financeiro quanto no de atingimento de metas de produção.

7.5.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art.1 A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é um órgão coligado do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários medicos, identificação de falhas no preenchimento dos prontuários, falhas na inexatidão de dados epidemiológicos, falhas de faturamento e na prestação de contas para ao gestor do contrato e os orgãos de controle, interno e externo, tanto no aspecto financeiro quanto no de atingimento de metas de produção.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos será constituída por:

6 (seis) membros efetivos e 6 (seis) membros suplentes do corpo clínico, sendo representado por:

- 1 Enfermeiro;
- 1 Médico; 1 Residente;
- 1 Farmácia ;
- 1 Faturamento
- 1 Estatística.

§ 1. Na primeira gestão, os seus membros serão indicados pelo Diretor Geral e pelo Diretor Técnico;

§ 2. Nas gestões seguintes, os representantes de cada área serão eleitos por seus pares e designados pelo Diretor Geral;

Art. 3°. O Coordenador da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos e o Secretario serão escolhidos entre os seus membros com mandatos iguais aos componentes da Comissão.

Art. 4°. A duração do mandato dos membros será de 02 (dois) anos.

§ 1. A duração do mandato do coordenador e secretário será de 1 (um) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do segundo ano.

§ 2. Recondução para o cargo de coordenador poderá ocorrer apenas uma vez.

Art. 5°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser definida no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6°. A Coordenação da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos requisitará à Seção de Arquivo Médico e Estatística os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela Comissão.

Art. 7°. Uma vez recebidos os prontuários, a providenciará o seu registro em livro próprio para este fim.

Art. 8°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos distribuirá os prontuários recebid em escala de rodízio, entre os membros da comissão para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Art. 9°. O relator terá um prazo de 15 (quinze) dias úteis para elaborar o seu parecer.

§ Único. O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Coordenador, em casos excepcionais.

Art. 10°. Nos dias de reunião ordinária da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, os relatores apresentarão seus pareceres, que serão apreciados pelos demais membros.

CAPÍTULO IV

DA COMPETENCIA:

Art. 11°compete a essa Comissão de Revisão de Prontuários Médicos estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;

Art. 12°Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico;

Art. 13°Rever e avaliar os prontuários, durante o período de internação e após as altas, bem como, os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;

Art. 14°Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário médico;

Art. 15°Devolver os prontuários médicos aos chefes de Serviços para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso;

Art. 16°Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos na Instituição;

Art. 17°Revisar todos os prontuários glosados e, por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:

I. Quanto à clareza e legibilidade;

II. Qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese;

III. Diagnóstico provável e definitivo.

Art. 18°Segmento e continuidade das prescrições:

I. Temporalidade da transcrição dos dados dos parâmetros vitais;

II. Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica;

III. Verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;

IV. Verificação de ultrapassagem ou anteComissão de Prevenção de Acidentesção da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Diretor da Divisão Médica, sobre tais ocorrências.

Art. 19°Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;

Art. 20°Arquivar os pareceres e demais documentos, em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES:

Art. 21°. São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos:

I. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;

II. Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico seja em meio físico (papel) ou eletrônico;

III. Rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;

IV. Avaliar a qualidade das anotações (registros eletrônicos) feitas no prontuário médico;

V. Informar sobre os prontuários médicos, sobre a qualidade das anotações aos chefes de serviços para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso;

VI. Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos da Instituição;

VII. Revisar todos os prontuários glosados e por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:

VIII. Quanto à clareza e legibilidade, se em meio físico;

IX. Quanto à qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese;

X. Diagnóstico provável e definido;

XI. Segmento e continuidade das prescrições;

XII. Temporaneidade da transição dos dados dos parâmetros;

XIII. Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica;

XIV. Verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;

XV. Verificação de ultrapassagem ou antecipação da Comissão de Prevenção de Acidentes na atuação da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Departamento Médico, sobre tais ocorrências;

XVI. Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;

XVII. Arquivar os pareceres e demais documentos em local designado para esse fim, por 05 (cinco) anos, no mínimo;

XVIII. R eunir-se mensalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Coordenador.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23º. Este estatuto está em consonância com a Portaria Conjunta MEC/MS nº 01/94.

Art. 24º. As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o diretoria clínica, para apreciação junto ao coordenador da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos. Três ausências consecutivas implicam no desligamento e substituição do membro faltoso.

Art 25º. Este estatuto poderá ser alterado:Após avaliação de desempenho da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, se for o caso; Pelas eventuais exigências de novas legislações pertinentes ao assunto;Em ambos os casos, por proposta da maioria simples da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos ou do Diretor Técnico no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

GOIÂNIA, x/x/xx

Assinam: Diretor Geral Diretor Técnico

7.5.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	Ano:											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
Reunião de planejamento anual e Definições de Metas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros			X			X			X			X
Reunião de apresentação e análise dos dados levantados dos prontuários avaliados		X		X		X		X		X		X
Levantamento de funções e requisitos de arquivamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação de relatórios a alta direção			X	X	X	X		X	X	X		X

7.5.4 Organização

O setor irá funcionar de segunda a sexta feira em horário comercial das 08h às 18 hs, para manuseio das peças do chamado arquivo morto, e em horário de 12 hs os arquivos circulantes em cada posto de trabalho da assistência no Hospital.

O ***INSTITUTO CEM*** se compromete a implantar imediatamente a assinatura de contrato um sistema eletrônico de prontuários médicos hospitalares que atendam as inovações tecnológicas de assistência com qualidade ao usuário no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO . Para isso se propõe *a utilização do sistema de software de Gestão para Unidade de Saúde*

7.5.4.1 PEP – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (FOCO NO USUÁRIO DE TI E PACIENTE)

Reúnem, em um único local, todas as informações clínicas e assistenciais de todos os atendimentos dos pacientes, simplificando o armazenamento de dados e facilitando o dia-a-dia de trabalho dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

- Confidencialidade dos dados dos pacientes: acesso a partir de níveis de permissão.
- Biometria: maior segurança no acesso.
- Acesso remoto e simultâneo às informações do prontuário por vários profissionais de saúde.
- Principais funcionalidades e características:
- Alinhado às normas do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.

Reúne e disponibiliza online a relação de atendimentos, informações demográficas, alergias, sinais vitais, prescrições e evoluções médicas e de enfermagem, diagnósticos, cirurgias realizadas, resultados de exames, laudos e imagens, documentos clínicos eletrônicos, imunizações, informações cadastrais do Programa Saúde da Família e resumo clínico.

- Possibilita a análise estatística das informações clínicas.
- Garante a legibilidade total das informações.

- Organiza o prontuário dos pacientes, eliminando o extravio e o não preenchimento correto das informações.
- Integração total com o sistema de gestão hospitalar.
- Reduz custos operacionais e torna o negócio mais competitivo.
- Rastreabilidade na edição dos dados do prontuário eletrônico do paciente.
- Interface gráfica intuitiva e amigável.
- Sistema de Diagnóstico por Imagem (Foco no usuário de TI e Paciente)

Gerenciar os serviços de radiologia e imagem da unidade, administrando o cadastro das solicitações de exames, laudos padronizados e tabelas de preços. Permite o agendamento dos exames no momento do atendimento dos pacientes ou a solicitação dos mesmos automaticamente através das prescrições médicas. A aprovação dos exames é realizada eletronicamente, e o sistema possibilita o controle do uso de materiais por exame. Segue abaixo o que o sistema contempla:

- Pedido de Exame;
- Laudos;
- Confirmação de exame;
- Custo de exame;
- Entrega de Laudo;
- Cadastro de Paciente;
- Situação de Paciente;
- Atendimento Externo;
- Guias;
- Acoplamento;
- Cancela Acoplamento;
- Alteração de Atendimento.
- Tecnologia da Informação

7.5.4.2 Sistema de Arquivamento e Controle de Prontuários

Em consonância a nova legislação vigente "Diário Oficial da União aprovou a lei 13.787/18, que autoriza o armazenamento eletrônico de prontuários médicos em hospitais e o manuseio das informações pelo paciente", imediatamente ao assumir a gestão o **INSTITUTO CEM** irá

dar inicio ao processo de construção de um padrão de sistemas e software que organiza as pastas de forma eficiente, utilizando cores, etiquetas e divisões que facilitam o seu manuseio e a procura por informações do paciente.

As informações para o SAME são providas por diversos setores no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO :

Informática: através do sistema de gerenciamento hospitalar que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;

Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;

Enfermarias: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h;

Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;

Prontuário Físico: através das anotações nos Prontuários, visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.;

Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

7.5.4.3 Modelos de fichas

AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS	
CRITÉRIO/FORMULÁRIO	**O QUE AVALIAR**
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	PRESENÇA DOS TRÊS IDENTIFICADORES DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SEGURA - NOME COMPLETO, DATA DE NASCIMENTO E NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE. NOS CASOS DE CRIANÇAS - ACRESCENTAR O NOME DA MÃE AOS IDENTIFICADORES OBRIGATÓRIOS. TODOS CORRETAMENTE REGISTRADOS NOS FORMULÁRIOS DE PREENCHIMENTO MANUAL.
LEGIBILIDADE	REGISTROS DE PREENCHIMENTO MANUAL QUE PERMITAM A FACILIDADE DA LEITURA E COMPREENSÃO DO TEXTO.
ADMISSÃO MÉDICA	AVALIAR SE EXISTE A PRESENÇA DO FORMULÁRIO DE RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO EM TODAS AS CLÍNICAS EM QUE O PACIENTE FOI ADMITIDO.
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM	AVALIAR SE EXISTE A PRESENÇA DO FORMULÁRIO DE RELATÓRIO ADMISSÃO ENFERMAGEM EM TODAS AS CLÍNICAS EM QUE O PACIENTE FOI ADMITIDO.
RELATÓRIO DE ALTA	AVALIAR SE O CID PRINCIPAL DESCRITO NO RELATÓRIO MÉDICO É O MESMO DA ÚLTIMA EVOLUÇÃO MÉDICA DO PACIENTE.
DECLARAÇÃO DE ÓBITO OU ENCAMINHAMENTO SVO/IML	TODOS OS ITENS DO FORMULÁRIO DEVEM ESTAR PREENCHIDOS, SEM RASURAS E IDENTIFICADOS: A - CAUSA TERMINAL; B E/OU C - CAUSA SEQUENCIAL; D - CAUSA BÁSICA.
EVOLUÇÃO MÉDICA	SE EXISTE REGISTRO DIÁRIO DE EVOLUÇÃO DESSA CATEGORIA.
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	SE EXISTE REGISTRO DIÁRIO DE EVOLUÇÃO DESSA CATEGORIA.
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	AVALIAR A PRESENÇA DO(S) RELATÓRIO(S) DE TRANSFERÊNCIAS - UM RELATÓRIO PARA CADA TRANSFERÊNCIA.
REGISTRO DE TRANSPORTE	PARA TRANSPORTES NÃO CRÍTICOS - EVOLUÇÃO NO PRONTUÁRIO DO TRANSPORTE DO PACIENTE REALIZADA PELOS TÉCNICOS DE TRANSPORTE; PARA TRANSPORTES CRÍTICOS - *CHECKLIST* DE TRANSPORTE CRÍTICO COMPLETAMENTE PREENCHIDO.
TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO	PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS EM SALA CIRÚRGICA - O TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO SERÁ INFORMATIZADO (DO SISTEMA) E DEVERÁ CONSTAR A ASSINATURA DO PACIENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL E A ASSINATURA DO MÉDICO QUE APLICOU O TERMO. NOS CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, QUANDO O CONSENTIMENTO NÃO FOR POSSÍVEL, DEVERÁ CONSTAR NO TERMO A ASSINATURA DE DOIS MÉDICOS.
TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO	PARA OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM SALA CIRÚRGICA - O TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO SERÁ MANUAL, PREENCHIDO TOTALMENTE, ASSINADO PELO PACIENTE OU POR SEU RESPONSÁVEL E PELO MÉDICO QUE APLICOU O TERMO.
FICHA DE ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO	A PRIMEIRA PÁGINA DA FICHA DEVE SER COMPLETAMENTE PREENCHIDA. O SEU VERSO DEVE ESTAR PREENCHIDO QUANDO: BLOQUEIO ESPINHAL - CASO SE TRATE DE ANESTESIA DO NEUROEIXO [RAQUI OU PERIDURAL]; BLOQUEIO REGIONAL - CASO SE TRATE DE ANESTESIA DE NERVOS PERIFÉRICOS [BLOQUEIOS]; TEMPO DE GARROTE - PARA ALGUMAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS; RESUMO - PREENCHIDO PARA TODO TIPO DE ANESTESIA; RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - PREENCHIDO COMPLETAMENTE QUANDO O PACIENTE FOR PARA A SRPA. NO CASO DOS PACIENTES QUE VÃO IMEDIATAMENTE PARA A UTI APÓS A CIRURGIA, O CAMPO NÃO NECESSITA DE PREENCHIMENTO, PORÉM DEVE CONTER O REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE.
FORMULÁRIO DA SAEP	TODOS OS ITENS DO FORMULÁRIO DEVEM ESTAR PREENCHIDOS E O CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO COM OS MARCADORES ESPECÍFICOS.
EVOLUÇÃO PÓS-CIRÚRGICA	ENFERMAGEM - IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DA SRPA; CIRURGIÃO - PRIMEIRA EVOLUÇÃO PÓS-CIRÚRGICA (FOLHA DE EVOLUÇÃO DO SETOR).
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA	AVALIAR A PRESENÇA OU NÃO DO FORMULÁRIO RELATÓRIO DE CIRURGIA NO PRONTUÁRIO

AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS		
PACIENTE:		
PRONTUÁRIO:	DN: / /	UNIDADE DE SAÍDA:
DATA DA INTERNAÇÃO: / /	DATA DE ALTA: / /	Nº DE INTERNAÇÕES:

CRITÉRIOS AVALIADOS	PONTOS	C	NC	N/A	OBSERVAÇÕES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	1				
LEGIBILIDADE	1				
ADMISSÃO MÉDICA	1				
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM	1				
RELATÓRIO DE ALTA/DO/SVO/IML	1				
EVOLUÇÃO MÉDICA	1				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	1				
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	1				
REGISTRO DE TRANSPORTE	1				
SOMENTE PARA PACIENTES QUE REALIZAM CIRURGIA					
TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO	1				
TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO	1				
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	1				
ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO	1				
FORMULÁRIOS DA SAEP	1				
EVOLUÇÃO CIRÚRGICA	1				
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA	1				
NOTA = PONTUAÇÃO OBTIDA / TOTAL DE CRITÉRIOS APLICÁVEIS X 100	NOTA=_____ X 100				RESULTADO:

	AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO		
	ESCORE	AVALIAÇÃO	
	90 A 100	☐ EXCELENTE	
	70 A 89	☐ BOM	
	60 A 69	☐ RAZOÁVEL	
	< 59	☐ INSUFICIENTE	

REVISADO POR:	DATA: _____/_____/_____

7.5.4.4 Sistema de arquivamento e controle

	DOCUMENTOS	*CRITÉRIOS AVALIADOS*
	AIH	*Relatório de Autorização de Internação Hospitalar, constando o nome, registro profissional e assinatura do médico solicitante e Diretor de Processos Assistenciais.*
	Relatório de Saída	*Relatório de saída, constando o nome, registro*

		profissional e assinatura do profissional..
	Prescrição Médica/ Odontológica	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do internamento do paciente.*
		Formulário contendo nome legível, assinatura e registro
	Prescrição de Enfermagem	*profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do*
Internações clínicas e cirúrgicas		*internamento do paciente.*
	Evoluções Multiprofissionais	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do internamento do paciente.*
	Admissão de Enfermagem	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.*
	Relatório de Admissão	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.*
	Ficha de Avaliação Social	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.*
	Registro de Internamento	*Formulário contendo assinatura do paciente ou do acompanhante.*
	Relatório Cirúrgico	*Relatório de cirurgia constando nome, registro do profissional e assinatura profissional responsável.*

Internações cirúrgicas	Gasto de Sala	*Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional do responsável pelo preenchimento.*
	Ficha de Acompanhamento Anestésico	*Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional.*
	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória	*Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional do técnico de enfermagem e enfermeiro responsável* ***em cada local específico.***

7.6 Comissão de Verificação de Óbitos

7.6.1 Proposta de Constituição

7.6.1.1 DA FINALIDADE

São finalidades da Comissão Hospitalar de Revisão de Óbito. divulgar a necessidade de instalação do comitê, reunir dados levantados em nível institucional, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade e dos fatores que as provocam, elaborar relatório analítico anualmente, estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos da faixa etária a partir de 1 ano de idade ocorridos no Hospital, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

7.6.1.2 Membros

Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição. O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico. Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

7.6.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1 A Comissão de Revisão de Óbito foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS n. 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, da Portaria MS/GM n 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis e da Resolução

CAPÍTULO II

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 2 A Comissão de Revisão de Óbito é obrigatória em todas as unidades hospitalares e UPA.

Art. 3 Compete à Comissão de Revisão de Óbito do HU-UFGDa avaliação de todos os óbitos da faixa etária a partir de 1 ano de idade ocorridos no Hospital, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

APÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1 Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo:

- 2 (dois) enfermeiros

- 3 (três) médicos.

§ 2 Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3 O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 6º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 8º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 9º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 10º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas, devem ser encaminhados ao

diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução do Conselho Federal de Medicina n 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 11º É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos qu necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 12º Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 13º A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base r relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 14º Esta Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

SANTA HELENA DE GOIÁS, 2023

7.6.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA ATIVIDADE		ANO:											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação de Normas Complementares		X		X		X		X		X		X
	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver e reforçar os sistemas comunicação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			X			X			X			X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

7.7.1 Proposta de Constituição

7.7.1.1 Da Finalidade

Tem-se como a principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e seus funcionários na diminuição, neutralização e/ou eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à Legislação vigente.

Quanto às finalidades, podemos citar:

1. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;
2. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
3. Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
4. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
5. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
6. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
7. Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

8. Requerer ao SESMT, ou a direção do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
9. Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
10. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
11. Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
12. Requisitar o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
13. Requisitar HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO as cópias das CAT emitidas;
14. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
15. Participar, anualmente, em conjunto com o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO das Campanhas de Prevenção.
16. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
17. Promover Campanhas Humanitárias (doação de sangue, alimentos para entidades carentes etc.).

7.7.1.2 Membros Componentes/Perfil

A CIPA do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO será constituída por: Presidente, Vice-Presidente, Secretário, membros titulares e membros suplentes.

A Diretoria do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os

representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente. Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

7.7.2 Proposta de Regimento Interno

DA ORGANIZAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO

Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA/ HOSPITAL ESTADUAL D. SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO – tendo como Base legal – LEI FEDERAL n 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA n 3214 – Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Art. 1 - A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2 - A CIPA terá por atribuições:

I. identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);
II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
III. participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para

a segurança e saúde dos profissionais do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;

V. realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;

VI. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VII. divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VIII. participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionadas à segurança e saúde dos profissionais;

IX. participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;

X. propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

XI. verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;

XII. garantir a emissão e requisitar à Administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO as cópias das CATs emitidas;

XIII. colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

XIV. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;

XV. promover, anualmente, em conjunto com a direção do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , Campanhas de Prevenção da AIDS, DST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;

XVI. acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3 - As CIPA do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO terão a seguinte composição:

I. Presidente;
II. Vice-Presidente;
III. Secretário;
IV. Membros titulares;
V. membros suplentes.

Art.4 - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Art. 5 – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 6 – A Diretoria do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 7 – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

CAPÍTULO II

DAS ELEIÇÕES

Art. 8 – A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

I. Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
II. Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;
III. Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

§ 1 - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração, do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

§ 2 - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administrações HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

§ 3 - Poderão se candidatar os profissionais, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

§ 4 - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Art. 09 – Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10 – Empossados os membros da CIPA, a Administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

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

§1 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

§ 2 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Art. 12 – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13 – Compete aos profissionais, servidores e funcionários:

I. Participar da eleição de seus representantes;
II. Colaborar com a gestão da CIPA;
III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresenta sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 14 – Compete ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
III. Manter a Administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , informada sobre os trabalhos da CIPA;
IV. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 15 – Compete ao Vice-Presidente:

I. Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
II. Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 16 – Compete ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;

II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;

V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;

VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Art. 17 – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II. Preparar as correspondências;

III. Outras que lhe forem conferidas.

Art.18 – Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

I. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;

II. Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento.

III. Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;

IV. Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Art. 19 – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 20 – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, em local apropriado.

Art. 21 – Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Art. 22– As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 23– As atas ficarão na respectiva Diretoria do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

Art. 24 – As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
II. Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

§ 1 - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

§ 2 - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Art. 25– As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Art. 26– Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 27– O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Art. 28 – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

§1 - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

§ 2 - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VI

DO TREINAMENTO

Art. 29 – A Administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo Único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , ouvindo os membros da CIPA.

Art. 30 – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;
IV. Noções e medidas de prevenção para dst/aids, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
V. Noções sobre legislação trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
VII. Organização e funcionamento da CIPA.

Art. 31 – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

Art. 32 – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

CAPÍTULO VII

DO REGISTRO

Art. 33 – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Art. 34 – O HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , reconhecerá o, através de Portaria, as CIPA eleitas e empossadas.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35– As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.36 – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

7.7.3 Cronograma de Atividade Anual

ATIVIDADE	Ano											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Edital de Convocação para as Eleições	X	X										X
Formação da Comissão Eleitoral	X	X										
Início das inscrições dos candidatos			X									
Eleição				X								
Curso para Cipeiros					X							
Realização da Posse					X							
Organização do Calendário de reuniões	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.7.4 Plano anual de prevenção de acidentes.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes da Reitoria (CIPA) propõe este plano de trabalho que visa orientar as ações da Comissão para alcançar o seu objetivo de prevenir possíveis acidentes de trabalho, bem como promover a saúde dos trabalhadores da Unidade, conforme previsto no primeiro item da Norma Regulamentadora 5 (NR-5) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE):

"5.1 A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – Cipa – tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador."

Tendo vista que diversos ambientes do Hospital poderão apresentar riscos químicos, físicos, ergonômicos, biológicos e de acidentes, o foco deste planejamento serão atividades de conscientização quanto a ambientes e comportamento de risco.

Desta forma, propomos o cronograma baseado nas atribuições acordadas na Reunião de Posse desta Gestão:

Ações	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 03	Mês 04	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11
01. Mapas de risco: atualizar e divulgar em locais visíveis						X	X	X			
02. Revisar Plano de Trabalho da Comissão e apresentá-lo a comissão.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
03. Atas em dia e disponíveis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
04. Acompanhar as investigações de acidentes de trabalho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
05. Apresentar a Comissão, o relatório final da gestão											X
06.Solicitar formalmente os		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

serviços dos profissionais regionais (técnico de segurança do trabalho e engenheiro de segurança), quando se fizer necessário.											
07. Apoiar ações conjuntas de campanhas de saúde e treinamentos com a Seção Técnica de Saúde e COSTSA			X			X			X		
08. Manter o site da Comissão atualizado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
09. Editar o Boletim da CIPA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10. Participar de capacitações, seminários, eventos, wokshops oferecidos, no que couber e dada a disponibilidade financeira		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11. Promover a SIPAT2 em parceria com a Seção Técnica de Saúde							X				
12. Colaborar no desenvolvimento e implementação da PCMSO3, PPRA4 e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13. Promover eleição dos representantes dos empregados para composição da CIPA		X	X								X

1 SIPAT: Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho

2 PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

3 PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

7.7.5 Plano de Manutenção

Logomarca da empresa	PLANO DE TRABALHO DA CIPA

Nome da empresa
Endereço:
Data:
CIPA Gestão - 2007/2008

Propostas	Ações	Responsável(eis)
Promover a Integração de Todos os Representantes da CIPA da empresa.	Integrar todos os Representantes das CIPA's da Empresa em paralelo à SIPAT	CIPA/SESMT
Auxiliar a promover a SIPAT	Realizar, em conjunto com o SESMT da empresa, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho	CIPA/SESMT
Auxiliar a promover e Incentivar Campanhas de Prevenção as DST's e AIDS	Participar em conjunto com o SESMT de campanhas de prevenção de AIDS e DST's promovidas pela empresa	CIPA/SESMT
Orientação dos funcionários quanto ao uso de EPI's	Orientar todos os Funcionários quanto a importância do uso guarda e troca dos EPI's	CIPA/SESMT
Levantamento de Riscos e Inspeções	Fazer, em conjunto com o SESMT se necessário, Levantamentos de risco e inspeções no ambiente de trabalho para propor melhorias	CIPA/SESMT
Investigação de Acidente do trabalho	Auxiliar o SESMT na Investigação de acidente do trabalho quando houver e propor soluções	CIPA/SESMT

PRESIDENTE **VICE-PRESIC**

7.7.5.1 Programa de Manutenção Operação e Controle dos Respectivos Sistemas de Climatização

1.1. DA ANVISA

De acordo com o texto supracitado, A LEI N 13.589, DE 4 DE JANEIRO DE 2018 dispõe em seu parágrafo único, que a Resolução N 9 de janeiro de 2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, estabelece parâmetros, normas e procedimentos necessários à garantia da boa qualidade do ar interior, inclusive de temperatura, umidade, velocidade, taxa de renovação e grau de pureza dos condicionadores de Ar. A seguir são apresentados os pontos relevantes desta Resolução.

1.2. PADRÕES DE REFERÊNCIA

Recomenda os seguintes Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior em ambientes climatizados de uso público e coletivo. Os valores recomendáveis para os parâmetros físicos de temperatura, umidade, velocidade e taxa de renovação do ar e de grau de pureza do ar, deverão estar de acordo com a NBR 6401 – Instalações Centrais de Ar Condicionado para Conforto - Parâmetros Básicos de Projeto da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

- a faixa recomendável de operação das Temperaturas de Bulbo Seco, nas condições internas para verão, deverá variar de 23C a 26C, com exceção de ambientes de arte que deverão operar entre 21C e 23C. A faixa máxima de operação deverá variar de 26,5C a 27C, com exceção das áreas de acesso que poderão operar até 28C. seleção da faixa depende da finalidade e do local da instalação. Para condições internas para inverno, a faixa recomendável de operação deverá variar de 20C a 22C.
- a faixa recomendável de operação da Umidade Relativa, nas condições internas para verão, deverá variar de 40% a 65%, com exceção de ambientes de arte que deverão operar entre 40% e 55% durante todo o ano. O valor máximo de operação deverá ser de 65%, com exceção das áreas de acesso que poderão operar até 70%. A seleção da faixa depende da finalidade e do local da instalação. Para condições internas para inverno, a faixa recomendável de operação deverá variar de 35% a 65%.

- o Valor Máximo Recomendável - VMR de operação da Velocidade do Ar, no nível de 1,5m do piso, na região de influência da distribuição do ar é de menos 0,25 m/s.
- a Taxa de Renovação do Ar adequada de ambientes climatizados será, no mínimo, de 27 m³/hora/pessoa, exceto no caso específico de ambientes com alta rotatividade de pessoas. Nestes casos a Taxa de Renovação do Ar mínima será de 17 m³/hora/pessoa, não sendo admitido em qualquer situação que os ambientes possuam uma concentração de CO2, maior ou igual a estabelecida em IV2.1, desta Orientação Técnica.
- a utilização de filtros de classe G1 é obrigatória na captação de ar exterior. O Grau de Pureza do Ar nos ambientes climatizados será obtido utilizando-se, no mínimo, filtros de classe G-3 nos condicionadores de sistemas centrais, minimizando o acúmulo de sujidades nos dutos, assim como reduzindo os níveis de material particulado no ar insuflado. Os padrões referenciais adotados complementam as medidas básicas definidas na Portaria GM/MS n 3.523/98, de 28 de agosto de 1998, para efeito de reconhecimento, avaliação e controle da Qualidade do Ar Interior nos ambientes climatizados. Deste modo poderão subsidiar as decisões do responsável técnico pelo gerenciamento do sistema de climatização, quanto a definição de periodicidade dos procedimentos de limpeza e manutenção dos componentes do sistema, desde que asseguradas as frequências mínimas para os seguintes componentes, considerados como reservatórios, amplificadores e disseminadores de poluentes.

1.3 INSPEÇÃO

Recomenda que os órgãos competentes de Vigilância Sanitária com o apoio de outros órgãos governamentais, organismos representativos da comunidade e dos ocupantes dos ambientes climatizados, utilizem esta Orientação Técnica como instrumento técnico referencial, na realização de inspeções e de outras ações pertinentes nos ambientes climatizados de uso público e coletivo.

1.4. RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Recomenda que os proprietários, locatários e prepostos de estabelecimentos com ambientes ou conjunto de ambientes dotados de sistemas de climatização com capacidade igual ou

superior a 5 TR (15.000 kcal/h = 60.000 BTU/h), devam manter um responsável técnico atendendo ao determinado na Portaria GM/MS n 3.523/98, além de desenvolver as seguintes atribuições:

a) providenciar a avaliação biológica, química e física das condições do ar interior dos ambientes climatizados;

b) promover a correção das condições encontradas, quando necessária, para que estas atendam ao estabelecido no Art. 4 desta Resolução;

c) manter disponível o registro das avaliações e correções realizadas; e

d) divulgar aos ocupantes dos ambientes climatizados os procedimentos e resultados das atividades de avaliação, correção e manutenção realizadas.

1.5 CÁLCULO DA CARGA TÉRMICA – ABNT NBR 5858:1983

A Norma Regulamentadora 5858 de 1983, estabelece condições exigíveis para a determinação do desempenho do condicionador de ar, fixando os padrões mínimos de qualidade e capacidade, sendo estes aplicados aos aparelhos com condensador esfriado a ar, destinado a ligação em fonte de tensão monofásica, em propriedades públicas ou particulares, usados para fins residenciais, comerciais ou industriais, com a finalidade de obtenção de conforto.

Para o cálculo simplificado da carga térmica foi utilizado o modelo do formulário do anexo A da NBR 5858 (ABNT, 1983). Para facilitar os cálculos, uma planilha foi criada no softwar Microsoft Excel 2013, onde os dados de carga térmica foram informados para cada sala estudada. Ao final deste processo obtêm-se o valor da carga térmica para cada ambiente, que deve ser multiplicado pelo fator geográfico 1,00, referente à região Nordeste (ABNT, 1983). O resultado final, expresso em kJ/h, foi multiplicado por 0,948 para obter a unidade em BTU.

1.6. RESULTADO DAS ANÁLISES

De acordo com o levantamento de dados em cada setor, calculadas a carga térmica de cada ambiente e também uma avaliação dos equipamentos instalados no intuito de verificar se a capacidade térmica dos condicionadores de ar era suficientemente capaz de a carga térmica

do ambiente. Abaixo, seguem os resultados da carga térmica e a capacidade de refrigeração dos equipamentos.

ANÁLISE SETORIAL							
SETOR	QUANTIDADE	EQUIPAMENTO	TAG	POTÊNCIA (BTU/H)	ESTADO DE CONSERVAÇÃO	CARGA TÉRMICADO AMBIENTE (BTU/H)	**CONFORTO TÉRMICO**
Ambiente Y	2	Yang	MA - 01	12000	REGULAR	12.302	BOM
		Consul	MA - 02	12000	BOM		

1.7. ATIVIDADES PERIÓDICAS

ATIVIDADES (MENSAL/TRIMESTRAL/SEMESTRAL)	M	T	S
EFETUAR A LIMPEZA DOS FILTROS DE AR E/OU SUBSTITUIR POR NOVOS CASO NECESSÁRIO	X		
EFETUAR A LIMPEZA EXTERNA DO GABINETE DO EVAPORADOR	X		
VERIFICAR OPERAÇÃO DE FRENAGEM E CORRIGIR CASO NECESSÁRIO	X		
VERIFICAR E CORRIGIR RUÍDOS E VIBRAÇÕES ANORMAIS	X		
VERIFICAR A OPERAÇÃO DOS TERMOSTATOS, CONTROLES E SENSORES DE TEMPERATURA	X		
HIGIENIZAR EVAPORADORES COM APLICAÇÃO DE BACTERICIDA	X		
VERIFICAR E ELIMINAR ODORES DESAGRADÁVEIS NOS AMBIENTES CLIMATIZADOS	X		
EFETUAR A LIMPEZA DAS SERPENTINAS DO EVAPORADOR		X	
EFETUAR A LIMPEZA DO VENTILADOR/ROTOR DO EVAPORADOR		X	

EFETUAR A LIMPEZA DA BANDEJA DO CONDENSADO		X	
VERIFICAR E CORRIGIR REAPERTO DE TERMINAIS/CONEXÕES ELÉTRICAS		X	
VERIFICAR CORRENTE/PRESSÃO/TENSÃO			X
EFETUAR A LIMPEZA DO CONDENSADOR			X
VERIFICAR ESTADO DOS COMPRESSORES			X
EFETUAR LUBRIFICAÇÃO GERAL DO EQUIPAMENTO			X
VERIFICAR ESTADO DOS SUPORTE/COXINS E CORRIGIR CASO NECESSÁRIO			X
VERIFICAR E CORRIGIR FOCOS DE CORROSÃO NOS EQUIPAMENTOS/ACESSÓRIOS			X
VERIFICAR E CORRIGIR ISOLANTE TÉRMICO DAS LINHAS DE COBRE			X
ANALISE DA QUALIDADE DO AR (RE/09)		X	

1.8 MODELO DE ETIQUETA DE CONTROLE

IDENTIFICAÇÃO	**CONTROLE DE MANUTENÇÃO**		
LOCAL	DATA	ATIVIDADE	**TÉCNICO RESPONSÁVEL**
EQUIPAMENTO			
CAPACIDADE (BTUs)			
RESPONSÁVEL PELO PMOC			
CREA-PB			
CONTATO			

7.7.5.2 Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO

INTRODUÇÃO

Este Programa foi elaborado de acordo com os seguintes textos legais:

- Norma Regulamentadora n 07 – NR - 07, aprovada pela Portaria n 3214, de 08 de junho de 1978, Ministério do Trabalho e Emprego – MTE;
- Portaria n 24, de 29 de dezembro de 1994, que aprova o texto disposto na NR - 07;
- Portaria n 08, de 08 de maio de 1996, que altera a NR - 07;
- Lei n 6514, de 22 de dezembro de 1977, que altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências;
- Lei n 8112, de 11 de dezembro de 1990, em seus artigos 69, 72, 186 (parágrafo 2) e 212;
- Decreto Estadual n 5757, de 21 de maio de 2003, que estabelece uma política de saúde ocupacional fundamentada na adequação das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego ao setor público.

Além disso, foi utilizada literatura técnica referente à Medicina, Segurança e Higiene no Trabalho, a fim de dotar o órgão de um Programa de Saúde Ocupacional voltado para a promoção e preservação da saúde dos servidores no que se refere aos riscos inerentes às atividades desenvolvidas pelos mesmos, em seus vários aspectos.

OBJETIVOS

- Promover e preservar a saúde dos servidores privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre a saúde e o trabalho, considerando aspectos individuais e coletivos;
- Rastrear e diagnosticar precocemente agravos à saúde dos servidores relacionados ao trabalho, destacando o caráter preventivo;
- Ser parte do conjunto de iniciativas do órgão no campo da saúde do servidor;

- Indicar soluções para a melhoria dos ambientes de trabalho e da organização das atividades, individual e coletivamente, a partir da detecção dos problemas;
- Conscientizar a direção e os colaboradores quanto à importância do aspecto preventivo para a manutenção da qualidade de vida dentro da Organização;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos clientes, através da preservação da saúde ocupacional dos colaboradores;
- Formar, através dos registros dos exames médicos ocupacionais, históricos de informações relativas às condições clínicas (físicas e mentais) dos nossos servidores.

DO HOSPITAL

- Aprovar e garantir a execução do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;
- Garantir os recursos financeiros para a efetiva implementação do PCMSO, inclusive custeando, sem ônus para o servidor, todos os procedimentos relacionados ao Programa;
- Fornecer as informações necessárias à elaboração e execução do PCMSO;
- Convocar os servidores para os exames médicos ocupacionais (Departamento de Recursos Humanos);
- Garantir a liberação dos servidores para os procedimentos previstos no PCMSO junto ao Médico do Trabalho;
- Exigir dos servidores o cumprimento das solicitações do Médico do Trabalho;
- Emitir Registro de Acidente de Trabalho (Departamento de Recursos Humanos) quando solicitado pelo Médico Coordenador do PCMSO;
- Fornecer às empresas contratadas para terceirização de serviços, informações relativas ao PCMSO, quando solicitadas.

DO MÉDICO COORDENADOR

- Coordenar o PCMSO;
- Supervisionar diretamente a execução do PCMSO;

- Dar ciência das doenças ocupacionais ao departamento de Recursos Humanos para que seja emitido o Registro de Acidente de Trabalho;
- Prestar esclarecimentos, quando solicitado, sobre os problemas de saúde ocupacional dos servidores, respeitando o princípio ético do sigilo médico;
- Realizar os exames médicos previstos para o PCMSO: admissionais, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho e demissionais, ou selecionar e orientar profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, para a execução dos mesmos (o exame médico admissional está vinculado ao ato de posse do cargo público, sendo previsto e regulamentado pelos editais dos concursos públicos e a cargo da Gerência de Saúde e Prevenção
- – GSP, antiga Junta Médica Oficial do Estado, responsável pelas Perícias Médicas);
- Zelar pela padronização dos exames médicos ocupacionais a fim de que o servidor tenha o mesmo padrão de atendimento independente da unidade em que estiver lotado;
- Fornecer ao Órgão informações referentes a profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados para a realização dos exames complementares previstos no PCMSO;
- Solicitar o afastamento do servidor do trabalho ou da exposição ao risco quando constatada doença profissional e relatar quais medidas específicas de controle do fator causal podem ser adotadas.

DO MÉDICO EXAMINADOR

- Examinar o servidor e registrar em prontuário próprio a anamnese realizada;
- Dar ciência ao servidor sobre o(s) resultado(s) do(s) exame(s) e orientá-lo;
- Comunicar ao Médico Coordenador os casos de doenças ocupacionais;
- Seguir a rotina estabelecida pelo Médico Coordenador;
- Emitir o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO.

Obs. Quando o Médico Coordenador for também o Médico Examinador, o mesmo acumula as responsabilidades supracitadas.

DOS COLABORADORES

- Colaborar com a execução do PCMSO, constituindo-se ato faltoso a recusa injustificada ao cumprimento do disposto neste Programa;
- Submeter-se aos exames médicos previstos no PCMO;
- Cumprir as orientações médicas decorrentes da avaliação de sua saúde;
- Utilizar o Equipamento de Proteção Individual – EPI fornecido pelo Órgão;
- Cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, inclusive as ordens de serviço expedidas pelo Órgão;
- Comunicar, imediatamente, ao Médico Coordenador, quando acometido por problemas de saúde.

EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS

- Os Exames Médicos Ocupacionais têm por objetivos a avaliação:
- Da saúde no aspecto geral;
- Da capacidade laborativa;
- Das possíveis repercussões do trabalho sobre a saúde.

Para a realização dos Exames Médicos Ocupacionais, o Médico Examinador observa a história pregressa do servidor através de anamnese clínica e ocupacional. Sem descuidar dos aspectos gerais, especial atenção deve ser dispensada aos seguintes itens:

- Exame dermatológico;
- Exame pulmonar e cardíaco;
- Exame da coluna vertebral;
- Habitualidade do fumo, álcool e drogas;
- Histórico de dores nos membros superiores Teste oftalmológico;
- Exame auditivo (percepção de alterações durante a entrevista).

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

O Exame Médico Admissional está vinculado ao ato de posse do cargo público, estando previsto e regulamentado pelos editais dos concursos públicos e a cargo da Gerência de

Saúde e Prevenção - GSP, antiga Junta Médica Oficial do Estado, responsável pelas Perícias Médicas.

EXAME MÉDICO PERIÓDICO

Os Exames Médicos Periódicos são realizados respeitando-se a periodicidade especificada na NR - 07, da seguinte forma:

- Anualmente: servidores menores de 18 e maiores de 45 anos de idade;
- Bianualmente: servidores maiores de 18 e menores de 45 anos de idade;
- Intervalos menores: a critério do Médico Examinador e/ou Coordenador.

EXAME MÉDICO DEMISSIONAL

Os Exames Médicos Demissionais são realizados nas ocasiões de demissão e/ou aposentadoria por tempo de serviço (aposentadorias por invalidez exigem laudo pericial da Gerencia de Saúde e Prevenção- GSP).

O colaborador que tenha sido submetido a Exame Médico Ocupacional no período de até 135 dias anteriores à data da homologação da demissão ou aposentadoria por tempo de serviço, pode ser dispensado do Exame Médico Demissional (conforme determina a Portaria 3214/78 para atividades de grau de risco 1).

EXAME MÉDICO DE RETORNO AO TRABALHO

O Exame Médico de Retorno ao Trabalho deve ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia da volta ao trabalho do servidor ausente por período igual, ou superior, a 30 dias, por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, e parto (após a liberação pela GSP ou INSS).

EXAME MÉDICO DE MUDANÇA DE FUNÇÃO

O Exame Médico de Mudança de Função deve ser realizado antes da data da mudança quando implicar na exposição a risco diferente ao que estava exposto anteriormente.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos, ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção

de órgão ou sistema biológico, através dos exames complementares, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico coordenador ou encarregado (médico examinador):

1) Solicitar ao Departamento Pessoal do Órgão de lotação do servidor o Registro do Acidente do Trabalho, feito em ficha de Registro de Acidente de Trabalho formulário padrão;

2) Indicar, quando necessário, parecer em outras especialidades médicas em sistema de referência e contrarreferência para suporte diagnóstico e de tratamento;

3) Indicar, quando necessário, o estabelecimento do nexo causal e o afastamento do servidor da exposição ao risco, ou do trabalho;

4) Encaminhar o servidor para Perícia Médica da GSP - Gerência de Saúde e Prevenção, para avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;

5) Orientar o servidor quanto à necessidade – adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.

PROGRAMAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Os Exames Complementares são, obrigatoriamente, custeados pelo Órgão e compreendem provas laboratoriais de natureza ocupacionais necessárias para o monitoramento da exposição a agentes nocivos. Além dessas, outras provas podem ser solicitadas, a critério médico, para prevenir situações capazes de gerar agravos à saúde dos servidores.

Esta programação é definida a partir das informações contidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA relativas aos ambientes e processos de trabalho e a partir dos exames clínicos dos servidores.

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

1. Todo Exame Médico Ocupacional resulta na emissão do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO em duas vias, assim destinadas:

- Primeira via: arquivada no dossiê do servidor à disposição da fiscalização do trabalho no Departamento Pessoal; segunda via: obrigatoriamente entregue ao servidor mediante recibo na primeira via.

2. Parâmetros para Aptidão à Função

- Apto: servidor possuidor de condições de sanidade física e psíquica compatíveis com o desempenho da função proposta;
- Apto com restrição: servidor portador de alguma patologia (morbidade) que não o incapacite totalmente para sua atividade (deve obrigatoriamente constar do ASO a discriminação da restrição, incluindo o seu caráter temporário, com fixação de prazo para novo exame médico);
- Inapto: O servidor com incapacidade para o desempenho da função proposta será encaminhado ao médico coordenador para análise em conjunto com o médico examinador, quando houver.

3. Causas de Incapacidade em Exames de Saúde Ocupacional

São consideradas causas de incapacidade: enfermidades, síndromes, deformidades ou alterações, de naturezas congênitas, hereditárias ou adquiridas, capazes de comprometer a segurança e saúde do servidor, interferindo em sua eficiência e capacidade para o trabalho.

O parecer conclusivo de incapacidade depender da atividade exercida, cabendo análise do local de trabalho.

Faz-se exceção a esta regra os casos de vagas predestinadas às pessoas portadoras de deficiência, conforme determina a Lei n 8213.

As enfermidades, síndromes, deformidades ou alterações supracitadas, serão caracterizadas como causas de incapacidade, definitiva ou temporária, total ou parcial, a critério dos Médicos Coordenador e Examinador do PCMSO, considerando os respectivos prognósticos e a atividade exercida pelo servidor.

4. PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

São programas de caráter coletivos específicos para determinadas condições descritas no PCMSO ou detectados a partir do seu desenvolvimento. Podem ser úteis na prevenção e/ou monitoramento da Hipertensão Arterial, Diabetes, Obesidade, Dependência Química, Tabagismo, DST/AIDS a fim de minimizar complicações.

As atividades podem ser incluídas na Semana do Servidor público, que acontece no mês de Outubro e na Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT, promovida pela CIPA.

Com base nos fatores de risco ocupacionais identificados na elaboração do PPRA e PCMSO e nas estatísticas de licenciamentos médicos do órgão, o Médico Coordenador planeja e desenvolve atividades de educação e treinamento com foco em "como trabalhar preservando a saúde". Os temas são específicos e o conteúdo programático deve considerar os fatores de risco em questão, suas possíveis conseqüências sobre a saúde e as formas de prevenção.

5. PRIMEIROS SOCORROS

Deve ser programado, para cada unidade do Órgão, treinamento específico em Primeiros Socorros para servidores designados pela Direção.

Efetuado o treinamento, cada unidade do Órgão deve ser equipada com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida. Os materiais devem ser mantidos aos cuidados dos servidores treinados:

- 01 termômetro;
- 01 tesoura;
- 01 pacote algodão hidrófilo 50 gramas;
- 05 pacotes de gazes esterilizadas com 05 unidades cada;
- 01 esparadrapo de 4,5m x 2,5 cm;
- 05 unidades de ataduras de crepe de 10 cm;
- 01 caixa de band-aid com 10 unidades;
- 01 frasco de dermoiodine ou povidine de 20 ml;
- 02 frascos de soro fisiológico a 0,9% de 250 ml;
- 01 frasco de álcool a 70% de 500 ml;
- 01 frasco de água boricada;

- 01 conta-gotas;
- 10 copos descartáveis;
- Medicamentos a critério médico.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTES

Toda unidade hospitalar deverá estar equipada com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado, e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim.

7. PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELO SESMT APÓS SOCORRO A VÍTMA

Em caso de acidente de trabalho (incluindo de trajeto) será feita pelo SESMT do Órgão a Investigação de Acidente do Trabalho feita em formulário padrão (que ficará sob arquivo do próprio SESMT), para posterior emissão do Registro de Acidente do Trabalho pelo Departamento Pessoal;

Será encaminhada ao Departamento Pessoal cópia (fotocópia em "xerox") da Investigação de Acidente do Trabalho para emissão do Registro de Acidente do Trabalho.

8. PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELO DEPARTAMENTO PESSOAL PARA REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO.

Emissão do Registro de Acidente do Trabalho EM FORMULÁRIO PADRÃO, após envio da cópia de Investigação de Acidente do Trabalho efetuada pelo SESMT do Órgão e/ou solicitação do Médico do Trabalho Coordenador, em formulário padrão da seguinte forma:

- Em DUAS VIAS ORIGINAIS –
- UMA PARA O DEPARTAMENTO PESSOAL DO ÓRGÃO E, OUTRA PARA O ATENDIMENTO MÉDICO;
- QUATRO CÓPIAS DA ORIGINAL (fotocópia em "xerox"), sendo: UMA para GSP - Gerencia de Saúde e Prevenção,

- UMA para o CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (SUS), UMA para o Servidor (a),
- UMA para O SESMT do Órgão.

9. RELATÓRIO ANUAL

O Relatório Anual do PCMSO deve ser elaborado ao fim de 12 meses de vigência do mesmo, devendo ser definida data no Cronograma de Ações para sua apresentação e discussão junto à direção do Órgão e com a participação da CIPA.

Consta do Relatório as atividades realizadas para educação e treinamento dos servidores visando à prevenção da doença de natureza ocupacional e ainda:

- Perfil dos servidores avaliados;
- Quantitativo de servidores acidentados no trabalho ou acometidos por doença ocupacional, com e sem afastamento, com diagnóstico e identificação por setor.

10. REGISTRO E ARQUIVO DE INFORMAÇÕES

Os Atestados de Saúde Ocupacional – ASO devem ficar à disposição da fiscalização do trabalho, arquivado no local de trabalho do servidor

O Relatório Anual do PCSO, assim que elaborado, também deve ficar à disposição da fiscalização, arquivado no Órgão.

Todos os dados obtidos nos Exames Médicos Ocupacionais, tais como resultados d avaliações clínicas e dos exames complementares, as conclusões e as condutas médicas, devem ser registrados de forma legível em prontuário individual do servidor, o qual ficará sob responsabilidade do Médico Coordenador, devendo permanecer guardado por período mínimo de 20(vinte) anos após o desligamento do servidor do órgão.

INFORMAÇÕES OBTIDAS NO INQUÉRITO PRELIMINAR DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO	
Posto de Trabalho: Departamento X	
Função: Gerente Y	
RISCOS OCUPACIONAIS RECONHECIDOS	
ERGONÔMICO	• EXEMPLO: • Acuidade Visual Prolongada; • Movimentos de Repetição (Digitação e Mouse).
ACIDENTE	NA
FÍSICO	NA
QUÍMICO	NA
BIOLÓGICO	NA
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PRODUTIVOS	
Exercem a gerência dos serviços administrativos, das operações financeiras, incluindo-se as do setor bancário. Planejam, dirigem e controlam os recursos e as atividades do Órgão ou Entidade, com o objetivo deminimizar impacto financeiro.	

- NA – Risco Ocupacional não aplicável para a função.
- Informamos que os riscos são inerentes à função dos trabalhadores, como medida de segurança recomenda-se que os mesmos façam uso de EPI's, de forma adequada e correta através de treinamentos específicos.

MEDIDAS DE CONTROLE MÉDICO EM SAÚDE OCUPACIONAL		
Exame Médico Periódico anual; Orientar o trabalhador quanto à diversificação da função para evitar o desconforto.		EXAMES COMPLEMENTARES
Departamento Financeiro	EXEMPLO: Gerente Financeiro	EXEMPLO: Exames complementares a critério do médico examinador
Departamento de Obras	EXEMPLO: Técnico	EXEMPLO: Exame complementar ⇒ Audiometria

EXAME	PERIODICIDADE				
	Admissional	Seis meses após a Admissão	Semestralmente	Anual	Demissional
ASO – Atestado de Saúde Ocupacional	X	_ _ _ _	_ _ _ _	X	X
Audiometria	X	X	_ _ _ _	X	X

OBS QUANDO NECESSÁRIO: Informamos que não foram ultrapassados os limites de tolerância feitos em dosimetria de ruído durante jornada de trabalho (expressa na NR 15) para todas as funções, da xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx acreditamos ser interessante à realização de audiometria de controle para alguns cargos em decorrência de picos de ruídos contínuos que podem por alguns instantes ultrapassar os limites de tolerância naquele momento, mas não na jornada de trabalho como um todo. Essa audiometria de controle funciona para análise da sanidade auditiva do servidor por parte do Serviço de Medicina Ocupacional, e não para monitoramento e controle de perda auditiva induzida por ruído ocupacional – PAIRO, uma vez que como já referido a dosimetria de ruído não ultrapassou os limites de tolerância.

PCMSO - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL													
CRONOGRAMA	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	STATUS
Atividade: Exames Médicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Manter os exames médicos atualizados, cumprindo a tabela de periodicidade.	❖ Processo realizado no decorrer do ano												
Atividade: Palestra sobre Tabagismo		X				X		X		X		X	
Atividade: Primeiros Socorros		X		X		X		X		X		X	
Todo Órgão deverá estar equipado com material necessário à prestação de													

primeiros socorros, considerando – se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado, e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim. Conforme item 7.5 da Norma Regulamentadora 07.
TREINAMENTOS
Abordagem:
⇒ Primeiros Socorros

7.7.5.3 Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT.

1. Objetivo:

Este laudo objetiva avaliar as atividades exercidas pelo trabalhador no exercício de suas funções e/ou atividades, determinando se o mesmo esteve exposto a agentes nocivos, com potencialidade de causar danos à saúde ou a sua integridade física, em conformidade com os parâmetros estabelecidos na legislação vigente. A caracterização da exposição foi realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos na legislação trabalhista vigente (Normas Regulamentadoras – NR, da Portaria n. 3.214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego), tendo sido realizada inspeção nos locais de trabalho do empregado e considerados os dados constantes nos diversos documentos apresentados pela empresa. Deve manter-se atualizado, anualmente ou nos casos de alteração do ambiente de trabalho ou da exposição de agentes nocivos ao trabalhador.

2. Identificação do local periciado:

O ambiente de trabalho onde o Auxiliar X desenvolve suas atividades é o do setor Y

3. Descrição do ambiente de trabalho:

O ambiente de trabalho onde o Auxiliar X desenvolve suas atividades é Situado no segundo andar com acesso através de escada em granito com fita antiderrapante e corrimão e viga em alvenaria com altura irregular não sinalizada. Piso em cerâmica, teto em gesso, paredes em alvenaria rebocadas e pintadas, ventilação e iluminação natural e artificial

4. Descrição das atividades do trabalhador:

Os trabalhos de Auxiliar X consistem em Executar atividades de cortes de fragmentos, descrição de peças cirúrgicas e biópsias dos pacientes, manusear reagentes químicos e fazer necropsias de fetos.

5. Análise Qualitativa e possíveis riscos ocupacionais:

5.1 FÍSICOS:

5.2 QUÍMICOS: Álcool absoluto, Formol (10%).

5.3 BIOLÓGICOS: Microorganismos

5.4 ERGONÔMICOS: Postural.

5.5 DE ACIDENTES: Cortes e Ferimentos, Quedas e Fraturas.

6. Tempo de exposição aos riscos:

Exposição aos riscos Químicos, Biológicos, Ergonômicos e de Acidentes de modo permanente.

7. Equipamentos de proteção individual:

7.1 A empresa fornece:

- Luva de Látex (CA 14480)
- Máscara Descartável (CA 10814)
- Óculos de Segurança (CA 10377)
- Protetor Facial (CA 15019)
- Touca Descarpak
- Avental Impermeável (CA 13944)

8 . Equipamentos de proteção coletiva:

Não há EPCs.

9 . Metodologia de Avaliação Ambiental:

9.1.Avaliação quantitativa realizada no local de trabalho.

9.2.MEDIÇÕES RUIDO POSTO I: 56.6 dB

9.3.POSTO II: 80.4 Db

9.4.LUMINOSIDADE POSTO I: 524 LUX

9.5.POSTO II: 1542 LUX

10. Métodos, Técnicas, Instrumentos e Aparelhos utilizados:

Os instrumentos utilizados para a avaliação quantitativa foram: luxímetro digital, modelo: LD 200, decibelímetro digital, com data de última verificação em 02/11/07.

11. Conclusão:

De acordo com a Norma Regulamentadora n 15 e seus anexos, da Portaria 3.214/78 e Lei 6.514/77 as atividades são consideradas insalubres quando o trabalhador estiver exposto aos agentes nocivos à saúde e a integridade física de modo habitual e permanente. Como podemos observar a atividade de Auxiliar X está exposto aos riscos físicos, químicos ou biológicos, de modo habitual e permanente caracterizando os fatores que justificam ao adicional de INSALUBRIDADE. Ficando assim com o direito de receber o adicional de INSALUBRIDADE, Na proporção de 20% sobre o salário mínimo vigente.

Diante da inspeção realizada no local de trabalho, verificou-se que de acordo com a NR-16, anexo 2, da Portaria no. 3.214/78, o Auxiliar X não fica exposto ao risco de explosão, não caracterizando assim os fatores que justificam o adicional de PERICULOSIDADE.

De acordo com a convenção coletiva firmada entre o Sindicato dos laboratórios e Bancos de Sangue do Estado de Goiás – SINDILABS, e o Sindicato dos Trabalhadores em Serviços de Saúde da Rede Privada do Município de GOIÂNIA e Cidades Circunvizinhas – Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, a atividade de Auxiliar X caracteriza os fatores que justificam o adicional de INSALUBRIDADE, na proporção de 20 % sobre o salário mínimo vigente.

Obs.: Acompanhou realização da perícia –

Data da realização da perícia XX/XX/XXXX

7.7.5.4 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e demais planos relacionados a segurança do trabalhador

1. OBJETIVOS

A norma Regulamentadora – NR-9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do programa de prevenção de riscos ambientais que tem como objetivo à preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores, fornecendo parâmetros legais e técnicos, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequentemente o

controle da ocorrência dos Riscos Ocupacionais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho.

O Programa não se resume apenas em atender as exigências da Legislação, como também visa apresentar sugestões e recomendações técnicas adequadas à sua realidade, tornando o ambiente laboral mais saudável, prevenindo os acidentes do trabalho e as doenças profissionais ocupacionais, evitando perdas, gerando bem estar e influindo positivamente na melhoria da qualidade e da produtividade.

Para tanto, deverá ser colocado em prática um Programa de Segurança e Saúde qu obedecerá as Normas de Segurança, atendendo as NRs e a legislação especifica do Estado de Goiás. Definindo atribuições, responsabilidades e autoridade ao pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influem na Segurança e que intervêm no processo produtivo; determinar as medidas de proteção e prevenção; definir as medidas de proteção a implementar em função do risco; fazer a previsão dos riscos que derivam do processo de execução dos serviços.

O PPRA é documento fundamental para elaboração do PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, previsto na NR -7.

2 . ASPECTOS GERAIS

O Hospital, objetivando a manutenção das condições de Segurança no Trabalho a que estão sujeitos seus funcionários e tendo como base à análise de todos os setores, quantificando, registrando e determinando um cronograma de correção, específico por riscos ou agente detectados, vem apresentar o seu PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS, nos termos previstos na Portaria n 3214 de 08 de junho de 1978 – (NR-9).

O Programa é de fundamental importância, considerando a preocupação do Órgão no controle eeliminação dos riscos oriundos das atividades laborais relacionadas com o objetivo de sua atividade principal.

Fica como responsabilidade do órgão a fornecer todos os meios e recursos para que todas as atividades sejam executadas com o máximo de segurança.

Cabendo ao corpo gerencial proporcionar aos servidores a locação de meios e recursos necessários para este fim, informando aos trabalhadores os riscos existentes em seu

ambiente de trabalho, os métodos de controle e prevenção dos mesmos, exigir o cumprimento das metas estabelecidas neste programa, e assegurar a liberdade individual do servidor para interromper a atividade caso ocorra indícios de risco grave e eminente.

E fica a cargo do servidor seguir as orientações recebidas nos treinamentos propostos por este, informando ao seu superior de imediato a ocorrência que ao seu julgamento e experiência implique em risco a sua saúde e/ou de companheiros, colaborar e participar da implantação e execução do PPRA.

O programa, depois de seu primeiro ciclo, será reavaliado **bi anualmente** ou a intervalo menor, se necessário, sendo suas diretrizes corrigidas de acordo com a necessidade de melhoria das condições de trabalho.

O PPRA estará disponível para as autoridades competentes, trabalhadores interessados ou seus representantes

3. RESPONSABILIDADES

3.1.Do Empregador:

- Estabelecer, implementar e assegurar o cumprimento do PPRA.
- Oferecer um ambiente de trabalho que garantam perfeita segurança e conforto aos que nela trabalham.
- Somente permitir que profissional qualificado possa instalar, operar, inspecionar ou reparar instalações elétricas, máquinas/equipamentos e transporte de cargas.
- Fornecimento gratuito de EPI's do tipo adequado à atividade do servidor e que tenha certificado de aprovação (C. A), quando as medidas coletivas não fornecerem proteção.
- Treinar o trabalhador sobre o uso do EPI e tornar seu uso obrigatório. Cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho.
- Facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente, acompanhados de representantes dos servidores.

- Informar aos trabalhadores os riscos profissionais que possam originar-se nos locais de trabalho e os meios para prevenir.

3.2.Diretoria e Gerência de Pessoal:

- Zelar pelo cumprimento do PPRA
- Arquivar os registros de dados relativos ao PPRA por um período mínimo de 20 anos Disponibilizar o registro de dados aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para autoridades competentes.

3.3.Colaborador

- Colaborar e participar na implantação e execução do PPRA;
- Seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA;
- Informar ao seu superior hierárquico direto, ocorrências que possam implicar riscos à saúde dos Trabalhadores.
- Colaborar com o órgão na aplicação das ordens de serviço expedidas pelo empregador;
- Zelar pelo EPI fornecido pelo órgão e usá-lo apenas para a finalidade a que se destina e comunicar qualquer alteração que o torne impróprio para uso;
- Submeter-se aos exames médicos previstos nas normas regulamentadora

4 ANALISE DOS RISCOS

É Análise das condições de trabalho por seção ou setor, visando identificar os riscos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes) potenciais e sugerir medidas de proteção para sua redução ou eliminação.

4.1.Riscos Físicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes físicos: temperaturas extremas, umidade, ruído, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, pressões anormais, infra-som e ultra-som.

4.2.Riscos Químicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes químicos: substâncias e/ou compostos ou produtos químicos em geral que possam penetrar no organismo pelas vias respiratórias, tais como poeiras, nevoas, fumos, neblinas, gases e vapores.

4.3.Riscos Biológicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes biológicos: bactérias, fungos, bacilos parasitas, protozoários, vírus, entre outros microorganismos.

4.4.Riscos Ergonômicos

São os riscos ligados a execução e a organização de todos os tipos de tarefas desempenhadas pelo homem.

4.5.Riscos de acidentes

São situações que fogem do controle dos membros do órgão, mas que podem ter seus efeitos minimizados mediante atitudes previstas, indicadas e divulgadas por este programa, como acidente com eletricidade, manuseio de Ferramentas e Equipamentos, escorregão e outros.

4.6.Avaliação quantitativa

Dimensionar a exposição dos trabalhadores a riscos mensuráveis. É feita pelos equipamentos

- DECIBELÍMETRO: Equipamento utilizado para coleta instantânea de ruídos, não servindo de base confiável, uma vez que não emite material impresso, podendo desta forma ter seus dados alterados.

- AUDIODOSÍMETRO: Equipamento utilizado para execução de Laudo de Ruído, emitindo laudo impresso do período avaliado, configurando assim instrumento confiável para acompanhamento da jornada de trabalho. Conforme observado na NR-15, anexo n 1 e n° 2.

- LUXÍMETRO: Equipamento utilizado para verificação da luminância nos ambiente, observando os limites estipulados de conforto lumínico conforme observados na NR-15, anexo.

- TERMÔMETRO DE GLOBO: Equipamento utilizado para verificação de temperatura nos ambiente desejados, observando os limites estipulados de conforto lumínico conforme observados na NR-15.

SIGLAS:

PPRA – Programa de Prevenção de riscos Ambientais.

PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho SESMT – Serviço Especializado Segurança Medicina do Trabalho CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

CIPATR – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

PPP – Perfil Profissiográfico previdenciário LTCAT – Laudo Técnico de condições Ambientais CNAE – Código Nacional de Atividade Econômica.

dB (A) – Unidade de Ruído, Nível de Pressão Sonora.

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual. EPC's – Equipamentos de Proteção Coletiva. LER – Lesões por Esforços Repetitivos.

DORT – Doenças Osteomuscular Relacionada ao Trabalho.

LUX – Unidade de Iluminamento.

IML – Índice Médio de Iluminamento.

MTB – Ministério do Trabalho.

DRT – Delegacia Regional do Trabalho INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia. NBR – Norma Brasileira Registrada.

NR – Normas Regulamentadoras

NRR – Normas Regulamentadoras Rurais.

SEPATR – Serviço Especializado de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

CAMPAT – Campanha Nacional de prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

ORIENTAÇÕES GERAIS (CONSIDERAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE CONTROLE)

4.7.Ações a serem Desenvolvidas de forma permanente:

4.7.1.Campanhas Educativas

É uma das melhores formas de promover a saúde e segurança nos ambiente de trabalho. Com a realização de treinamentos, palestras, inspeções no ambiente de trabalho, fixação de cartazes e placas com frases educativas e motivadoras a prática prevencionista.

4.7.2. Treinamentos

Todos os trabalhadores do órgão deverão receber um treinamento admissional e periódico, objetivando a garantia de sua integridade física. Os treinamentos deverão ser realizados no horário de trabalho e devem preencher, no mínimo, os seguintes quesitos:

- Forma correta de executar os serviços;
- Riscos inerentes a sua atividade nos ambientes do órgão;
- Forma correta de utilização do EPI;
- Orientações sobre normas de procedimentos de segurança no órgão;

Obs.: Colher assinatura do servidor, dando ciente sobre as orientações recebidas.

4.7.3. Palestras Educativas

- Têm como objetivo despertar e promover a motivação para segurança e a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho. Segue sugestões de temas a ser abordado:
- Técnicas de prevenção e combate a incêndios; A importância do uso de EPI's;
- Segurança e Saúde no Trabalho;

- Alcoolismo, tabagismo, DST/AIDS e outros temas relevantes.

4.7.4. Controle e Avaliação dos Resultados

O PPRA deverá ser analisado pelo responsável que o órgão indicou, deverão ser observadas nesta análise, se as recomendações apresentadas neste documento, estão sendo obedecidas e se os resultados obtidos são os desejados.

4.7.5.Mapa de Risco

Deve reunir as informações necessárias para estabelecer o diagnostico da situação d segurança e saúde do trabalho no órgão, isso também possibilita, durante a sua elaboração, a troca e divulgação de informações entre os trabalhadores, bem como estimular sua participação nas atividades de prevenção. Esse trabalho deve ser desenvolvido pelos componentes da CIPA com o apoio do SESMT.

4.7.6. Ordem de serviço

É necessário implementar as ordens de serviços sobre Segurança e Medicina do Trabalho, conscientizando os servidores das obrigações e proibições que os mesmos devam conhecer e cumprir e que são passiveis de punição pelo seu descumprimento, conforme NR-1

O Órgão deve ter uma Ordem de Serviços Geral fixada no mural e uma ordem de serviço por função com uma copia arquivada e outra entregue a cada servidor.

4.7.7.Em caso de acidente

Em casos de ocorrência de acidente de baixa gravidade, a vítima deverá ser encaminhada para o local adequado, onde possa ser atendido por profissional apto.

Em caso de acidente fatal, comunicar de imediato às autoridades competentes, ao SESMT do local e a Gerência de Saúde e Prevenção. Isolar os locais diretamente relacionados ao acidente, mantendo suas características até sua liberação pela autoridade policial competente.

4.7.8.Reunião ordinária da CIPA ou designada

Para discussão e análise de todos os acidentes com afastamento superior a 15 dias ou fatais, como as medidas de prevenção de acidentes.

4.7.9. Fichas de controle de EPI

Cabe ao empregador, manter uma ficha de fornecimento de EPI para cada servidor. Esta ficha é um documento legal e comprovante do órgão pelo fornecimento dos EPI's aos trabalhadores, portanto, qualquer servidor que seja transferido para outro estabelecimento ou obra, deve ser acompanhado pôr esta ficha. Caso o servidor seja dispensado ou peça demissão, é importante que esta ficha fique arquivada na sua pasta de documentos. Na ficha deve conter: nome do servidor, função, EPI fornecido, data da retirada, data da entrega, assinatura do servidor e assinatura do responsável pela entrega.

4.7.10. Utilização do EPI – Equipamento de Proteção individual

Quando as medidas coletivas não forem suficientes ou não estiverem implantadas, recorre-se ao uso da proteção individual - EPI.

Para correta utilização do EPI, deverá ser adotado os seguintes procedimentos:

- Seleção Técnica do EPI;
- Adequação aos riscos e as atividades exercidas pelos trabalhadores;
- Verificação do conforto oferecido através de avaliação feita pelos trabalhadores;
- Validade do CA e N de identificação;
- Especificação Técnica do Fabricante;
- Registro de entrega;
- Reposição conforme uso com devolução;
- Treinamento sobre a correta utilização;
- Limitações de proteção que o EPI oferece;
- Estabelecimento de Normas ou procedimentos quanto ao fornecimento, uso, guarda, higienização, conservação, manutenção e reposição, visando manter a proteção originalmente estabelecida.

4.7.11.Estojo de primeiros Socorros

O órgão deverá estar equipado de estojo de primeiros socorros e quando possível ter profissional treinado.

Obs.: O empregador deverá garantir que a ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providência.

As orientações aos servidores deverão ser feitas por documentos escritos e assinados pelo servidor ou através de sinalizações fixadas em locais próprios.

4.7.12. Risco Ambiental

A existência ou não de riscos ambientais em níveis ou concentrações que prejudiquem a saúde ou a integridade física do trabalhador, será comprovada mediante a apresentação dos relatórios: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção (PCMT), Programa de Controle Médico de saúde Ocupacional (PCMSO), LTCAT, e PPP.

- PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)

É obrigatoriedade por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como servidores, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

De conformidade com a Norma Regulamentadora NR-7, é obrigação de todo Órgão elaboração e Implementação do PCMSO.

- PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário)

O PPP é um documento histórico-laboral individual do trabalhador foi instituído através do Anexo XV da instrução Normativa do INSS n. 078/02. Será exigido dos Órgãos que possuem trabalhadores expostos a agentes nocivos prejudiciais à saúde e que são candidatos à aposentadoria especial concebida após 15, 20 ou 25 anos de trabalho.

- LTCAT

É um laudo técnico de condições Ambientais do Trabalho que deve ser expedido por engenheiro de segurança do trabalho e médico do trabalho. É um documento que retrata as condições do ambiente de trabalho de acordo com as avaliações dos riscos, concluindo sobre a caracterização da atividade como especial. É um dos documentos que integram as ações do PPRA exigido pela legislação previdenciária.

Consistem na aplicação de técnicas de amostragens para a realização de avaliações quantitativas de agentes físicos e químicos presentes no ambiente de trabalho através de medições das concentrações dos contaminantes (substâncias e compostos químicos) ou das intensidades dos agentes físicos (ruído, vibrações, calor, etc) e posterior comparação com os respectivos limites de tolerância da NR 15 (L.T) ou ACGIH (American Conference of Governamental Industrial Hygienists).

O LTCAT é à base de informações para emissão do PPP quando o trabalhador está exposto a agentes nocivos.

<<Nome do Órgão>>				**Antecipação e Reconhecimento de Riscos Ambientais**			**Data:**	**Planilha n° 01**
Setor:				Ramo de Atividade:			**Grau de risco:**	
Descrição física:				N. de servidores do setor:			Turno de Trabalho:	**Jornada de trabalho**
				Masculino:	Feminino:	Menor:		
N° de servidores nafunção:				**Descrição das atividades da função:**				
Função	Risco Ambiental	Agentes	Fonte Geradora	Frequência de exposição	Tipos de Exposição	Possíveis Danos à Saúde	**Proposta e ou Medidas de Controle já Existente**	
	Físico							
	Químico							
	Biológico							
	Ergonômico							
	Acidente							

7.8 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT

7.8.1 Proposta de Constituição

7.8.1.1 DA FINALIDADE

O SESMT – com finalidade de planejar, implantar e gerenciar programas de ações preventivas nos serviços de Segurança e Medicina do trabalho

7.8.1.2 MEMBROS

O SESMT será composto e estruturado com base na legislação vigente, e seus integrantes deverão ser empregados, profissionais habilitados em seus respectivos Conselhos de Classe ou junto ao Ministério do Trabalho e Emprego.

O SESMT será composto por 01 (um) Engenheiro de Segurança do Trabalho, 01 (um) Médico do Trabalho e 03 (três) Técnicos de Segurança do Trabalho.

7.8.2 Proposta De Regimento Interno

CAPITULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art 1º. A norma regulamentadora foi originalmente editada pela Portaria MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978, com o título "SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SSMT", regulamentando o artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme redação dada pela Lei n.º 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que alterou o Capítulo V (Da Segurança e da Medicina do Trabalho) do Título II da CLT.

Caracterizada como Norma Geral pela Portaria SIT nº 787, de 28 de novembro de 2018, a NR-4 estabelece a obrigatoriedade de contratação de profissionais da área de segurança e saúde do trabalho de acordo com o número de empregados e a natureza do risco da atividade econômica da empresa. Os profissionais integrantes do SESMT são os responsáveis pela

elaboração, planejamento e aplicação dos conhecimentos de engenharia de segurança e medicina do trabalho nos ambientes laborais, visando garantir a integridade física e a saúde dos trabalhadores.

As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

CAPITULO II

FINALIDADE

Art. 2º - o SESMT – com finalidade de planejar, implantar e gerenciar programas de ações preventivas nos serviços de Segurança e Medicina do trabalho

CAPITUO III

COMPOSIÇÃO

Art. 3º O SESMT será composto e estruturado com base na legislação vigente, e seus integrantes deverão ser empregados, profissionais habilitados em seus respectivos Conselhos de Classe ou junto ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 4º O SESMT será composto por 01 (um) Engenheiro de Segurança do Trabalho, 01 (um) Médico do Trabalho e 03 (três) Técnicos de Segurança do Trabalho.

Parágrafo único. A equipe do SESMT deverá se dedicar aos serviços relativos à Segurança e Medicina do Trabalho, sendo que os Técnicos de Segurança do Trabalho, em tempo integral, e o Médico e o Engenheiro do Trabalho, em tempo parcial, de no mínimo 3 (três) horas diárias.

Art. 5º A equipe do SESMT terá lotação na sede do HOSPITAL, com atuação no âmbito territorial de todo o consórcio, atuando nos Programas de Segurança e Saúde Ocupacional e também executando a avaliação dos adicionais de riscos ocupacionais.

CAPITULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Todos os profissionais que compõem a equipe do SESMT terão atribuições:

I. Aplicar conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e as todas os seus componentes, inclusive maquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;

II. Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para eliminação do risc e se este persistir memo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de equipamentos de proteção individual –SPI de acordo com o que determina a norma regulamentadora nº6, do Ministério de trabalho e emprego – MTE, e ou alterações posterior desde que a concentração a intensidade ou característica do agente assim exija;

III. participar nas alterações de processos de trabalho e em projetos de modificação e implantação de instalações físicas e tecnológicas do HOSPITAL;

IV. responsabilizar-se, tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas Normas Regulamentadoras do Ministério de Trabalho e Emprego - MTEM - e legislação vigente, aplicáveis às atividades executadas pelo consórcio;

V. manter permanente relacionamento com a Comissão de Prevenção de Acidentes do Município, valendo-se de suas observações, além de apoiá la, treiná-la e atendê-la em suas necessidades;

VI. - promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos servidores e gestores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenç ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

VII. analisar e registrar em documentos específicos todos os acidentes ocorridos e todos os casos de doença

VIII. condições de acesso aos registros, respeitando o sigilo do prontuário do servidor;

IX. participar de eventos como reuniões, seminários e congressos, apresentando e assistindo trabalhos com dados estatísticos, problemas e suas soluções, adquirindo e transmitindo conhecimento técnico na área de medicina e segurança do trabalho;

Parágrafo único. As atividades dos profissionais integrantes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente de prevenção,

entretanto, não é vedada a participação em planos de contingências e o atendimento de emergência, quando se tornar necessário.

Art. 7º Cada integrante do SESMT será responsável por atividades em suas áreas técnicas de competência.

Art. 8º A equipe do SESMT dentro de suas atribuições elaborará seu plano de trabalho com base no planejamento macro de atação apresentado a seguir:

I -executar planejamento e cronograma das ações a serem desenvolvidas;

II - elaborar o cronograma das reuniões do SESMT;

III - executar e atualizar anualmente o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA;

IV - executar e atualizar anualmente. o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO;

V - executar inspeções e perícias ocupacionais com emissão de laudos para compor o Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP - dos servidores de acordo com regimento interno.

CAPITULO V

COMPETÊNCIAS

Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho: (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

a) aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali

b) determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;

c) colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";

d) responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

e) manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;

f) promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos Este texto não substitui o publicado no DOU trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

h) analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);

i) registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos nos modelos de mapas, devendo o empregador manter a documentação à disposição da inspeção do trabalho; (Alterado pela Portaria MTE n.º 2.018, de 23 de dezembro de 2014)

j) manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não inferior a 5 (cinco) anos; l) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente prevencionistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao

combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º – As disposições da NR 04 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.10º – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

7.8.3 Cronograma Anual De Atividade

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		ANO:											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual, sobre implantar e gerenciar programas de ações preventivas nos serviços de Segurança e Medicina do trabalho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Divulgação de Normas Complementares		X		X		X		X		X		X
	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos, atuação dos Programas de Segurança e Saúde Ocupacional e também executando a avaliação dos adicionais de riscos ocupacionais.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver e reforçar os sistemas comunicação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA;		X	X	X								
	Desenvolver o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO		X	X	X								
e	Informar os colaboradores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação Comunicação	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			X			X			X			X

	orientação quanto ao cumprimento do disposto nas Normas Regulamentadoras do Ministério de Trabalho e Emprego - MTEM - e legislação vigente, aplicáveis às atividades executadas		X		X		X		X		X		X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos servidores e gestores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	analisar e registrar em documentos específicos todos os acidentes ocorridos e todos os casos de doença		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	executar inspeções e perícias ocupacionais com emissão de laudos para compor o Perfil		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Profissiográfico Previdenciário - PPP - dos servidores de acordo com regimento interno.											
	Apresentação de relatórios a alta direção		X		X		X		X		X	

7.9 Comissão de Documentação Médica e Estatística

7.9.1 Proposta de Constituição

7.9.1.1 DA FINALIDADE

1.1.Serviço de Arquivo Médica e Estatística – SAME

Há uma necessidade de guardar toda e qualquer documentação produzida e relacionada às atividades do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO independente de seu conteúdo. Sendo assim, surge os arquivos que tem por finalidade a conservação e armazenamento dos documentos atestando a sua legalidade e disponibilizando para pesquisa.

Dessa forma, com a centralização desses aspectos e um único setor, o Serviço de Arquivos Médicos e Estatística – SAME torna-se a fonte relevante de informação para o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

O SAME é um serviço imprescindível para o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO . Permitindo que todo e qualquer profissional obtenha a informação que deseja dando-lhe total eficiência e atendendo com responsabilidade os pacientes que recorrem ao mesmo. Esse serviço se relaciona com os demais serviços técnicos e administrativos da unidade de saúde e colabora com os mesmos no aprimoramento de assistência prestada ao paciente.

1.2.O Prontuário Médico

O prontuário médico é formado por um conjunto de documentos que são organizados em forma de dossiê e sua finalidade é registrar informações referentes a todo processo de atendimento ao paciente nas instituições de saúde e também instrumento de pesquisa em diversas áreas do conhecimento.

Este documento serve como meio de comunicação entre vários setores das instituições de saúde e entre diferentes atores envolvidos, compondo um repositório rico de informações que vai do diagnóstico e tratamento das enfermidades até as diversas patologias, seu histórico, desenvolvimento, prescrição entre outros.

7.9.1.2 Membros

- Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
- Dois representantes do Faturamento;
- Um representante da Coordenação Multiprofissional;
- Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Planejamento;

7.9.1.3 COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares. As indicações para integrar a comissão serão submetidas à aprovação da direção e se processarão da seguinte forma:

- Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
- Dois representantes do Faturamento;
- Um representante da Coordenação Multiprofissional;

- Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Planejamento;

7.9.1.4 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês (na 2ª terça-feira do mês), local (sala de reunião), horário (10 ás 11hs).

7.9.1.5 ATAS DE REUNIÕES

As Reuniões de Comissão de Revisão de Prontuário Médico serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de Revisão de Prontuário Médico, os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHAD - HERSO .

7.9.2 Apresentação de dados quanto ao volume assistencial.

Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos

Os prontuários são fundamentais para as unidades de saúde porque são documentos em que se encontram registradas as informações sobre os pacientes, são também fontes primárias de informações para a assistência à saúde, ensino, pesquisa e elaboração de políticas de saúde, como também para avaliação da qualidade da assistência médica. O prontuário é consultado pelos diversos profissionais que direta ou indiretamente estão

envolvidos com o paciente. A consulta tanto vale para análise da evolução da doença como para fins estatísticos. As funções dos prontuários são de extrema importância para o desenvolvimento das atividades. Ao compreender a importância do mesmo e sua participação na construção do saber no campo da saúde, os prontuários tornam-se fontes ricas em informações, proporcionando aos usuários um *locus* cheio do saber especializado.

2.Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos

Avaliar é uma etapa fundamental na gestão de documentos. É neste momento em que se define a eliminação ou guarda temporária ou permanente de documentos em um arquivo, sendo que os mesmos poderão ser eliminados ou destinados a guarda permanente.

3.Prontuários Médicos Eletrônicos

Muitos são os benefícios que podemos tirar dos prontuários eletrônicos, podemos destacar: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento cientifico atualizado com consequência melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para a obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; e possível redução de custos, com otimização dos recursos.

4.Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico

Várias são as oportunidades e obstáculos para a criação do prontuário eletrônico. Este sistema vem somar e trazer soluções para a área de saúde e viabilizar a sua interação com a informação. A internet vem contribuindo para estas soluções e diminuindo as distâncias e compartilhando dados antes considerados impossíveis.

5.Estratégias de Ação

A metodologia deste trabalho no âmbito do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO será realizada em duas fases que comtemplam as intervenções básicas de revitalização de um conjunto documental.

O SAME do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , deverá ser verificado por meio de uma intervenção arquivística agregado, com o tempo, gerando assim a recuperação da informação em tempo hábil. Desta

forma podemos delinear estas ações frente a atividade voltada para a comissão de documentação médicos e estatísticos.

Abaixo a proposta de regimento interno para a comissão de documentação médica e estatística do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

7.9.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

Art.1º –A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO é de natureza técnico-científica permanente e tem por finalidade ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no hospital, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

§ 1–A comissão terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

§ 2 -A comissão é um órgão de assessoria vinculado à Superintendência, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da instituição.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art.2º – Compete à comissão:

I. Definir modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;

II. Definir modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações onde dados sobre pacientes do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO venham a ser registrados ou divulgados;

III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e definir os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário:

a) identificação do paciente em todos os impressos;
b) anamnese;
c) exame físico;
d) exames complementares, bem como seus respectivos resultados;
e) hipóteses diagnósticas;
f) diagnóstico definitivo;
g) plano terapêutico;
h) meta terapêutica;
i) tratamento efetuado;
j) registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
k) outros documentos pertinentes ao atendimento.

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

VI. Recomendar normas de arquivamento/guarda abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessárias;

VII. Definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo docente e assistencial do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , deverão ser utilizados como fonte de dados para geração de informações estatísticas do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;

VIII. Definir quais relatórios estatísticos deverão ser gerados regularmente pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

IX. Orientar o SAME como obter os dados e como realizar os cálculos estatísticos a serem utilizados;

X. Elaborar e implantar normas para a utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;

XI. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo HOSPITAL ESTADUAL D. SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;

XII. Definir quais informações deverão conter os arquivos informatizados de pacientes do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;

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

XIV. Normatizar o preenchimento das contra referências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

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

XVI. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética em Pesquisa e Comissão de Educação em Saúde do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

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

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art.3º – A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares.

Parágrafo único –A comissão poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Art. 4º – As indicações para integrar a comissão serão submetidas à aprovação da direção e se processarão da seguinte forma:

- Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
- Dois representantes do Faturamento;
- Um representante da Coordenação Multiprofissional;
- Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Planejamento;

Art.5º –Os membros da comissão terão mandatos de 2(dois) anos, a contar da publicação de portaria do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , podendo ser prorrogado por igual período.

Art.6º –O presidente, o vice presidente e o secretário da comissão serão eleitos pelos seus pares, em concordância com a Superintendência, para exercerem estas funções por um período de 2(dois) anos, permitindo-se uma recondução.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art.7º –Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da comissão e, especificamente:

I. Representar a comissão em suas relações internas e externas;
II. Presidir as reuniões;

III. Suscitar pronunciamento da comissão quanto às questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;

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

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

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

Art.8º –Aos membros incumbe:

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

II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art.9º–Ao secretário da comissão incumbe:

I. Assistir as reuniões;

II. Preparar e encaminhar o expediente;

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

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;

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

VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

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

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art.10º – A Comissão reunir-se-á, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1 O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§2 – A comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 3 –As deliberações da comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no pela direção do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

§ 4 – É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 5 –A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

§ 6 As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes.

Art.11º - A rotina das reuniões da comissão será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto interino;
II. Verificação de presença e existência de "quorum";
III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
IV. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;

V. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;

VI. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;

VII. Organização da pauta da próxima reunião;

VIII. Encerramento da reunião.

Parágrafo único–Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art.12º - Em reuniões extraordinárias, o membro que não se julgar suficientement esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir adiamento da votação.

Parágrafo Único–O prazo da votação da matéria será definido pelos membros, conforme a urgência.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.13º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da comissão, a equipe de governança do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO proporcionará a infraestrutura necessária.

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

Art.15º - Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único –No caso da saída de qualquer membro da comissão deverá haver indicação de novo membro por meio do Setor de Comissões Hospitalares do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

Art.16º - A comissão no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art.17º - Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art.18º - Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na comissão e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art.19º - Os casos omissos serão resolvidos pela comissão, em conjunto com a direção do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

Art.20º - Este regimento entrará em vigor após publicação pelo HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

7.9.4 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
		anual											
Atividade		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados aos dados estatísticos levantados pela comissão				X			X			X		
2	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas	X			X			X			X		
3	Distribuição dos itens documentais para análise por	X			X		X	X	X	X	X	X	X

	parte dos integrantes da Comissão											
4	Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas **com base nos requisitos da comissão**				**X**				**X**			**X**	
5	Apresentação de relatórios a alta direção		X		X		X		X		X		X

7.10 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

7.10.1 Proposta de Constituição

1.1.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Ética em Pesquisa Científica envolvendo Seres Humanos, é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Seus objetivos são: salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa; contribuir para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e social da comunidade; contribuir ainda para a valorizaç. do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada. Revisar todos os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição. Emitir parecer consubstanciado por escrito. Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará a disposição das autoridades sanitárias. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento. Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

1.1.1.2 MEMBROS

A comissão deverá será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

7.10.2 Da Proposta De Regimento Interno

CAPÍTULO I

NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO (CEP) é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma. Está vinculada o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito do hospital e de outras instituições que não possuam Comitê de Ética, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente consideradas, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde n 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito do hospital sem prévia avaliação e aprovação do CEP.

Art. 2º - O CEP está subordinado administrativamente a Seção de Ensino e Pesquisa do hospital (SEP) e a Diretoria Geral da Instituição.

Art. 3º - A escolha dos membros do CEP deverá estar em conformidade com a Res. CNS n 196/96, com anuência da chefia do SEP e da Diretoria Geral do hospital.

Art. 4º - Os membros do CEP deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro do CEP quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - A organização e criação do CEP, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Res. CNS n 196/96.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO

Art. 6º - O Comitê de Ética em Pesquisa do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO terá composição multiprofissional e transdiciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciênci exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

§1 A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS196/96.

§2 Podem ser convidadas pessoas de fora da Unidade, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento do CEP.

§3 Membros ad hoc poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Art. 7º - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação do CEP, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Art. 8º - O mandato dos membros do Comitê será de três anos, sendo permitida a recondução.

Art. 9º - O CEP terá um coordenador escolhido pelos seus membros através de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro do CEP, com experiência na área de pesquisa.

§1 O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

§2 O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral do hospital, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Art. 10º - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

§1 Os membros do CEP terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho do Comitê, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

§2 Os membros do CEP terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Art. 11 - Um membro do Comitê poderá ser afastado pela Coordenação do CEP nas seguintes situações:

I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada.
II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pelo Comitê sem justificativa adequada.
III. Incorrer em falta ética grave.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS DO COMITÊ

Art.12 - Ao CEP compete:

I Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida no hospital e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas.

II Manter atualizadas as normas de funcionamento.

III Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas.

IV Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos.

V Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS n 196/96.

VI Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares.

VII Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.

IX O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo.

X Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEP não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

CAPÍTULO V

DO PESQUISADOR

Art. 13 - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, conforme Res. CNS n 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;
II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;
III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e final da pesquisa;
IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando do término da

pesquisa ou sempre que solicitado pelo CEP;

V. Apresentar dados solicitados pelo CEP sempre que solicitado;
VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;
VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
VIII. Justificar perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;
IX. Comunicar ao CEP todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;
X. Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Res. CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo.
XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;
XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

CAPÍTULO VI

DAS PESQUISAS

Art. 14- Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

§1 Aspectos Legais - quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Res. CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

§2 Aspectos Morais - O CEP têm deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não-maleficiência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

§3 Aspectos Éticos - nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizadas como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por quatro diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvimento de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça.

II. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/benefício tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos ou pessoas.

III. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia.

IV. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa,

pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa.

CAPÍTULO VII

FLUXO ADMINISTRATIVO DO PESQUISADOR

Art.15 - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo ao Comitê, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada.
II. Autorização do responsável pelo Serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto.
III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada
IV. Projeto de Pesquisa em Português
V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa)
VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa)
VII. Curriculum dos pesquisadores
VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos)
IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)
X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)
XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas hospitalares, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

CAPÍTULO VIII

DO COMITÊ

Art. 16 - Compete ao Comitê:

I. O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96;
II. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;
III. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;
IV. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;
V. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
VI. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;

I. O CEP deverá encaminhar semestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Art. 17 – O Comitê utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

I. Aprovado: quando o documento obedecer às normas vigentes:
II. Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP/MS, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pelo CEP;
III. Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co- responsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;
IV. Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de s tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;
V. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;
VI. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias.

VIII. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solícita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em

IX. 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;

X. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

XI. Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS/MS;

XII. Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO IX

REUNIÕES

Art. 18 - O CEP reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; e extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

§1 Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

§2 O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

§3 Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência.

Art. 19 - Qualquer membro do CEP quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20 - Estando o CEP devidamente estruturado conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS/MS, todas e quaisquer sugestões e/ou alterações quanto ao seu funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Art. 21 - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros do CEP.

Art. 22 - A CEPC se reunirá na segunda semana de cada mês, em sessão ordinária ou em caráter extraordinário, quando convocado pelo Coordenador ou pela maioria de seus membros.

Art. 23 - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigida pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Art. 24 - As reuniões se darão da seguinte forma:

I. verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;
II. verificação de presença dos membros titulares e existência de "quorum";
III. votação e assinatura da Ata da reunião anterior;
IV. comunicações breves e franqueamento da palavra;
V. leitura e despacho do expediente;
VI. ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VII. organização da pauta da próxima reunião;
VIII. distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;
IX. encerramento da sessão.

Art. 25 - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e especificamente:

I. representar a comissão em suas relações internas e externas;
II. instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias;

III. promover a convocação das reuniões;
IV. indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;
V. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Art. 26 - Aos membros do CEPC compete:

I. estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;
II. comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
III. requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;
V. desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;
VI. apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir pareceres ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Art. 27 - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

I. Receber os projetos da secretaria e realizar a pré- análise dos mesmos;
II. Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas c) setoriais realizadas semanalmente;
III. Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPC e das pendências emitidas pelos relatores;

IV. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;

V. Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa e difundir os Princípios, as normas e as legislações vigentes;

VI. Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPC.

Art. 28 - Aos secretários da CEPC compete:

I. assistir às reuniões;

II. encaminhar o expediente;

III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP;

IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPC;

VII. providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VIII. distribuir aos membros da CEPC a pauta das reuniões.

7.10.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Desenvolver atividades de	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	pesquisa											
6	Elaboração de Programas de Residências e Estágios					X					X		
7	Verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Verificação de presença dos membros titulares e existência de "quorum";	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Votação e assinatura da Ata da reunião anterior;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Comunicações breves e flanqueamento da palavra;												
11	Avaliar e estabelecer parcerias com instituições e órgãos de pesquisa.												
12	Leitura e despacho do expediente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Organização da pauta da próxima reunião;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Encerramento da sessão.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

22	Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	O CEP deverá encaminhar semestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital						X						X

7.11 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)

7.11.1 Proposta de Constituição

7.11.1.1 Finalidade

Atuar na execução, inspeção e avaliação permanente em todas as etapas de boas práticas que devem ser observadas para a aplicação da Terapia Nutricional Enteral, nos distúrbios nutricionais (agudos e crônicos) associados a maior morbimortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações, Acompanhar,monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.

7.11.1.2 MEMBROS

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), deverá sercomposta por 5(cinco) membros efetivos sendo: 01 Representante da Nutrição; 01 Representante da Farmácia; 01 Representante Médico; 01 Representante da Enfermagem e 01 Representante do Serviço Social.

Destes integrantes será nomeado um Coordenador da comissão, que de acordo com a RDC 63 de 6 de julho de 2000, deverá ser médico e atuar em TN (terapia nutricional).

7.11.1.3 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês meses (na 6ª terça-feira do mês), local (sala de reunião), horário (11hs ás 12hs, de acordo com cronograma anual ou de acordo com a necessidade da equipe e/ou demanda do hospital.

7.11.1.4 ATAS DE REUNIÕES

As atas das reuniões da Comissão Equipe Multidisciplinar Terapia Nutricional (EMTN) serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de Equipe Multidisciplinar Terapia Nutricional (EMTN), os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

7.11.2 Proposta de Regimento Interno

COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CAPÍTULO I

DA NATUREZA/OBJETIVO

Art. 1ºA Equipe Multidisciplinar de Suporte à Terapia Nutricional (EMSTN) tem por objetivo atuar na execução, inspeção e avaliação permanente em todas as etapas de boas práticas que devem ser observadas para a aplicação da Terapia Nutricional Enteral, nos distúrbios nutricionais (agudos e crônicos) associados a maior morbimortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações, Acompanhar,monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.

CAPITULO II

AÇÃO DA COMISSÃO

Art. 2º a ação da comissão resultará em indicadores para avaliar e gerenciar quanto à qualidade da terapia nutricional os seguintes integrantes:

- 01 Representante da Nutrição;
- 01 Representante da Farmácia;
- 01 Representante Médico;
- 01 Representante da Enfermagem;
- 01 Representante do Serviço Social.

Art. 3º Destes integrantes será nomeado um Coordenador da comissão, que de acordo com a RDC 63 de 6 de julho de 2000, deverá ser médico e atuar em TN (terapia nutricional).

Art.4º Os membros desta comissão poderão ser substituídos em qualquer tempo, mediante justificativa escrita.

Art.5º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

CAPITULO III

NOMEAÇÃO/ PERÍODO DE GESTÃO

Art. 6º A Comissão será nomeada pelo Diretor Técnico Médico em ata de nomeação e o período de Gestão desta será de 2 anos.

CAPITULO IV

COMPETÊNCIA

Art.7º Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;

Art.8º Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados ao serviço da EMSTN.

Art.9º Atender as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;

Art.10º Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de estudos dirigidos, devidamente registrados;

Art.11º Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;

Art.12º Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

CAPITULO V

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Art.13º A Comissão se reunirá mensalmente de acordo com cronograma anual ou de acordo com a necessidade da equipe e/ou demanda do hospital.

Art.14º As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros.

Art.15º Em casos de excepcionalidade as reuniões poderão ser convocadas em caráter extraordinário por meio da solicitação ou por pedido de qualquer membro da comissão.

Art.16º. As reuniões serão realizadas com a presença da metade mais um dos membros da EMTN.

Art.17º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

CAPITULO VI

ATRIBUIÇÕES

Art.18º São atribuições do farmacêutico

I. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente;

II. Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas ou operacionais, não forem de responsabilidade do nutricionista;

III. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutrientes e nutrientes-nutrientes, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;

IV. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores;

Art.19º São atribuições do enfermeiro

I. Orientar o usuário, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN;

II. Preparar o usuário, o material e o local para o acesso enteral; quando houver;

III. Prescrever os cuidados de enfermagem na TN, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;

IV. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica; assegurar a manutenção da via de administração; receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração; proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração;

V. Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE da RDC/Anvisa n. 63 de 6/7/2000 as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição;

VI. Assegurar a infusão do volume prescrito da NE, através do controle rigoroso do gotejamento, de preferência com o uso de bomba de infusão;

VII. Detectar, registrar e comunicar à EMSTN e/ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;

VIII. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto aos sinais vitais, tolerância do volume proposto, diarreia e outros que se fizerem necessários;

IX. Garantir a troca da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos;

X. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;

XI. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionados à TN, visando à segurança do paciente;

XII. Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN;

XIII. Assegurar que qualquer outra droga e/ou nutrientes prescritos sejam administrados no mesmo envase da NE, conforme procedimentos pré-estabelecidos;

XIV. Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

XV. Fazer balanço hídrico do paciente em TN diariamente e informar a EMSTN;

XVI. Art. 20º São atribuições do nutricionista

XVII. Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

XVIII. Elaborar a prescrição dietética com bases nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;

XIX. Acompanhar a evolução nutricional do usuário em terapia de NE, independente do dispositivo de infusão, até a alta nutricional estabelecida pela EMSTN;

XX. Adequar a prescrição em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentada pelo usuário;

XXI. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do usuário;

XXII. Orientar o usuário, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar;

XXIII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.

Art. 21º São atribuições do médico

I. Indicar e prescrever a TN;

II. Estabelecer a via de acesso da NE;

III. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a NE e estabelecer a melhor via;

IV. Orientar os pacientes e familiares ou o responsável legal quanto aos riscos e benefícios dos procedimentos de cateterização venosa e/ou entérica;

V. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procediment garantir o registro da evolução e dos procedimentos médicos.

Art. 22º São atribuições do Assistente Social

I. Encaminhar providências, e prestar orientação social ao usuário/grupo familiar ou responsável.

II. Orientar usuário/ familiares e responsável em relação aos recursos disponíveis para requerimento da dieta nutricional estabelecida pela EMSTN.

III. Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços junto a órgão da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

IV. Registrar evolução em sistema e prontuário, com via impressa, assinada e carimbada.

Art. 23º São atribuições do Presidente

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão junto a Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;

IV. Fazer cumprir o Regimento.

Art. 24º São atribuições da secretária

I. Elaborar e divulgar cronograma de reuniões da comissão;

II. Lavrar as atas de reuniões;

III. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;

IV. Organizar e manter o arquivo da comissão;

V. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

CAPITULO VII

INDICADORES

Art. 25º Frequência de remoção involuntária de sonda de dieta enteral:

Fórmula: N de sondas obstruídas em pacientes em TNE X 100.

Nº total de pacientes/dia em TNE

CAPITULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 26º Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com o Diretor Técnico da Instituição.

Art. 27º Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 28º Este Regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Geral da Instituição.

_____

Diretoria técnica da unidade

7.11.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Estratégias de Desenvolvimento	Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Promover ações educativas com os profissionais de saúde da instituição		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

	pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados ao serviço da EMSTN.												
	Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Atender as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	reabilitação nutricional pré-estabelecidos;												
	Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.12 Comissão de Proteção Radiológica

7.12.1 Proposta de Constituição

7.12.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Proteção Radiológica tem por finalidade promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes, avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos.

7.12.1.2 MEMBROS

A Comissão de Proteção Radiológica deverá ser formada por equipe multidisciplinar e constituída por membros representados e nomeados pelas seguintes áreas (01) Médico, (01 Enfermeiro(a), (01) representante da Diretoria Administrativa; (01) representante da Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT; (01) representante da Supervisão da Imaginologia

7.12.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1º - A Comissão de Proteção Radiológica do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO será instituída / constituída pela Diretoria Geral da unidade de saúde tendo seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo.

Art. 2º - A Comissão de Proteção Radiológica, constituída por tempo indeterminado, possuirá sede na sala de Comissões Técnicas deste hospital, onde manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 3º - A Comissão de Proteção Radiológica tem por finalidade promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes, avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos. Portanto, um ponto fundamental é a implantação de um plano de aprimoramento das práticas radiológicas, seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS

Art. 4º - Acompanhar a execução de PPR – Plano de Proteção Radiológica desto hospital, conduzindo de forma rotineira e aplicável as seguintes atividades:

I Controle de trabalhadores ocupacionalmente expostos;

II Controle de áreas;

III Controle do meio ambiente e da população;

IV Controle de rejeitos;

V Controle de equipamentos;

VI Treinamento de trabalhadores ocupacionalmente expostos;

VII Registro de dados e preparação de relatórios.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º - A Comissão de Proteção Radiológica deverá ser formada por equipe multidisciplinar e constituída por membros representados e nomeados pelas seguintes áreas:

I Diretor Técnico;

II Coordenação de Enfermagem;

III Diretoria Administrativa;

IV Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT;

V Supervisão da Imaginologia

Art. 6º - O Coordenador da Comissão Proteção Radiológica preferencialmente, deverá ter amplo conhecimento do assunto.

Art. 7º - Para realização dos trabalhos os membros serão disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

CAPITULO V

DO MANDATO

Art. 8º - O mandato deverá ser de 24 (meses) meses, podendo ser permitida reconduções a critério da administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

CAPITULO VI

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º - As reuniões da Comissão de Proteção Radiológica serão bimestrais, devendo a ordem do dia ser comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis.

Art. 10º - Na ausência do Coordenador, o(a) Secretário(a) nomeado deverá realizar a reunião dando andamento aos trabalhos empreendidos;

Art. 11º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto e prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12º - As reuniões da Comissão serão registradas em Ata, e as ações serão encaminhadas para as Diretorias do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO para conhecimento e providências.

Art. 13º - O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica, deverá observar:

I. Verificação da presença e existência de "quorum";
II. Assinatura da ata da reunião anterior;
III. Leitura e despacho do expediente;
IV. Ordem do dia, compreendendo a leitura, discussão e votação (se houver);
V. Organização da pauta da próxima reunião.
VI. Elaboração de atas das reuniões.

Art. 14º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 15º - As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e/ou e-mail para o Setor de Comissões Técnicas do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , para apreciação junto ao coordenador, sendo que 03 (três) ausências consecutivas ou 06 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano, não justificadas, poderão ocasionar desligamento e substituição do membro faltoso.

CAPITULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16º - Compete a Comissão de Proteção Radiológica:

I Normalizar as rotinas de exames em áreas controladas e não controladas.

II Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação de equipamentos emissores de radiação ionizante.

III Monitorar do uso correto de EPI.

IV Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das normas e legislações vigentes.

V Realizar visitas técnicas na Empresa Terceirizada e fazer cumprir as normas vigentes e contrato firmado.

Art. 17 º- São atribuições do Coordenador da Comissão:

I Convocar e presidir as reuniões;

II Representar a comissão junto à administração do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , ou indicar seu representante;

III Nas faltas e impedimentos legais do coordenador, o secretário assumirá e dará prosseguimento às atividades;

IV Fazer cumprir o Regimento.

Art. 18º - São atribuições do Secretário da Comissão:

I. Substituir e/ou representar o Coordenador em suas faltas e/ou impedimentos;

II. Auxiliar o Coordenador no desenvolvimento de suas atividades.

III. Organizar a ordem do dia;

IV. Receber e protocolar os processos e expedientes;

V. Lavrar as Atas das reuniões;

VI. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Coordenador;

VII. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VIII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador relacionadas ao serviço desta Comissão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19º - A Comissão de Proteção Radiológica deverá manter estreita relação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem e Comissão de Gerenciamento de Riscos deste hospital, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 20º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Coordenador desta Comissão, pela Diretoria Geral/INSTITUTO CEM;

Art. 21º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros, bem como à Diretoria Geral/ do hospital e Instituto CEM.

Art. 22º - O presente Regimento Interno será aprovado pelo Instituto CEM, e entra em vigor a partir da data da sua publicação.

7.12.3 Cronograma De Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	avaliar e definir como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Normalizar as rotinas de exames em áreas controladas e não controladas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Realizar visitas técnicas na Empresa Terceirizada e fazer cumprir as normas vigentes e contrato firmado		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implantação de um plano de aprimoramento das práticas radiológicas, seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.13 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

7.13.1 Proposta de Constituição

7.13.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos e a Gerência Administrativa tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5).

7.13.1.2 MEMBROS

Direção Geral, Engenheiro, Técnico em segurança do trabalho, representantes dos serviços terceirizados, enfermagem, laboratório e demais serviços vinculados às unidades.

7.13.2 Regimento interno da Comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

Capítulo I

Das Finalidades

Art. 1.º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos e a Gerência Administrativa, tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

(PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5).

Capítulo II

Das Competências

Art. 2.º Compete à CGRSS do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO :

I - elaborar o Plano de Ação, em conjunto com a Gerência de Resíduos, para implementação do PGRSS do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;

II - acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;

III - estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV - desenvolver, juntamente com a Gerência de Resíduos, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

V - avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;

VI - colaborar com a Gerência de Resíduos, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII - trabalhar em conjunto com a Gerência de Resíduos a atualização anual do PGRSS do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;

VIII - auxiliar a Gerência de Resíduos na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX - auxiliar a Gerência de Resíduos na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X - auxiliar os diversos setores do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI - estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Gerência de Resíduos;

XII - cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII - cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , o Regulamento da Gerência de Resíduos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, o PGRSS e demais normas do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

Capítulo III

Da Composição

Art. 3.º A CGRSS será nomeada em portaria pelo Superintendente do HOSPITAL para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, e composta pelos seguintes membros:

I - o gerente de resíduos, como coordenador;

II - um representante da Empresa Terceirizada de Limpeza e Conservação, indicado pela Empresa;

III - um assistente administrativo, indicado pela Hotelaria;

IV - seis integrantes, representando as diversas áreas da Instituição, indicados por suas respectivas chefias.

§ 1.º O vice-presidente e secretário da comissão serão eleitos por maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e terão mandato de dois anos, permitida a recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 2.º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a três reuniões consecutivas ou a seis alternadas em um período de um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 3.º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao presidente da comissão.

§ 4.º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo trinta dias.

§ 5.º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso este prazo expirar sem a indicação.

Capítulo IV

Das Atribuições

Art. 4.º São atribuições do presidente da CGRSS e do vice-presidente, nas ausências impedimentos legais do presidente:

- convocar reuniões ordinárias e extraordinárias; II - coordenar os trabalhos da comissão;
- votar e emitir voto de qualidade, no caso de empate;
- indicar integrantes para funções ou tarefas específicas; V - representar a CGRSS ou indicar representantes;
- supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos; VII - manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
- cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 5.º São atribuições do secretário da comissão:

- preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;
- expedir ato de convocação, conforme indicação do presidente;
- executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
- auxiliar o presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
- elaborar os atos decorrentes das deliberações da comissão;

- substituir o vice-presidente da comissão em suas ausências e impedimentos legais.

Art. 6.º Compete aos integrantes da CGRSS:

- comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de quinze dias;
- encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues ao secretário da Comissão com antecedência mínima de doze horas da reunião;
- requisitar aos demais membros da comissão informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- justificar ausência com antecedência;
- elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- propor à presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
- auxiliar na implementação do PGRSS;
- substituir o secretário da Comissão nas ausências e impedimentos legais.

Capítulo V

Do Funcionamento

Art. 7.º A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

Art. 8.º A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes e as deliberações serão tomadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes à reunião.

Parágrafo único. Para alterações neste regimento, serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes.

Art. 9. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de quarenta e oito horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1.A antecedência de quarenta e oito horas poderá ser abreviada para até vinte e quatro horas, em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2. O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos vinculados à sua apreciação.

§ 3. As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum", em segunda chamada, a serem iniciadas após 15 (quinze) minutos do horário de início previsto.

§ 4. No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades po falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 10. De cada reunião será lavrada ata que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo presidente e assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 11. Se houver quórum mínimo de integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se á a apreciação da ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a ata será considerada aprovada.

Art. 12. Na ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I- A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II- Os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III- o resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

Art. 13. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.

§ 1. O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2.Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Capítulo VI

Das Disposições Finais

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados, em grau de hierarquia, ao Setor de Hotelaria e à Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar.

Art. 15. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS,

Art. 16. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

7.13.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão			X			X			X			X
	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Eixo I – Prevenção definir estratégias de ação			X			X			X			X
5	Eixo II – desenvolver ações de Informação, Conhecimento e Inovação;		X		X		X		X		X		X
6	Eixo III – definir calendário para Sensibilização, Formação e Educação;	X					X						X
7	Eixo IV – implementar planejamento da Operacionalizaç		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	ão da Gestão;											
8	Eixo V – criar estratégias para Acompanhamento e Controle		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduos das unidades, adequado às características e necessidades, contemplando, no mínimo, ações relativas Resíduos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	contribuir para o controle de infecção em serviços de	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	saúde e acidentes ocupacionais;												
12	proteger a saúde e o meio ambiente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Definição dos Responsáveis pelo PGRSS		X		X		X		X		X		X
16	adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	operacionais, visando à prevendo e controle dos resíduos dos serviços de saúde;												
17	capacitação do quadro de profissionais e servidores da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos dos serviços de saúde;			X			X			X			
18	avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza das unidades e aprovar as medidas de controle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	propostas pela Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde - CGRSSS;												
19	elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos dos serviços de saúde;			X			X			X			X
20	elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à redução de resíduos perigosos e		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

	incidência de acidentes ocupacionais a saúde publica e meio ambiente;												
2 1	cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de profissionais e servidores e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2 2	elaborar regimento interno para a Comissão de		X	X									

	Gerenciamento dos Resíduos dos serviços de Saúde - CGRSSS;												
23	cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	criar e monitorar a normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;		X	X				X	X				X

25	Definir as ações de implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	Treinamento e implantação do PGRSS		X		X		X		X		X		X
27	Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X		X		X		X		X		X
29	Assessoramentos Diversos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
30	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
31	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital			X			X			X			X

O PGRSS só poderá ser implantado após a sua aprovação pelos órgãos responsáveis

Os resíduos a serem gerados pelo hospital em seu exercício de atividades de cuidados à saúde pertencem aos diversos grupos portanto por vislumbrar RDC N 306 de 2004, deixa claro que são aplicáveis somente os resíduos que estejam contaminados ou suspeitos de conter agentes de Classe de risco, que apresentam relevância epidemiológica e risco de disseminação, o que é o caso.

É importante esclarecer que somente alguns dos resíduos (Grupo "E") originados pelas atividades do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIRO MACHADO - HERSO , necessitarão de gerenciamento diferenciado, para evitar a geração excessiva de resíduos que, erroneamente, terão que ser processados como "potencialmente infectantes", e consequentemente, e sem necessidade, de elevar o custo destes serviços à coleta publica.

Além disso, ressalta-se a importância da nomeação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos capacitada para cuidar especificamente dos aspectos relacionados ao gerenciamento dos resíduos sólidos e educação em saúde, permitindo uma interação com os demais profissionais.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar desde a geração até o destino final. A segregação é um passo importante para ter um adequado destino final. O Instituto CEM preocupa-se com a saúde pública e a qualidade do meio ambiente, considerando os princípios da biossegurança.

Para fins de atendimento de apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO bem como a implementação das ações serão adotadas as seguintes Legislações e Normas Técnicas:

- LEI FEDERAL N 9605/98 – Dispõe sobre crimes ambientais.
- RESOLUÇÃO CONAMA N 01/86 – Estabelece definições, responsabilidade, critérios básicos, e diretrizes da avaliação do impacto ambiental, determina que aterros sanitários, processamento e destino final de resíduos tóxicos ou perigosos são passíveis de avaliação.

- RESOLUÇÃO CONAMA N 05/88 – Específica licenciamento de obras de unidade de transferências, tratamento e disposição final de resíduos sólidos de origens domésticas, públicas, industriais e de origem hospitalar.
- RESOLUÇÃO CONAMA N 05/93 – Dispõe sobre destinação dos resíduos sólidos de serviço de saúde, portos, aeroportos, terminais rodoviários e ferroviários. Onde define a responsabilidade do gerador quanto o gerenciamento dos resíduos desde a geração até a disposição final.
- RESOLUÇÃO CONAMA n 358, de 29 de abril de 2005 - Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- RESOLUÇÃO ANVISA RDC 306/04 – Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde.
- NBR 10.004/87 – Classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública.
- NBR 7.500/87 – Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de resíduos sólidos.
- NBR 12.235/92 – Armazenamento de resíduos sólidos perigosos definidos na NBR 10004 – procedimentos.
- NBR 12.807/93 – Resíduos de serviços de saúde – terminologia.
- NBR 12.808/93 – Resíduos de serviços de saúde – classificação.
- NBR 12.809/93 – Manuseio de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- NBR 12.810/93 – Coleta de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- NBR 9.190/93 – SAUos plásticos para acondicionamento de lixo – classificação.
- NBR 9.191/93 – SAUos plásticos para acondicionamento de lixo – especificação.
- NBR 9.195/93 – SAUos plásticos para acondicionamento de lixo – determinação da resistência à queda livre.

- NBR 13.055/93 – SAUos plásticos para acondicionamento de lixo – Determinação para a capacidade volumétrica.
- NBR 13.056/93 – Filmes plásticos para SAUo para acondicionamento de lixo.
- NBR 12.890/93 – Coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos

- Terminologia.

- NBR 11.175/90 – Fixa as condições exigíveis de desempenho de equipamento para incineração de resíduos sólidos perigosos.
- NBR 13.853/97 – Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes – requisitos e métodos de ensaio.
- CNEN – NE 6.05/98 – Gerência dos rejeitos radioativos.
- Código de Posturas do Município de GOIÂNIA – GO
- Lei Orgânica Municipal do Município de GOIÂNIA – GO

7.14 Comitê Transfusional

7.14.1 Proposta de Constituição

A transfusão de hemocomponentes ainda é uma terapia que envolve riscos, sendo assim, sua utilização pressupõe a existência de um Serviço de Hemoterapia (SH) de qualidade, responsável, que tenha conhecimento dos hemocomponentes que utiliza, bem como um perfeito entrosamento com os profissionais requisitantes e com os demais setores do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

A indicação da transfusão, a preparação do hemocomponente a ser usado, bem como sua administração, implicam em procedimentos de grande responsabilidade, daí a importância da existência de um Comitê Transfusional, Multidisciplinar - CTM, para orientar e integrar

estas atividades, visando a maior segurança para os pacientes, para o Serviço de Hemoterapia e para os Hospitais/ Agências Transfusionais.

7.14.1.1 FINALIDADE

O Comitê Transfusional do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no hospital. Estabelecer Serviço de Transfusão sobre a utilização de hemocomponentes pelas diversas especialidades do hospital.

Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe: Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

7.14.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES:

Art. 1° - O Comitê Transfusional do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no hospital.

Art. 2° – Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe: Art. 145. Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

CAPÍTULO II

Seção I: Composição do Colegiado:

Art. 3° - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços;

as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Art. 4° - O Coordenador Clínico escolherá os membros do Comitê Transfusional e promoverá as designações do Presidente e Vice-Presidente.

Art. 5° – O Coordenador Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Art. 6° – As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas.

Art. 7 – O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Art. 8° – Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Art. 9° – A fim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infra-estrutura necessária.

Seção II: Funcionamento:

Art. 10 – O Comitê reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Coordenador Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria seus membros.

I. O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão;
II. O Presidente terá voto de qualidade;
III. As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte;
IV. As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

Art. 11 – É facultativo ao Presidente o aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 12 – A votação será nominal.

Art. 13 – O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 14 – Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica. Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Art. 15 – A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

I. A verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
II. Verificação da presença e existência de quorum;
III. Votação e assinatura da ata da reunião anterior;
IV. Leitura e despacho do expediente;
V. Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VI. Organização da pauta da próxima reunião;
VII. Distribuição de expedientes aos relatores;
VIII. Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único: Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 16 – Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

I. O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

II. O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

III. Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Art. 17 – Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a discussões.

Art. 18 – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e su realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Art. 19 – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO III

Competências e Atribuições:

Seção I Competência do Comitê Transfusional:

Art. 20 – Compete ao Comitê:

I. Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promov ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

III. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

IV. Monitorar as reações transfusionais;

V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;
VI. Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;
VII. Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição;
VIII. Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

Seção II Atribuições

Art. 21 – Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
II. Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
V. Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;
VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;
VII. Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 22 – Aos membros do Comitê, caberá:

I. estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
III. requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 23 – Ao Secretário do Comitê caberá:

I. assistir as reuniões;

II. encaminhar e preparar o expediente do Comitê;
III. manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
IV. providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;
V. distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões;
VI. lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO IV

Disposições finais:

Art. 24 – O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 25 – O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Coordenador Clínico para aprovação.

Art. 26 – O presente regimento interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Coordenador Clínico, revogadas as disposições em contrário.

7.14.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE		Ano										
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											

	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Acompanhamento das notificações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover ações educativas com os profissionais de saúde da instituição		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Monitorar a emissão de Pareceres técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ações prevenir infrações éticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover a atualização dos conhecimentos de Enfermagem,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	por meio da educação permanente.												
	Acompanhar a qualidade do atendimento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.15 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

7.15.1 Proposta de Constituição

7.15.1.1 DA FINALIDADE

- Gerenciar a situações de risco do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;
- Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;
- Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;

- Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário;

7.15.1.2 Membros

- Médico,
- Farmacêutico
- Enfermeiro da qualidade

O NQSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. A composição do NQSP pode variar de instituição para instituição. Dado seu caráter articulador, é interessante que o NQSP tenha representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros. Cabe ressaltar, ainda, que outras instâncias existentes dentro dos serviços de saúde e relacionadas à segurança do paciente podem atuar como membros consultivos do NQSP, tais como: Núcleo de Saúde do Trabalhador; Gerência de Resíduos; Comissão de Biossegurança; Comissão de Padronização de Materiais; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal; Comitê Transfusional; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

7.15.2 Proposta de Regimento Interno

A Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, deverá investigar todas as possibilidades de ocorrência de risco, utilizando-se de ferramentas da qualidade para proporcionar segurança ao patrimônio hospital -Profissional-Cliente/Paciente.

CAPÍTULO I

Das Finalidades

Art. 1 - É objetivo desta Comissão:

I -Gerenciar a situações de risco do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

II -Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

III -Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;

IV -Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário;

CAPÍTULO II

Da Organização.

Art. 2 - A Comissão de Gerenciamento de Riscos deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Supervisão de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

I. Coordenador;
II. Farmacêutico.
III. Representante do Serviço de Higiene e Limpeza.
IV. Enfermeiro (a);
V. Representante do Serviço Administrativo;
VI. Técnico de Segurança do Trabalho:
VII. Engenheiro Clínico;

Art. 3 - A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III

Das Atribuições

Art. 4 - A Comissão de Gerenciamento de Riscos do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, compete:

I. Informar situações que necessitem de atenção especial;

II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referenciamento para

III. Avaliação Técnica estrutural do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

IV. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

V. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

VI. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;

VII. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;

VIII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;

IX. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral.

X. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

XI. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;

XII. Manifestar-sesobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;

XIII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

XIV. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

CAPÍTULO IV

Art. 5 - Funcionamento:

I. A Comissão de Gerenciamento de Risco instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

II. As reuniões da Comissão serão realizadas na sede do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

III. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

IV. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

V. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

Das Competências.

Art. 6 - É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos interno e demanda de atualizações;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados

pelo HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

VII. Divulgar via on-line as alterações realizadas no âmbito Hospitalar sempre que correrem, aos Serviços;

VIII. Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não-conformidade na entrega de materiais;

IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

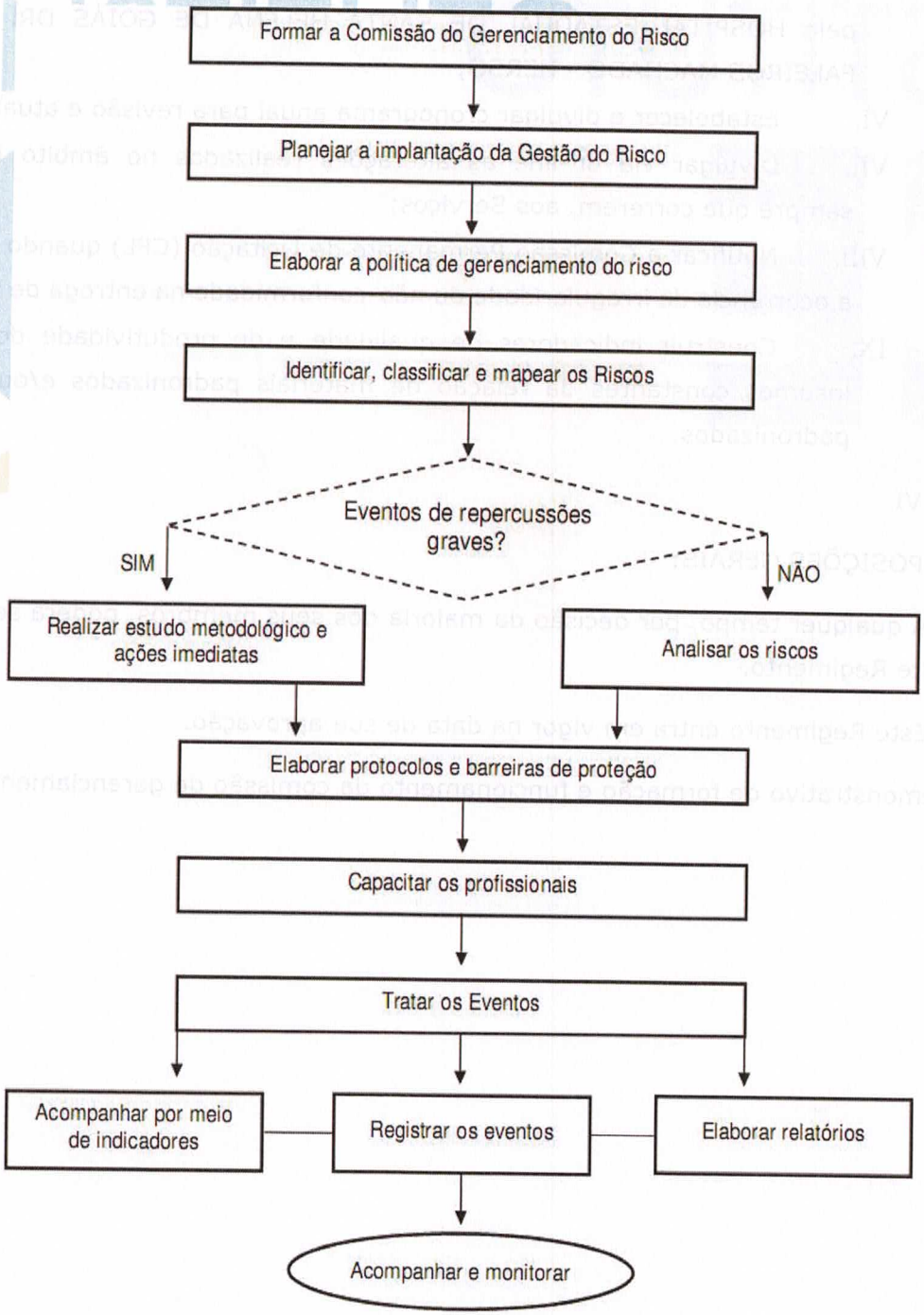
Capítulo VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 7 - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 8 - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Fluxo demonstrativo de formação e funcionamento da comissão de gerenciamento de riscos.


Formar a Comissão do Gerenciamento do Risco
Planejar a implantação da Gestão do Risco
Elaborar a política de gerenciamento do risco
Identificar, classificar e mapear os Riscos
Eventos de repercussões graves?
SIM
NÃO
Realizar estudo metodológico e ações imediatas
Analisar os riscos
Elaborar protocolos e barreiras de proteção
Capacitar os profissionais
Tratar os Eventos
Acompanhar por meio de indicadores
Registrar os eventos
Elaborar relatórios
Acompanhar e monitorar

7.15.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Elaborar o Plano de Segurança do Paciente		X	X			X	X			X	X	
6	Ações de cultura de segurança nos serviços de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Planejamento da melhoria e sustentação da Cultura de Segurança nos serviços de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde ao sistema nacional de vigilância sanitária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Informar situações que necessitem de atenção especial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e dereferenciamento para avaliação Técnica estrutural do HOSPITAL		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do HOSPITAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;		X		X		X		X		X		X
13	Promover o intercâmbio entre a Comissão de		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;												
14	Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;		X		X		X		X		X		X
15	Elaborar Relatório Anual de Atividades;												X
16	Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do HOSPITAL;			X			X			X			X
18	Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do HOSPITAL			X	X	X			X	X	X		
21	Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do HOSPITAL;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital			X			X			X			X

7.16 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

7.16.1 Proposta de Constituição

7.16.1.1 Finalidade

As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para vigilância e controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e de controle das doenças e dos agravos

7.16.1.2 Membros

O NUVE da unidade caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE);

II - Ambientes de trabalho: sala do NUVE dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

III – vinculação:

a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;

b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

c) coordenação de enfermagem;

D) diretoria técnica.

V - Cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

7.16.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS CONSIDERAÇÕES

Art.1 As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

I – Vigilância epidemiológica: vigilância e controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e de controle das doenças e dos agravos.

II – Promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde.

III – vigilância da situação de saúde: ações de monitoramento contínuo do País, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem os problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

IV – Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente qu interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e de controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

V – Vigilância da saúde do trabalhador: promoção da saúde e redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

CAPÍTULO II

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 2. Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários da unidade e às equipes internas.

Parágrafo único. O NUVE é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, subunidade diretamente ligada à Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 3. Este Regulamento atende as normas instituídas pelo MS, através da Portaria n.° 2529, de 23 de novembro de 2004 e portaria n° 2254, de 5 de agosto de 2010, que institui a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e está baseado na primeira edição da Diretriz para estruturação e funcionamento da Vigilância Epidemiológica Hospitalar da unidade

Art. 4. O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do NUVE, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 5. Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional do NUVE, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Art. 6. A Vigilância Epidemiológica em Âmbito hospitalar/ ambulatorial foi instituída como parte integrante do Subsistema de Vigilância Epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com o objetivo de detectar e investigar as doenças de notificação compulsória (DNC) e seus agravos atendidas dentro do hospital.

Art. 7. O NUVE tem como objetivos a detecção, notificação e investigação das doenças de notificação compulsória, priorizando os agravos, em estreita articulação com a Rede

Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

Art. 8. As terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) são:

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois da avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata;

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII): é um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio d propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 9. A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados em Portarias Nacional e do Estado de Goiás, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

Parágrafo único. É obrigatória a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes nas Portaria MS, n. 204 e Portaria n. 205, de fevereiro de 2016.

Art. 10. A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, bem como pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

CAPÍTULO III

CARACTERIZAÇÃO

Art. 11. O NUVE da unidade caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE);

II - Ambientes de trabalho: sala do NUVE dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

III – vinculação:

a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;

b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

c) coordenação de enfermagem;

d) diretoria técnica.

IV - Cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDADES

Art. 12. O NUVE tem por missão detectar as doenças de notificação compulsória e seus agravos atendidas no Hospital

Art. 13. O NUVE tem por visão proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Art. 14. São valores do NUVE, em consonância com os valores da unidade:

I - Preceitos ético-legais;

II - Humanização do cuidado;

III - responsabilidade;

IV - Respeito aos direitos do paciente;

V - Trabalho em equipe;

VI - Eficiência, eficácia e efetividade;

VII - cooperação e integração;

VIII - padronização de condutas;

IX - Educação permanente.

Art. 15. O NUVE tem como principal objetivo responsabilizar-se pela informação e proposição de ações de saúde coletiva no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, integrando os diferentes setores da instituição para a definição de indicadores sobre as suas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

Parágrafo único. Para o alcance desses objetivos, o NUVE estabelece as presentes normas de rotinas de funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar no âmbito da unidade.

Art. 16. O NUVE é um serviço hospitalar ligado diretamente a Unidade de Vigilância e... Saúde e Qualidade Hospitalar/hospitalar/ambulatorial que tem por finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos no Hospital.

Art. 17. São Competências do NUVE:

I - Estudar e propor aos representantes da alta administração e da comunidade da unidade, medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;

II - Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração;

III - incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;

IV - Assegurar a implantação das medidas aprovadas;

V - Orientar os processos de trabalho elencados prioritariamente:

a) organizar um sistema de coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

b) notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

c) enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

d) analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

e) participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

Art. 18. Constitui, como principal produto do NUVE: a promoção e a integração ensino-serviço dentro da instituição, desenvolvendo atividades práticas de vigilância epidemiológica em ação conjunta com professores, técnicos e alunos.

Art. 19. São clientes internos e externos do NUVE as Unidades Organizacionais da Unidade, os sistemas nacionais de informação, SMS e SES.

CAPÍTULO IV

CAPITAL HUMANO

Art. 20. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no NUVE:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá nas dependências do hospital;

III - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais foi designado;

IV - Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

V - Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia;

VI - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;

VII - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

VIII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

IX - Zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio;

X - Informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XI – tratar a todos com urbanidade;

XII – comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

XIII – acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

XIV – compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XV – Manter seus registros funcionais atualizados;

XVI – guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVII – submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVIII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

Art. 21. São deveres e responsabilidades dos membros do NUVE:

I - realizar busca ativa para os pacientes internados e atendidos no ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças da lista de notificação compulsória;

II - realizar busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil e infantis;

III - notificar o primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica de DNC detectados no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;

IV - realizar investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes em articulação com a SMS e com a SES, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SES-MG;

V - participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, fetais e infantis ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos da unidade e em articulação com a SMS e com a SES-GO;

VI - elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, SES, SMS e da unidade;

VII - elaborar relatórios epidemiológicos e divulgar anualmente o boletim epidemiológico;

VIII - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

IX - desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica, tais como, os Serviços de Arquivo (SAM) e de Patologia; as Comissões de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS); a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; a Farmácia e o

laboratório, para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

X - promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças e agravos no ambiente hospitalar;

XI - monitorar o preenchimento das declarações de óbitos dos casos de notificação compulsória;

XII - monitorar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XIII - realizar monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos de notificação compulsória;

XIV - apoiar estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC e de óbito no ambiente hospitalar;

XV - alimentar periodicamente o SINAN;

XVI – monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória realizados pelo laboratório;

XVII - divulgar no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial a atual listagem das DNC conforme as Portarias e Resoluções em vigor;

XVIII - participar de eventos de natureza epidemiológica;

XIX - manter campo de estágio para alunos da residência multiprofissional e de outros cursos de técnicos, graduação e pós-graduação da área de saúde.

Art. 22. O NUVE possui os seguintes cargos e atribuições, assim especificados:

I - Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente com as seguintes atribuições:

- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
- Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
- Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;
- Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;

- Manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico do HOSPITAL, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e email, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
- Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
- Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do NUVE sejam estabelecidos;
- Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização
- Servir como contato para organizações externas no que se refere ao NUVE.

II – Enfermeiro com as seguintes atribuições:

- Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;
- Notificar e investigar, no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sinan;
- Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;
- Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para o SMS semanalmente;
- Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;

- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;

III- Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecenDO FLUXO de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

- Trabalhar em parceria com a SCIRAS e com o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
- Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos" em casos de notificação compulsória;
- Desenvolver ações integradas com a SCIRAS, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório

IV – Médico com as seguintes atribuições:

- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;
- Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecenDO FLUXO de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos";
- Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico do hospital;
- Desenvolver ações integradas com a SCIRAS, SESMT, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;

- Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;
- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;
- Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;
- Promover a integração com o SAM e a comissão de revisão de prontuário do hospital, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;
- Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

V – Secretário do NUVE com as seguintes atribuições:

- Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- Controlar agenda de compromissos;
- Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
- Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizaçõ pertinentes ao Núcleo;
- Catalogar fontes bibliográficas;
- Manter os arquivos atualizados;
- Manter os armários organizados;
- Executar os serviços de digitação do Núcleo;
- Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia do Núcleo;
- Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;

- Participar da organização de eventos;
- Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estadia dos componentes do Núcleo para eventos externos;
- Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- Conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do núcleo;
- Checar os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
- Planejar e organizar eventos;
- Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

Art. 23. As funções de Coordenadores e Responsáveis Técnicos (RTs) constituem funções de confiança do NUVE, ficando a indicação a seu critério.

Parágrafo único. A permanência dos profissionais nessas funções e a sua possível substituição serão providas por ato do NUVE, em conjunto com o Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 24. O NUVE funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 25. As escalas de trabalho do NUVE são de responsabilidade da chefia da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar, devendo ser elaboradas até o dia 15 do mês anterior à escala para análise e aprovação da Chefia e posterior envio à Unidade de Comunicação para publicização no sítio eletrônico da Instituição.

Art. 26. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Núcleo, referentes à matéria.

Art. 27. O NUVE, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, é constituído pela chefia e representantes dos segmentos que a compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 28. Compõem o NUVE:

I - Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

II - Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

III - Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais

IV- Profissionais técnico administrativos

a) Um médico;
b) Três enfermeiros;

c) Um secretário.

§ 1. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia do Núcleo, assumirá a coordenação do núcleo seu substituto legal.

§ 2. O secretário do Núcleo será escolhido dentre os representantes de cada segmento do Núcleo, se o mesmo não possuir o serviço de secretariado.

Art. 29. As reuniões do NUVE serão realizadas com os membros do NUVE em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Art. 30. As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 31. O NUVE mensalmente, na primeira terça-feira do mês, apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 32. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 33. As deliberações do NUVE serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. O funcionamento do NUVE, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Geral da uniade, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1. Assuntos referentes a normas e rotinas do NUVE devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2. O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 35. Este Regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 36. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião com a presença do chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 37. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretor técnico e administrativo da unidade

7.16.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
2	Reunião de planejamento anual	X	X										
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;			X			X			X			X
7	Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;		X		X		X		X		X		X
8	Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
9	Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;		X		X		X		X		X		X
10	Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	atenção e da vigilância em saúde;												
11	Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;			X			X			X			X
18	Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico do HOSPITAL, conforme determina a Lei de Acesso à Informação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou		X		X		X		X		X		X

	informativos;												
21	Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;		X		X		X		X		X		X
22	Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do NUVE sejam estabelecidos;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Servir como contato para organizações externas no que se refere ao NUVE.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital				X			X			X		

Acompanhar as notificações realizadas prestando contas aos órgaos fiscalizadores como por exemplo NOTIVISA.

7.17 Comissão Interna de Qualidade

7.17.1 Proposta de Constituição

7.17.1.1 Finalidade

O Regimento Interno da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade da unidade é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa de Gestão da Qualidade DO Instituto CEM.

7.17.1.2 Membros

A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por:

- 02 (dois) representantes da diretoria administrativa e técnica,
- 02 (dois) da Gerência de Ensino e Pesquisa e
- 01 (um) do instituto CEM capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

7.17.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1 O Regimento Interno da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

Art. 2 A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis) Da unidade é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa de Gestão da Qualidade DO Instituto CEM.

Art.3 A avaliação interna, também designada de autoavaliação, consiste na avaliação do Hospital realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

Art. 4 A Comissão de Avaliação Interna de Qualidade é um órgão de assessoria direta da unidade, formado por profissionais a própria unidade qualificados para o planejamento e execução da avaliação interna de qualidade.

Art. 5 A autoavaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas do Hospital frente aos requisitos descritos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de qualidade e pelas certificadoras ONA.

Art. 6 O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços

prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes dessas instituições.

§1 A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

§2 A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade do Hospital e oportunidades de melhorias não possuindo finalidade de concessão do Selo e certificação ONA.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 7 Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional do Hospital, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade por portaria institucional e deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

II - Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade: profissional integrante da Comissão, que assume a responsabilidade pela condução das atividades de avaliação interna da qualidade da equipe e deverá ser designado por portaria institucional.

III - Avaliação Interna da Qualidade (auto avaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe da unidade para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho. IV - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de todo a unidade, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

IV - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação dos setores da unidade individualmente com periodicidade definida pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

V - Líder da qualidade: profissional que acredita na gestão da qualidade e exerce a liderança em seu setor de atuação promovendo a qualidade nos processos, independentemente de cargo ou função, contribuindo para a avaliação interna da qualidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 8 A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por:

- 02 (dois) representantes da diretoria administrativa e tecnica,
- 02 (dois) da Gerência de Ensino e Pesquisa e
- 01 (um) do instituto CEM capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 9 A escolha dos membros da comissão de avaliação interna da qualidade deverá considerar as diferentes áreas do Hospital abordadas pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Parágrafo único. Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, considerando que o número de líderes da qualidade é bem superior ao número de integrantes da Comissão.

Art. 10 A Comissão contará obrigatoriamente com um Coordenador, selecionado pela diretoria administrativa, responsável pela condução dos trabalhos da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade na instituição.

Parágrafo único. O Coordenador deve ser vinculado ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente responsável pelo desenvolvimento das atividades de gestão da qualidade no Hospital.

CAPÍTULO IV

DA INSTITUIÇÃO

Art. 11. A Comissão será instituída formalmente através de portaria emitida pela diretoria adminsitrativa.

Parágrafo Único. Os representantes serão designados pelas respectivas áreas, conforme quantidade estipulada no artigo sétimo.

Art. 12. A Portaria de composição deverá relacionar o nome completo dos membros d Comissão e a identificação do Coordenador designado pela diretoria adminsitrativa

Art. 13. A Portaria de composição deverá ser republicada anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 15. Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

I - Cumprir este Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade; III - Realizar a avaliação interna no HOSPITAL;

III - Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

IV - Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da avaqualis;

V- Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VI - Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela comissão da qualidade no Hospital.

VII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

Art. 16. Compete ao Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade:

I - Selecionar os avaliadores internos da qualidade;

II - Promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;

III - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

IV - Coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;

V - Distribuir tarefas entre seus membros;

VI - Responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas da instituição;

VII - Representar a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade perante a alta administração; VIII - Selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;

VIII - Encaminhar à diretoria administrativa da instituição e ao setor de qualidade do Instituto CEM os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazo estipulado em documento próprio;

IX - Garantir o desenvolvimento das atividades dos Avaliadores Internos na instituição com o apoio da diretoria administrativa.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 17. A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno de sua instituição unidadear devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno da unidade,

Art. 18. Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a auto avaliação, cada área da unidade de saúde deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a auto avaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria . A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

Art. 19. A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez ao mês.

§1 Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 15 dias sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§2 As reuniões de deliberação deverão atender ao quórum mínimo de 07 (sete) membros.

§3 As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião com a assinatura dos presentes.

§4 O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade no ano subsequente.

Art. 20. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da AVAQualis com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 21. As deliberações da AVAQualis deverão ser encaminhadas à diretoria adminsitrativa, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 22. A participação na Comissão de Avaliação Interna da Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo único. Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador da AVAQualis deverá encaminhar periodicamente para a chefia imediata a carga horária necessária para as atividades de cada membro a depender do número de avaliações previstas no período.

CAPÍTULO VII

DA QUALIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

Art. 23. Os avaliadores deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a ser avaliada.

Art. 24. Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a AVAQualis.

Art. 25 a unidade deverá proporcionar capacitações complementares necessárias à execução dos processos de avaliação interna.

Parágrafo único. A solicitação de capacitação complementar deverá ser realizada pelo Coordenador da Comissão à diretoria tecnica e administrativa da unidade apresentando a devida justificativa.

CAPÍTULO VIII

DAS AVALIAÇÕES

Art. 26. A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da Comissão e deverá considerar a disponibilidade da equipe de avaliadores.

§ 1 Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da AVAQualis.

§ 2 A avaliação deverá ser realizada obrigatoriamente por dois membros da Comissão.

Art. 27. O chefe da unidade a ser avaliada deverá ser notificado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de sete dias.

Art. 28. A comunicação com o chefe da unidade deverá acontecer por e-mail informando a data da avaliação, o nome dos avaliadores, os requisitos que serão avaliados e a previsão de tempo de avaliação. Além disto, é necessário que o chefe indique representante da unidade responsável pelo acompanhamento da avaliação.

Art. 29. A visita de avaliação deverá ser previamente planejada pelos avaliadores internos, considerando as especificidades da unidade a ser visitada, relatórios de avaliação anteriores (se houver), legislação pertinente, documentos institucionais, dentre outras referências atualizadas. **Art. 30.** A avaliação deverá ser iniciada com uma reunião prévia com os

representantes da unidade a fim de apresentar a equipe avaliadora, estabelecer os objetivos da avaliação e apresentar a metodologia de avaliação.

Art. 30. A equipe deverá avaliar a unidade utilizando uma lista de verificação baseada no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da qualidade

Art. 31. Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade aos requisitos da qualidade e possíveis oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO IX

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 32. Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentados pela equipe da AVAQualis. A cada avaliação o coordenador deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude.

Art. 33. O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

I - Identificação do local, data e horário da avaliação;

II - Identificação dos avaliadores internos;

III - Identificação dos responsáveis da unidade que acompanharam a avaliação;

IV - Identificação do chefe da unidade avaliada;

V - Citação dos documentos de referência, segundo os quais a avaliação foi conduzida;

VI - Identificação dos itens conformes, com suas evidências, e itens não conformes em relação aos requisitos da documentação de referência;

VII - Observações da equipe de avaliação como oportunidades de melhorias.

Art. 34. O avaliador responsável deverá encaminhar o relatório final de avaliação interna ao Coordenador da Comissão até 5 dias úteis após o encerramento da visita.

Parágrafo único. O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser feito por meio eletrônico.

Art. 35. O relatório deverá ser enviado pelo Coordenador da Comissão ao Chefe da unidade avaliada em até 7 dias úteis a contar da data de encerramento da visita.

Art. 36. O Chefe da Unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da AVAQualis em até cinco dias úteis, após o recebimento do relatório.

Art. 37. O Coordenador deverá apresentar os questionamentos aos avaliadores responsáveis pela avaliação, sendo facultado a eles concordar ou não com as contribuições das unidades avaliadas. Essa decisão deverá ser comunicada à unidade avaliada em até sete dias a contar do recebimento da contestação do relatório.

Art. 38. O relatório final deverá ser assinado via sistema pelo coordenador da AVAQualis, avaliadores que participaram da avaliação e chefe/responsável pela unidade avaliada.

Art.39. O Coordenador da Comissão enviará relatório das avaliações internas parciais da qualidade a diretoria a cada três meses.

Art. 40. A avaliação interna parcial estará concluída quando da entrega do relatório final de avaliação aos chefes das unidades.

Art. 41. A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores do Hospital ao Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM

Parágrafo único. O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas da diretoria publicado em documento específico.

CAPÍTULO X

DOS PLANOS DE AÇÃO

Art. 42. A partir do recebimento do relatório de avaliação, a unidade avaliada deverá analisar as não conformidades e oportunidades de melhoria para estabelecer planos de ação para adequação da unidade aos requisitos de qualidade.

Art. 43. A elaboração do plano será realizada por cada unidade e contará com o apoio do instituto CEM

Art. 44. A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral.

Art. 45. Cada Setor/Unidade terá 30 dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 46. A avaliação interna da qualidade é atividade preconizada pela INSTITUTO CEM, sendo obrigatória para todos os hospitais/Unidades de saúde geridas e que devem seguir diretrizes e prazos normatizados para a Rede.

Art. 47. Ao final da avaliação interna geral a Comissão redigirá relatório, a ser enviado ao Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM, apresentando a situação da unidade frente aos requisitos constantes no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa

§1 O relatório deve ser encaminhado anualmente ao SGQ, sendo o primeiro envio realizado logo após a primeira avaliação interna no Hospital.

§2 O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelos diretores administrativo e financeiro antes do envio ao SGQ.

§3 Os relatórios das avaliações internas de qualidade devem possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 48. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, a unidade poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes unidades geridas pelo instituto cem.

Art. 49. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna observando o prazo para entrega do relatório apresentados em portarias.

Art. 50. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade está ligada, na sede do Instituto CEM ao Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Atenção à Saúde.

Art. 51. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e submetidos à apreciação final da diretorias administrativa e técnica e do Serviço de Gestão da Qualidade.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria técnica da unidade

7.17.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

	anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Promover reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade;			X			X			X			X
6	Realizar a avaliação interna no hospital						X						X
7	Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Desenvolver plano operacional			X			X			X			X

	dos ciclos de melhoria.												
9	Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela comissão da qualidade no Hospital.						X						X
10	Elaborar e emitir relatórios de auditorias;		X		X		X		X		X		X
11	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Assessoramentos Diversos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1 4	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital						X						X

7.18 Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele

7.18.1 Proposta de Constituição

7.18.1.1 Da Finalidade

A Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele, tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

7.18.1.2 Membros:

A Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele, terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares, e deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme necessidade da Comissão.

Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

7.18.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º. O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Cuidados com a Pele no Hospital bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento. Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

§ 1 – A Comissão de Cuidados com a Pele (COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE) é de natureza técnico-científica permanente.

§ 2 - A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE é um órgão de assessoria vinculado à Diretoria técnica e administrativa, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da unidade.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º. A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

§ 1. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele

§ 3. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º. A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Parágrafo único. A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte da comissão como membro

titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 4º. Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Art. 5.º A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único. Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

NOMEAÇÃO

Art. 6º. Os membros titulares da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria técnica e administrativa, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Parágrafo único. O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalh da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE.

Art. 7º. A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Art. 8º. O presidente da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE deve necessariamente ser um enfermeiro especialista em Estomaterapia e/ou Dermatologia e/ou especialização em Assistência em Lesões de Pele.

Art. 9º. O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema, não tendo a obrigatoriedade de possuir especialização em áreas fins relacionada ao atendimento ao paciente com lesões.

Art. 10º. O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Diretoria tecnica e administrativa da unidade

Art. 11º. Após a nomeação pela Diretoria técnica e administrativa, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Diretoria técnica e administrativa a publicação de portaria de recondução.

Art. 12º. Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria técnica e administrativa com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 13º. O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio. § 1. As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 14º. À COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE compete:

I Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

II Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

III Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

IV Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

V Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.

VI Reduzir os custos hospitalares.

VII Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.

VIII Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

IX Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.

X Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

XI Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.

XII Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

XIII Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momen. da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

XIV Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 15º. Atribuições do Presidente:

I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II – Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

III – Promover convocação formal das reuniões;

IV – Representar a Comissão de Cuidados com a Pele em suas relações internas e externas;

V – Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate; VI – Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII – Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII – Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

IX- Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico; **Art. 16**. Atribuições do vice-presidente:

I – Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II – Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

III - Na ausência do presidente, o vice presidente realizará suas atribuições.

Art. 17º. Atribuições do secretário:

I – Assistir as reuniões;

II – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

III – Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

IV – Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

V – Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VI – Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

VII – Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata.

VIII – Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 18º. Atribuições do serviço de educação permanente:

II – Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais d instituição e demais interessados;

III – Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;

IV – Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário; V – Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;

VI – Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Art. 19º. Atribuições dos enfermeiros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I – Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele quando solicitado;

II- Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;

III- Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões; IV –Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que, este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Art. 20º. Atribuições comuns aos membros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I – Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II – Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III – Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV – Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V – Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Art. 21º. A Comissão de Cuidados com a Pele irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Art. 22º. As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE.

Art. 23º. As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Art. 24º. As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Art. 25.º Dias de Funcionamento:

I - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Art. 26º. Das reuniões:

I – As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Cuidados com a Pele serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da unidade.

II – As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.

III – Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Art. 27º. Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3. Será considerado "quórum", para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate ("voto Minerva").

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28.º Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Parágrafo Único. A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da comissão de Cuidados com a Pele.

Art. 29º. Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 30º. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação da Portaria pela Diretoria técnica e administrativa do hospital, revogado o Regimento anterior e as demais disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria técnica da unidade

7.18.3 Cronograma Anual de Atividade

	ATIVIDADE	CRONOGRAMA Ano: MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.		X		X		X		X		X		X
6	Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Reduzir os custos hospitalares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.		X		X		X		X		X		X
10	Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.												
11	Supervisionar o		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.													
12	Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Assessoramentos Diversos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Apresentação de relatórios a alta direção			X			X			X				X

7.19 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

7.19.1 Proposta de Constituição

O Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar da unidade, além de oferecer atendimento personalizado, oferece informações diversas

como indicações de recursos que podem auxiliar os pacientes e/ ou familiares de pacientes acometidos por doenças crônicas melhorando na qualidade de vida de todos.

7.19.1.1 Finalidade

- Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;
- Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;
- Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;
- Reduzir complicações clínica e re-internações;
- Otimizar o tempo de recuperação do paciente;
- Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;
- Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;
- Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;
- Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;

7.19.1.2 Membros

A Comissão da unidade e será constituída por 6 membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal. sendo

- 01-Representante da Equipe de Enfermagem;
- 01-Representante da Equipe Médica;
- 01-Representante da Nutrição;
- 01-Representante da Fisioterapia;
- 01-Representante da Assistência Social;

- 01-Representante do serviço de educação permanente;

7.19.2 Proposta de Regimento Interno

GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CAPÍTULO I

DAS CONSIDERAÇÕES

Art.1 Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar São considerados pacientes crônicos aqueles portadores de patologias que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total para cuidados básicos de vida.

Art.2 O Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar da unidade, além de oferecer atendimento personalizado, oferece informações diversas como indicações de recursos que podem auxiliar os pacientes e/ ou familiares de pacientes acometidos por doenças crônicas melhorando na qualidade de vida de todos.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 3 o programa tem os seguintes objetivos:

Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;

Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;

Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;

Reduzir complicações clínica e re-internações;

Otimizar o tempo de recuperação do paciente;

Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;

Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;

Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;

Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;

CAPÍTULO III

DA ATUAÇÃO

Art. 4 Atua com os seguintes critérios para que o paciente possa ser acompanhado pelo Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar:

- Grau de complexidade para assistência de enfermagem;
- Patologias crônicas e/ou sequelantes;
- Tempo de hospitalização prolongado;

Art.5 O acompanhamento aos pacientes pelo GPC e feito pelos seguintes critérios:

- O acompanhamento ao paciente pode ser realizado por indicação médica, por busca ativa pela equipe gerenciadora de casos crônicos e de longa permanência hospitalar;
- O caso é gerenciado até que o paciente apresente condições favoráveis para alta e/ou transferência.
- Público de pacientes acima de 15 dias de internação;
- Resultados esperados variam com: Menor tempo de hospitalização; Baixo índice de re-internações; Maior número de doentes crônicos, com melhora na qualidade de vida; Redução do custo assistencial.

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO

Art.6 A Comissão da unidade e será constituída por 6 membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal. Sendo:

- 01-Representante da Equipe de Enfermagem;
- 01-Representante da Equipe Médica;
- 01-Representante da Nutrição;
- 01-Representante da Fisioterapia;
- 01-Representante da Assistência Social;
- 01-Representante do serviço de educação permanente;

§1 - O presidente do Comitê deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

§2 - Com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

§3 - O comitê que se reúne semanalmente;

CAPÍTULO V

DAS ATIVIDADES

Art.7 das atividades do comitê:

Conta com avaliações clínicas, abordagem social, reuniões com as equipes de auditoria e membros de gestão das operadoras de planos de saúde, em parceri com o setor comercial e com a auditoria interna.

Art.8 A avaliação da condição clínica é realizada nas unidades de pacientes internados pelo enfermeiro em parceria com equipe médica, com o intuito de conhecer as metas terapêuticas dos pacientes em longa permanência e identificar suporte necessário para a estabilidade clínica e para a alta hospitalar.

Art.9 A abordagem social é uma das ferramentas utilizadas visando assegurar o processo de desospitalização segura, planejada, sistematizada e com minimização da interferência da doença na vida pessoal, familiar e social do paciente.

Art.10. A abordagem, assim como a intermediação social, ocorre em dois momentos: na incorporação do paciente ao escopo de gestão do Grupo de Gerenciamento de Pacientes

com Risco de Alta Permanência a partir do 15 dia de internação, para levantamento de dados de rede familiar e de suporte social, quando são feitos registros de informações relevantes para o acompanhamento do serviço social.

Art.11 Após a avaliação do contexto do caso e a definição relativa aos encaminhamentos pertinentes, inicia-se o processo de intervenção, com ações de avaliação e abordagem social detalhada e efetiva junto aos familiares, aos responsáveis, à equipe técnica assistencial e à operadora de plano de saúde.

Art.12 De acordo com a evolução deste processo, as ações são compartilhadas no comitê para discussão e outros encaminhamentos; sempre com foco na manutenção DO FLUXO de desospitalização segura.

Art.13 a área administrativa É responsável pela realização de reuniões mensais com as principais do SUS para discussão de casos de pacientes de longa permanência e para identificar possibilidades de suporte e oportunidades, quando necessário, para desospitalização segura. Além disso, mantém contato constante com a regulação.

Art.14 A permanência hospitalar prolongada pode ser devida a dificuldades sociais e/ou econômicas de familiares ou do paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e não possuem rede de suporte social, ou ela é escassa.

§1 Muitas vezes esta condição está associada à incompreensão do processo de corresponsabilidade na assistência, que pode até justificar a falta de estrutura e que leva a uma permanência hospitalar prolongada, desnecessária e com riscos.

§2 Está consolidada a ideia de que as condições de saúde e doença de um membro da família e da família como um todo devem ser observadas como uma unidade de influência mútua.

CAPÍTULO VI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art.15 Diante deste cenário, a proposta institucional visa a manutenção do vínculo familiar e da coparticipação no processo de tratamento, mantendo ou reinserindo este membro (paciente) em seu núcleo familiar.

Art.16 Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo Comitê.

Santa Helena de Goiás, de 2023

7.19.3 Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA													
	ATIVIDADE	Ano:											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
2	Reunião de planejamento anual	X	X										
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	relatorio das avaliações clínicas, abordagem social, reuniões com as equipes de auditoria em parceria com o setor comercial e com a auditoria interna.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	análise /relatório da permanência hospitalar prolongada pode ser devida a dificuldades sociais e/ou econômicas de familiares ou do paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	não possuem rede de suporte social, ou ela é escassa.												
	Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Reduzir complicações clínica e re-internações;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Otimizar o tempo de recuperação do paciente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;	X					X						X

10	Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Assessoramentos Diversos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Apresentação de relatórios a alta direção			X			X			X			X

7.20 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

7.20.1 Proposta de Constituição

7.20.1.1 Da Finalidade

Definir macro diretrizes a partir dos princípios e diretrizes do SUS, para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas

7.20.1.2 Membros

O NIR da Unidade terá composição multidisciplinar, contando com pelo menos sete componentes, sendo um coordenador, todos designados pela Diretoria Técnica e aprovados Geral da unidade através de em portaria, sob a seguinte composição denominada grupo executivo hospitalar/hospitalar/ambulatorial:

1. Médico auditor
2. Enfermeiro/técnico de enfermagem;
3. Assistente social;
4. Parágrafo único: O Grupo Executivo está constituído por
5. Coordenador
6. Secretário

7.20.2 Regulamento Do Núcleo Interno De Regulação (Nir)

CAPÍTULO I

DA LEGISLAÇÃO

Art. 1. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidade foi estruturado, considerando a PORTARIA N 1.559, DE 1 DE AGOSTO DE 2008, do Ministério da Saúde que: ***Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.***

Art. 2 - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais d Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e DOS FLUXOS assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Parágrafo único. O objetivo da criação do NIR pela supracitada portaria é aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

CAPÍTULO II

AS DEFINIÇÕES

Art. 3. O NIR unidade possui natureza técnico-administrativa permanente, com a finalidade de fiscalizar e deliberar sobre temas relacionados às atividades e atribuições na Instituição, referentes à regulação, controle e avaliação dos serviços prestados, com vistas a:

I. Qualificar os fluxos e processos de trabalho internos;
II. Otimizar os recursos institucionais;
III. Responsabilizar todos os profissionais responsáveis pelo atendimento ao usuário e pelo uso dos recursos.

Art. 4 - O NIR unidade, atuara em consonância com a portaria supracitada através do seu

Art.5- A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e mais especificamente nos incisos:

I - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

II - Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;

III– O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segunDO FLUXOs e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 5. O NIR da Unidade terá composição multidisciplinar, contando com pelo menos sete componentes, sendo um coordenador, todos designados pela Diretoria Técnica e aprovados Geral da unidade através de em portaria, sob a seguinte composição denominada grupo executivo hospitalar/hospitalar/ambulatorial:

1. Médico auditor
2. Enfermeiro/técnico de enfermagem;

3. Assistente social;
4. Parágrafo único: O Grupo Executivo está constituído por
5. Coordenador
6. Secretário

Art. 6º. Os componentes do NIR serão divididos da seguinte forma:

1. Grupo executivo hospitalar/ambulatorial;
2. Grupo consultivo.
3. Parágrafo único. O Grupo Consultivo está constituído por:
4. Responsável pela Divisão Médica;
5. Responsável pela Divisão de Enfermagem e multiprofissional
6. Responsável pelo Setor de Segurança do Paciente;
7. Responsável pela Unidade de Diagnóstico por Imagem (SADT);

Art. 7º. O mandato dos componentes do NIR será de **dois anos** podendo haver recondução, de acordo com as necessidades do núcleo e disponibilidade dos membros.

Art. 8º. A destituição de algum membro do NIR só poderá ocorrer sobre apreciação da chefia do setor de regulação, com anuência das diretorias técnica e Geral da Unidade hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 9º. O NIR reunir-se-á, ordinariamente, **mensalmente** e extraordinariamente quanc convocado pelo Coordenador, ou a requerimento da maioria simples de seus membros do Grupo executivo e Consultivo.

Art. 10º. O NIR instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, excetuando os membros do Grupo executivo e Consultivo.

§ 1. As deliberações tomadas ad referendum deverá ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 2. As deliberações do NIR serão consubstanciadas em notas/relatórios endereçadas as diretorias técnica e Geral da Unidade hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 11º É facultado ao Coordenador e aos membros do NIR solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 12º. As reuniões do NIR obedecerão à seguinte rotina:

1. Verificação da presença do (a) Coordenador (a) e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
2. Verificação de presença e existência de "quórum" (50% mais um, entre os membros dos Grupos Executivo e consultivo);
3. Leitura e/ou apresentação de pauta;
4. Discussão e aprovação de pareceres;
5. Deliberação de ações a serem executadas por cada membro envolvido nos pareceres;
6. Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o NIR, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 13º. A reunião será organizada com os expedientes ou pautas apresentadas para discussão, acompanhadas dos pareceres, súmulas e relatórios.

§ 1. A pauta será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e dois dias para as extraordinárias.

§ 2. Após a leitura da pauta, o Coordenador, ou seu substituto, deve submetê-la à discussão, dando a palavra aos membros que solicitarem.

§ 3. O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas sobre o tema, propor diligências ou adiamento da discussão e das deliberações.

§ 4. O prazo de vistas será encerrado com a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 14º. As deliberações serão divulgadas no Hospit

al Hospitalar/ambulatorial Unidade por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

Art. 15.º Caberá ao NIR:

1. Apoiar as equipes da unidade no correto fluxo do paciente no complexo da unidade;
2. Conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico hospitalar/ambulatorial;
3. Auditar a regulação das consultas, Inter consultas, medicamentos, procedimentos clínicos e cirúrgicos e do SADT seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida da Unidade.
4. Acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e oferta de vagas, utilizar critério de admissão por risco e demandas reprimidas;
5. Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;
6. Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar/ambulatorial, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado integral;
7. Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;
8. Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
9. Participar da criação e implementação do Plano de Alta hospitalar/ambulatorial baseado no perfil de morbimortalidade, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, co foco nas Linhas de Cuidado;
10. Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria estadual de Saúde (SES), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);
11. Integrar o serviço às outras unidades de saúde da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação hospitalar/ambulatorial e rodiziamento da Instituição.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16º. São atribuições do Coordenador do NIR:

1. Instalar o Núcleo e presidir suas reuniões;
2. Indicar seu substituto eventual;
3. Representar o NIR em suas relações internas e externas;
4. Suscitar pronunciamento do NIR quanto às questões relativas aos documentos e informações médicas e multiprofissionais e, de dados estatísticos sobre qualidade da assistência e fechamento de contas;
5. Coordenar as discussões e deliberações e, quando for o caso, exercer direito de desempate;
6. Indicar membros pertencentes ou não ao Núcleo e a seu conselho consultivo para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres, necessários à efetivação do trabalho do NIR;
7. Coordenar as auditorias realizadas pela comissão.

Art. 17º. Caberá ao Médico Regulador:

1. Acompanhar o Sistema SUS hospitalar/ambulatorial;
2. Acompanhar o cumprimento DO FLUXO adequado de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição;
3. Estabelecer contato com a Regulação Externa para agilizar o fluxo de referência e contra referência de pacientes;
4. Fazer contato com as equipes médicas e multiprofissionais, de chefias dos setores de métodos diagnósticos para agilizar referência e contra referência de pacientes nos diversos setores da instituição
5. Participar, juntamente com as equipes envolvidas no cuidado em saúde, da elaboração de fluxos de transferências internas e externas com vistas a sua maior agilidade.

Art. 18º. Caberá enfermeiro Regulador:

1. Estar ciente de todos os serviços de Inter consultas, procedimentos e SADT disponíveis na instituição e suas destinações;
2. Ser responsável pela priorização das transferências dos pacientes da unidade para Contra referencia conforme a classificação de risco, em comum acordo com a equipe médica e multiprofissional
3. Coordenar a admissão dos pacientes para procedimentos eletivos de pequenas cirurgias, de acordo com a solicitação e comunicação prévia das equipes responsáveis;
4. Coordenar o serviço de Acolhimento da Unidade hospitalar/ambulatorial;
5. Monitorar a admissão de pacientes de média complexidade conforme pactuação da Instituição com o complexo regulador;
6. Colaborar com os possíveis mutirões e campanhas de procedimentos através da disponibilização de vagas internas de consultas, Inter consultas e exames.

Art. 19º. Caberá ao Assistente Social:

1. Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, políticas sociais centradas nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, a partir da compreensão do processo de saúde e doença, objetivando a garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar/ambulatorial;
2. Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, na elaboração, programação, execução e avaliação dos processos de transferências internas e externas do cuidado aos usuários, de forma humanizada, responsável e segura, viabilizando a continuidade do cuidado por meio da articulação do ambulatório com as demais políticas e serviços de atenção da rec do SUS;
3. Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, dos processos de organização DOS FLUXOS internos e externos de referência e Contra referencia dos usuários atendidos no ambulatório, de forma humanizada, responsável e segura;
4. Realizar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e sócio assistenciais, que tenham interfaceamento com o processo de cuidado integral, buscando ampliar os recursos de intervenção na perspectiva de viabilizar a continuidade do cuidado integral ao usuário;
5. Elaborar, emitir e discutir junto ao NIR, de maneira sistemática e continuada, relatórios que demonstrem demandas identificadas no processo de cuidado integral

ao usuário, diagnosticados em todas as áreas de intervenção do serviço social no ambulatório;

6. Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, da organização DOS FLUXOS e do monitoramento da utilização dos sistemas que envolvam a entrada e saída de usuários no serviço, por meio do sistema de transferência intermunicipal e interestadual;

7. Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais ações que garantam a informação e orientação dos usuários e familiares quanto aos seus direitos e deveres enquanto cidadãos usuários do SUS, bem como das demais políticas sociais.

Art. 19º. Cabe à Referência Técnica (Grupo Consultivo) a função de fornecer subsídios técnicos para o trabalho do NIR, quando este necessitar.

Art. 20º. Caberá ao Secretário do NIR:

1. Organizar a pauta;
2. Receber e protocolar os processos e expedientes;
3. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do NIR;
4. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
5. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob sua guarda;
6. Lavrar e assinar as atas de reuniões do NIR;
7. Elaborar relatório anual das atividades do NIR;
8. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
9. Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
10. Representar o NIR em cada setor do ambulatório;
11. Captar as informações necessárias nos diversos setores e comunicar os membros responsáveis para que a equipe possa atuar.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21º. O Serviço de Apoio Administrativo proporcionará a infraestrutura necessária a assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência do NIR.

Art. 22.º O NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 23º. Os casos omissos serão resolvidos pelo NIR, em contato com a diretoria clínica da unidade Hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 24º. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

7.20.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Verificação da presença do (a) Coordenador (a) e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Verificação de presença e existência de "quórum" (50% mais um, entre os membros dos Grupos Executivo e consultivo);	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Leitura e/ou apresentação de pauta;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Discussão e aprovação de pareceres;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Deliberação de ações a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	serem executadas por cada membro envolvido nos pareceres;												
10	Organização da pauta da próxima reunião.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar/ambulatorial, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado integral;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	criação e implementação do Plano de Alta hospitalar/ambulatorial baseado no perfil de morbimortalidade, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria estadual de Saúde (SES), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

16	Integrar o serviço às outras unidades de saúde da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação hospitalar/ambulatorial e rodiziamento da Instituição.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
17	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital						X							X

7.21 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

7.21.1 Proposta de Constituição

7.21.1.1 Finalidade

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.

7.21.1.2 Membros

A comissão deverá ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

1. Superintendente ou representante da direção do serviço de saúde;
2. Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho ;
3. Vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n. 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;

4. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
5. Divisão de Enfermagem;
6. Divisão Médica;
7. Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
8. Representante da Central de Material e Esterilização;
9. Representante da Unidade de Compras;
10. Representante da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

7.21.2 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

FINALIDADE

Art. 1. Este Regulamento Interno é baseado na Portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2011, no Anexo III da Norma Regulamentadora n. 32 do Ministério do Trabalho e Em- prego (MTE), o qual dispõe sobre as diretrizes e estratégias para o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes Com Materiais Perfuro cortantes.

Art. 2º. A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.

CAPITULO II

CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 3º. Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa comissão específica para atuação dentro do Hospital.

CAPITULO III

COMPETÊNCIA

Art. 4º. Compete à Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB):

I. Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;

II. - Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes;

III.- Implementar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;

IV. - Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho;

V. - Colaborar e participar da seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;

VI. - Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança;

VII. - Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;

VIII. - Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes

Art. 5º A partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes, a Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deve estabelecer as prioridades, considerando obrigatoriamente os seguintes aspectos:

I - Situações de risco e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

II - Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;

III - Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;

IV - Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfuro cortantes.

CAPITULO III

COMPOSIÇÃO

Art. 6º. A comissão deverá ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

I. Superintendente ou representante da direção do serviço de saúde;

II. Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho ;

III. Vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n. 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;

IV. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

V. Divisão de Enfermagem;

VI. Divisão Médica;

VII. Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;

VIII. Representante da Central de Material e Esterilização;

IX. Representante da Unidade de Compras; e

X. Representante da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

CAPITULO IV

MANDATO

Art. 7º. O mandato desta comissão será indeterminado, podendo ser substituído algum membro quando a Superintendência achar conveniente.

CAPITULO V

SEDE

Art. 8º. A sede da comissão será a Sala do sesmt, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPITULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 10º. As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente administrativo do hospital, em local apropriado ficando suas convocações à cargo do Presidente.

Art. 11º. As reuniões da Comissão terão atas assinadas pelos presentes, com encaminhamento de cópias para todos os membros para que as mesmas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Art. 12º. Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, ou diante de acidente do trabalho grave ou fatal, ou ainda quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 13º. Será necessário o quórum de 06 (seis) membros efetivos para a edição de resoluções (considerado o n de 06 pelo cálculo 50% + 1).

§ 1 não havendo quórum, será feita nova convocação.

§ 2 havendo impasse, a situação deverá ser votada.

§ 3 em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva".

§ 4 membros consultivos não terão direito a voto.

Art. 1º4. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses ocasionará sua exclusão automática.

CAPITULO VII

ATRIBUIÇÕES

Art. 15.º Compete à Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com perfuro cortantes do HOSPITAL promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

Art. 16º. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Convocar e presidir as reuniões;

II - Representar a comissão junto as gerências ou Superintendência da instituição;

III - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

IV - Fazer cumprir o regimento.

Art. 17º. Compete ao Vice-Presidente:

I- Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II- Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais ou afastamentos temporários.

Art. 18º. O Presidente e o Vice-Presidente, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I - Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II- Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III- Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV- Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Art. 19º. O Secretário terá por atribuição:

I - Acompanhar as reuniões e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II- Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela comissão;

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º. Este Regulamento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Diretoria.

Art. 21º. As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 22º. Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 23º. Este Regulamento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

7.21.3 Cronograma de Atividade Anual

ATIVIDADE		CRONOGRAMA ANUAL:											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X	X										
	Reuniões para Planejamento Anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação de Normas Complementares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X		X		X		X		X		X
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes; Implementar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho; Colaborar e participar da		X		X		X		X		X		X

	seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;											
	Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias		X		X		X		X		X	X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades		X		X		X		X		X	X
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.22 Comissão de Farmácia e Terapêutica

7.22.1 Proposta de Constituição

7.22.1.1 Da Finalidade

Esta comissão tem por finalidade estabelecer critérios de compra, padronização e avaliação técnica de medicamentos e materiais médico-hospitalar. Compete ao Diretor Técnico a responsabilidade de presidir essa comissão.

7.22.1.2 Membros

A comissão deverá será constituída por:

- cinco (05) profissionais,
- (01) Farmacêutico(s),
- (01) Médicos,
- (01) Médico infectologista,
- (01) Enfermeiro(s);
- (01) Administração – Representante(s) do hospital/Instituto Cem, efetivos.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

7.22.1.3 Da Constituição

A Comissão de Farmácia e Terapêutica e a Comissão de Padronização de Materiais e Insumos de Consumo Hospitalar do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO será composta por:

- Representante da Coordenação de Serviços Multidisciplinares;
- Representante da Coordenação do Corpo Clínico;
- Representante da Coordenação de Enfermagem;
- Representante da Supervisão de Farmácia;
- Representante da Supervisão de Material e Patrimônio;
- Representante da Supervisão do Serviço de Nutrição;
- Representante da Supervisão da CME;
- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/SCIH;
- Representante do Setor de Compras/Diretoria Administrativa do Instituto CEM;

7.22.2 Proposta de Regimento Interno

A Comissão de Farmácia e Terapêutica do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO será oficialmente instituída / constituída

pela Diretoria Geral, a qual é inteiramente subordinada, tem seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo, chamado aqui de Regimento Interno.

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1 A Comissão de Farmácia e Terapêutica do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , constituída por tempo indeterminado, possuirá sede em uma sala do hospital, onde manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Art. 2 Trata a Comissão de Farmácia e Terapêutica do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , de uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres, vinculada à unidade de saúde, visando a promoção de ações destinadas ao uso racional de medicamentos, tendo seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo e por finalidade os ditames abaixo mencionados.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 3 A Comissão de Farmácia e Terapêutica do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , tem por finalidade assessorar a Direção desta unidade na formulação e implementação de políticas relacionadas à padronização e seleção de medicamentos, programação, prescrição, dispensação e uso racional, através de um processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar terapêutica eficaz e segura e melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

CAPÍTULO III

DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4 Esta Comissão está subordinada à Diretoria-Geral do hospital e à Direção do Instituto CEM

Instituto CEM, tendo em vista o Contrato de Gestão n XXX/2019, processo n XXX, pactuado com o Estado de Goiás, através da Secretaria Estadual de Saúde, e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, devendo ser cumpridas por todos os profissionais que exerçam atividades no hospital.

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO

Art. 5 A indicação dos nomes para a comissão será feita pela Direção-Geral do hospital convalidada pela Direção do Instituto CEM, mediante consulta prévia junto aos representantes da equipe multidisciplinar.

Art. 6 A Comissão será composta por:

I. Farmacêutico(s);
II. Médicos;
III. Médico infectologista;
IV. Enfermeiro(s);
V. Administração – Representante(s) do hospital/INSTITUTO CEM.

Art. 7 A nomeação da referida Comissão será feita através de portaria da Direção Geral do hospital e o mandato dos membros será de 02(dois) anos com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da portaria.

Parágrafo Único: Todos os integrantes da Comissão deverão assinar um documento declarando completa independência e total ausência de conflito de interesse financeiro ou de qualquer outra natureza em alguma indústria farmacêutica, representação farmacêutica, distribuidor, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal. A declaração deverá ser arquivada no Escritório da Qualidade.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art. 8 As reuniões da Comissão serão realizadas a cada dois meses, às segundas terças-feiras do mês, em dias úteis, conforme agenda anual previamente estabelecida. Havendo necessidade de reunião extraordinária ou de alteração da agenda, os membros serão comunicados a qualquer tempo.

Art. 9 Previamente às reuniões, a pauta será elaborada pelo Secretário da Comissão, aprovada pela Presidência e enviada a todos os participantes, com 03 (três) dias de antecedência.

Art.10 Todas as reuniões serão registradas em Ata e, posteriormente, apresentada aos participantes da mesma, com o registro fidedigno de todas as deliberações tomadas. Após assinatura e aprovação, as atas serão arquivadas no Escritório da Qualidade.

Art. 11 No caso de um membro efetivo ausentar-se em 03 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no decorrer de 12 (doze) meses, sem justificativa escrita e plausível, este será substituído por novo integrante, indicado pelo Presidente da Comissão, referendado pela Direção do hospital.

Parágrafo único. Na eventualidade de algum integrante, por motivo de qualquer ordem, deixar de fazer parte da Comissão, seu Presidente deverá indicar um substituto, cuja posse deverá ser referendada pela Direção do hospital / INSTITUTO CEM.

Art. 12 As reuniões deverão seguir o seguinte roteiro:

I. Abertura dos trabalhos pelo Presidente ou, em sua ausência, pelo Vice-Presidente;
II. Verificação da presença dos membros e existência de "quorum";
III. Aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
IV. Apresentação de assuntos por convidados externos, quando for o caso;
V. Leitura e apresentação dos itens da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação
VI. Organização da pauta da próxima reunião e distribuição dos trabalhos;
VII. Encerramento dos trabalhos.

§ 1 primeiro. Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA , por voto da maioria, poderá alterar a pauta da reunião comunicando-se a alteração a todos os membros.

§ 2 As questões deverão ser decididas através do voto da maioria dos membros desta comissão. Contudo, havendo a impossibilidade de se estabelecer o consenso e, esgotadas as argumentações (com base em evidências científicas), o Presidente terá direito ao voto de desempate. Qualquer membro poderá solicitar reexame de decisões exaradas, justificando possível inconveniência, inoportunidade ou ilegalidade.

§ 3 Após apresentação e leitura das solicitações de padronização de medicamentos, e também dos anexos que a compuserem, o Presidente dará início a fase de discussão e abrirá, a seguir, a fase de votação. O membro da comissão que não se considerar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá solicitar vista do processo, propor diligências ou, ainda, adiamento da discussão e votação. Neste caso, o Presidente estabelecerá nova data para reapresentação desta matéria.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

Art. 13 Elaborar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizados na Instituição, considerando a eficácia, segurança, qualidade e custo.

Art. 14 Divulgar a padronização.

Art. 15 Incentivar a investigação sobre a utilização de medicamentos e usar seus resultados para desenvolver o monitoramento de seu uso (estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância).

Art. 16 Validar protocolos de tratamento, elaborados pelos diferentes serviços clínicos do hospital.

Art. 17 Implementar atividades de educação continuada em terapêutica em parceria com o Departamento de Gestão de Pessoas/ hospital.

Art. 18 Trocar experiências com Comissões de outros hospitais, principalmente quanto a protocolos de uso de drogas.

Art. 19 Produzir material informativo sobre medicamentos e divulgá-los ao corpo técnico do hospital.

Art. 20 Realizar controle de qualidade da padronização.

Art. 21 Repassar as deliberações da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA para que a Farmácia providencie a atualização e divulgação da nova padronização sempre que necessário.

Art. 22 Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e/ou eficácia duvidosa.

Art. 23 Avaliar as solicitações de inclusão e exclusão de medicações da padronização.

Art. 24 Sugerir à Diretoria Geral do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO / Instituto CEM a compra de literatura especializada sobre medicamentos.

Parágrafo Único: Os processos de avaliação para inclusão e exclusão de medicamentos, discutidos nas reuniões da Comissão, serão registrados e guardados no Escritório da Qualidade, disponibilizados para consulta de qualquer integrante do corpo técnico do hospital, interessado, pelo período de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 25 Ao Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

- Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e Apoio;
- Representar a COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA em suas relações internas e externas;
- Instalar e Presidir reuniões;
- Emitir pronunciamento da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA quanto às questões relativas a medicamentos;
- Promover a convocação das reuniões;

- Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;
- Designar membros executivos da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA para emissão de Pareceres Técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos desta Comissão;
- Aprovar "ad referendum" no caso de manifesta urgência;
- Indicar o Vice-Presidente, enquanto seu substituto, entre os membros da Comissão;
- Distribuir tarefas.

Parágrafo Único: O Presidente poderá solicitar o encaminhamento de processos ou consulta a outros profissionais, ou instituições públicas ou privadas, para estudo, pesquisa ou informações a respeito do que julgar pertinente, bem como solicitar o comparecimento de consultores às reuniões para esclarecimentos, após aprovação de sua convocação em ata.

Art. 26 Caberá ao Vice-Presidente:

- Auxiliar o Presidente nas atividades e decisões da Comissão;
- Substituir ou representar o Presidente, na sua ausência, em reuniões da Comissão e/ou eventos afins.

Art. 27 Caberá ao Secretário:

- Acompanhar as reuniões;
- Assistir ao Presidente e aos representantes da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Dar encaminhamento formal às deliberações e preparar o expediente;
- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- Providenciar as diligências determinadas;
- Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
- Providenciar a elaboração das atas das reuniões bem como coletar a assinaturas dos membros;

- Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
- Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;
- Manter em dia e protocoladas os documentos recebidos e enviados pela Comissão.

Art. 28 Aos demais Membros caberão:

- Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
- Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;
- Coordenar grupos técnicos de trabalho e apoio.

CAPÍTULO VIII

DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 29 A seleção de medicamentos para a padronização é baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões bibliográficas sistemáticas para avaliar evidência clínica ou ainda através de análise de decisão.

Art. 30 Inclui-se aos critérios para a padronização previstos no artigo anterior:

I. Designação genérica (DCB), e, na sua ausência, a denominação comum internacional (DCI);
II. Padronizar medicamentos com um único principio ativo, excluindo-se (sempre que possível) as associações, exceto as que forem necessárias;
III. Padronizar medicamentos, considerando o menor custo para aquisição, armazenamento, dispensação e controle, desde que resguardada a sua qualidade;
IV. Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo total do tratamento sejam menores;

V. Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na dispensação;

VI. Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem considerando a comodidade para administração, faixa etária, facilidade da dose a ser administrada, facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;

VII. Evitar multiplicidade de princípios ativos para a mesma indicação terapêutica. Parágrafo único. Quando houver necessidade de parecer técnico específico, um profissional não integrante da comissão e com notório saber da causa será convidado a participar de reunião para deliberação conjunta.

Art. 31 A seleção de medicamentos (inicial, inclusões e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados no hospital, será consenso da Comissão e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações oficializadas e atualizadas em documento próprio.

Art. 32 O corpo técnico do hospital terá a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização sempre que julgar necessário, mediante a aprovação da coordenação da especialidade solicitante atestada em formulário específico. Para a inclusão de medicamentos antimicrobianos será necessário o parecer da Comissão.

Parágrafo Único: Solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos serão analisadas em plenária, conforme critérios estabelecidos, e o solicitante receberá sempre uma resposta da Comissão. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário de Solicitação de Inclusão ou Exclusão na Padronização.

CAPÍTULO IX

DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Art. 33 O trabalho da Comissão será demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34 Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de medicamentos no hospital deverá passar por avaliação prévia desta Comissão, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 35 Conforme demanda de trabalho, será facultativo ao membro da Comissão a possibilidade de análise dos processos de inclusão e exclusão de medicamentos no próprio ambiente de trabalho, sem prejuízo dos serviços internos, sendo este um incentivo para atuação dos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Haverá, ainda, proteção de carga horária, principalmente para aqueles profissionais que estiverem a serviço desta Comissão, fora de seu horário de trabalho habitual; sendo que as horas de trabalho na Comissão contarão também como horas de trabalho no expediente normal.

Art. 36 Cabe à Direção do hospital e às Diretorias do Instituto CEM fazer respeitar o presente Regimento Interno.

Art. 37 Este Regimento Interno, após aprovado pela maioria, deverá ser assinado pelos membros titulares, assim como eventuais alterações que porventura venham a ocorrer e, em seguida, referendados pela Diretoria Geral do hospital.

7.22.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	Ano:											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
Reunião de planejamento anual	X											X
Reuniões ordinárias		X		X		X		X		X		X
Capacitações	X		x			x			x			x

Elaboração de Relatórios		X		X		X		X		X		X
Acompanhamento dos processos de compra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a emissão de Pareceres técnicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgar a inclusão ou exclusão de itens padronizados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informar os profissionais de saúde do hospital sobre o plano operacional – atividades			X			X			X			X
Elaborar proposta de melhoria contínua dos processos da Comissão	x		x		x		x		x		X	
Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planejar e demonstrar a organização horária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantar e acompanhar os controles sobre os fármacos de alto custo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação do sistema de dose unitária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.23 Comitê de Compliance

7.23.1 Proposta de Constituição

O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselho de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno.

7.23.1.1 Finalidade

O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselho de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da instituição ou empresa bem como evitar detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.

7.23.1.2 Membros

O Comitê será composto por até 7 (sete) membros, designados pelo Conselho, e deverão fazer parte, obrigatoriamente, como membros do Comitê, o Presidente do Conselho, dois diretores estatutários, e o Compliance Officer. Demais membros poderão ser indicados dentre profissionais do mercado, executivos da Unidade, e/ou membros do Conselho, e que possuam qualificação técnica para o cargo.

Os membros do Comitê deverão ser eleitos durante a primeira reunião do Conselho que ocorrer após a realização da Assembleia Geral Ordinária da Unidade e que eleger os membros do Conselho. Mandato

7.23.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Artigo 1º. O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselho de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da instituição ou empresa bem como evitar detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DO COMITÊ

Artigo 2º. O Comitê, além de aconselhar, apoiar e identificar pontos de aprimoramento do programa de Compliance e violações de Compliance dentro da Unidade, tem por finalidade assegurar que os negócios da Unidade, inclusive de suas controladas, sejam conduzidos de forma íntegra e ética, em conformidade com os parâmetros da Lei Anticorrupção brasileira e demais legislações, Código de Conduta e controles internos.

Artigo 3º. O Comitê deverá seguir e respeitar os objetivos para os quais foi criado, mantendo-se fiel aos assuntos que lhe compete, evitando tratar de temas alheios a seus objetivos.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS

Artigo 4º. Compete ao Comitê de Compliance:

I. Promover uma cultura de integridade no Hospital, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;

II. Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, do Código de Conduta e demais políticas da Unidade;

III. Desenvolver parcerias confiáveis, em todos os aspectos do negócio da Unidade, de forma a minimizar os riscos;

IV. Capacitar os gestores e equipes da Unidade para que conduzam os negócios sempre de maneira ética, garantindo que a cultura de Compliance seja a base da estratégia, metas e objetivos da Unidade;

V. Revisar os riscos chave de Compliance, garantindo que as iniciativas estratégicas relacionadas à Compliance e à ética nos negócios sejam priorizadas e controladas;

VI. Receber e analisar as comunicações feitas pelos canais de denúncia e ocorrências que chegarem ao seu conhecimento, conduzindo investigações, baixando as regras complementares ao Código de Conduta, e decidindo pelas penalidades cabíveis (se for o caso) para mitigar os riscos;

VII. Detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados tanto contra a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, como a nível internacional;

VIII. Realizar apontamentos ao Comitê de Auditoria e Risco e/ou ao Conselho sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito à lei e/ou Código de Conduta, acompanhando o andamento de tais apontamentos, bem como da aplicação das penalidades que possam vir a ser impostas;

IX. Deliberar sobre a execução e aplicação do contrato de Indenidade dos administradores decorrente de ato praticado ou fato ocorrido em razão do seu mandato no exercício das atribuições que ao mesmo competem, provendo, inclusive, o pagamento de quaisquer despesas no âmbito do referido contrato. Caso o administrador envolvido seja um membro do Comitê de Compliance, o Conselho deverá deliberar sobre a execução e aplicação do referido contrato.

X. Definir os nomes dos profissionais com os quais a unidade celebrará Contrato de Indenidade. Caso o indicado seja membro do Comitê, deverá abster-se de votar nessa matéria.

CAPÍTULO IV

COMPOSIÇÃO, MANDATO E REQUISITOS

Artigo 5º. Os membros do Comitê deverão ser eleitos durante a primeira reunião do Conselho que ocorrer após a realização da Assembleia Geral Ordinária da Unidade e que eleger os membros do Conselho. Mandato

Artigo 6º. Os membros do Comitê terão mandato unificado em igual prazo ao do Conselho, sendo permitida a reeleição, podendo, ainda, serem substituídos a qualquer tempo por decisão do Conselho. Composição

Artigo 7º. Deverão fazer parte, obrigatoriamente, como membros do Comitê, o Presidente do Conselho, dois diretores estatutários, e o Compliance Officer. Demais membros poderão ser indicados dentre profissionais do mercado, executivos da Unidade, e/ou membros do Conselho, e que possuam qualificação técnica para o cargo.

Artigo 8º. O Comitê será composto por até 7 (sete) membros, designados pelo Conselho, e observado o disposto no Artigo 7.

Artigo 9º. Na mesma reunião em que o Conselho nomear os membros do Comitê, deverá eleger o respectivo coordenador.

Artigo 10.º É vedada a participação de membros do Conselho Fiscal da Unidade para compor o Comitê.

CAPÍTULO V

DEVERES DOS MEMBROS DO COMITÊ

Artigo 11º. É dever de cada membro:

I. Atuar com a máxima independência e objetividade, visando o melhor interesse da Unidade, para que o Comitê possa atingir a sua finalidade;

II. Manter sigilo sobre as informações confidenciais e/ou reservadas a que tiver acesso em razão do exercício do cargo, sendo responsável pela manutenção de sigilo pelos terceiros contratados para prestar assessoria ao Comitê;

III. Observar e respeitar o Código de Conduta e demais Códigos e Políticas da Unidade e envidar os melhores esforços para o desenvolvimento e adoção das boas práticas de Governança Corporativa pela Unidade;

IV. Declarar-se previamente impedido a qualquer discussão e/ou deliberação de matéria que for submetida à sua apreciação, na qual tenha interesse particular ou conflitante com o da Unidade, abstendo-se de participar das discussões e de votar;

V. Manter o Coordenador do Comitê informado sobre quaisquer processos e/ou inquéritos administrativos ou judiciais em que seja parte; e

VI. Sempre que devidamente informado pela Unidade, desenvolver e manter conhecimentos sobre os negócios da mesma, suas operações e riscos.

CAPÍTULO VI

ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR

Artigo 12. O Coordenador do Comitê tem as seguintes atribuições:

a) Propor o calendário anual de reuniões ordinárias no início de cada exercício;

b) Propor os temas da agenda anual no início de cada exercício;

c) Convocar as reuniões ordinárias e as reuniões extraordinárias, quando necessário;

d) Coordenar as reuniões e as atividades do Comitê, assegurando sua eficácia e bom desempenho; e) Prestar contas ao Conselho, bimestralmente, sobre os trabalhos realizados pelo Comitê, sendo que tal prestação de contas dar-se-á por meio de tema a ser pautado na agenda ordinária do Conselho;

f) Representar o Comitê nas reuniões de qualquer outro órgão de governança da Unidade, quando necessário; e

g) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.

CAPÍTULO VII

SECRETÁRIO DO COMITÊ

Artigo 13º. O Coordenador nomeará um dos membros do Comitê para atuar como secretário, e que terá as seguintes atribuições:

I. Auxiliar o Coordenador do Comitê na elaboração dos calendários e agendas, bem como na divulgação dos mesmos aos participantes;

II. Monitorar e informar o Coordenador do Comitê sobre os assuntos a serem incluídos na pauta de cada reunião, considerando a agenda ordinária anual do Comitê, as solicitações de seus membros ou de Conselheiros de Administração e as eventuais pendências;

III. Assessorar o Coordenador no envio das convocações, pauta e eventuais materiais de apoio de cada reunião aos membros dos órgãos de governança e garantir cumprimento de prazos de envio e solicitação de informações;

IV. Secretariar as reuniões, registrar as discussões e decisões, elaborar as atas e, após revisão do Coordenador e aprovação dos demais membros, colher as respectivas assinaturas e formar o respectivo Livro, mantendo-o sob sua guarda;

V. Disponibilizar cópias das atas das reuniões e outros documentos correlatos aos membros do Comitê;

VI. Elaborar, gerir e coletar assinaturas na lista de presença dos participantes das reuniões;

VII. Organizar e dar apoio técnico e logístico a todas as atividades realizadas pelo Comitê; e

VIII. Manter disponível ao Conselho as atas assinadas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO VIII

VACÂNCIA DEFINITIVA

Artigo 14.Em caso de vacância definitiva (renúncia, destituição e impedimento permanente) de membro do Comitê, será convocada reunião do Conselho para a indicação de novo membro, respeitadas as regras de composição previstas neste Regimento e em todos os documentos societários da Unidade, no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da ocorrência da vacância. Parágrafo 1. A renúncia ao cargo é feita mediante comunicação

escrita ao Coordenador, contendo os motivos da renúncia, que se tornará eficaz a partir de seu recebimento.

Parágrafo 2º. No caso de vacância do cargo de Coordenador do Comitê, um coordenador interino, escolhido entre os membros remanescentes, será indicado pela maioria dos membros do Comitê até a eleição do novo Coordenador. O Conselho elegerá o novo Coordenador para assumir os trabalhos do Comitê no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da ocorrência da vacância.

CAPÍTULO IX

REUNIÕES E NORMAS DE FUNCIONAMENTO CALENDÁRIO

Artigo 15. O Comitê reunir-se-á sempre que convocado por qualquer de seus membros, instalando-se as reuniões com a presença da maioria de seus membros, devendo os pareceres e decisões serem tomados por maioria dos votos dos presentes. Poderá o Coordenador do Comitê convocar reuniões extraordinárias, sempre que necessário para discutir assuntos vinculados às competências do Comitê. As reuniões não poderão ser postergadas mais de uma vez por trimestre, sem o prévio consentimento de todos os seus membros.

Artigo 16. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão convocadas, por escrito, pelo Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, sendo admitida a convocação por correio eletrônico (e-mail). As convocações deverão indicar a data, a hora, o local e a ordem do dia da reunião. Artigo 17. As reuniões extraordinárias realizar-se-ão validamente, independentemente de convocação, caso se verifique a presença da maioria dos membros do Comitê, e desde que as deliberações tenham sido aprovadas pela totalidade dos presentes.

Artigo 18. A inclusão de assuntos extrapauta na ordem do dia dependerá da aprovação da maioria dos membros do Comitê. Artigo 19. As reuniões do Comitê serão realizadas nas dependências da Unidade. O Coordenador poderá, caso solicitado pela maioria dos membros do Comitê, realizar a reunião em lugar diverso, desde que o custo de tal mudança esteja previsto no orçamento e o local constante no aviso de convocação.

Artigo 20. As reuniões do Comitê somente se realizarão com a presença da maioria dos membros, sendo facultada a participação por conferência telefônica ou videoconferência, na forma do disposto no Artigo 21 deste Regimento. Se for necessário, a reunião será transferida para nova data a ser sugerida pelo Coordenador do Comitê e acordada com todos os demais membros.

Artigo 21. Por proposta do Coordenador e sujeito à disponibilidade de infraestrutura a ser organizada pela Unidade, fica facultada a participação de membros do Comitê por conferência telefônica ou videoconferência. Nesta hipótese, as deliberações serão válidas para todos os efeitos legais e incorporadas à ata da respectiva reunião, desde que o membro participante à distância aprove a ata por correio eletrônico (e-mail).

Parágrafo Único. O membro de Comitê que participar de forma não presencial deve comprometer-se a impedir que terceiros, do seu conhecimento, assistam à reunião.

Artigo 22. O Comitê, através do seu respectivo Coordenador, poderá convidar Consultores, Diretores Executivos ou colaboradores da Unidade para participar de reunião, cuja participação do convidado seja necessária para auxiliar nos trabalhos do Comitê. Tais convidados permanecerão somente durante o período em que a matéria que originou sua convocação esteja sendo apreciada, não participando das recomendações emitidas pelo Comitê nem implicando em sua integração ao Comitê.

Artigo 23. O Comitê pode, no âmbito de suas atribuições e sob coordenação do seu respectivo Coordenador, utilizar-se do trabalho de especialistas, o que não o eximirá d suas responsabilidades perante a Unidade.

Artigo 24. As recomendações do Comitê serão tomadas pela maioria de votos, excluídos os votos de eventuais membros com interesses conflitantes com o da Unidade. As manifestações dos membros poderão ser encaminhadas por email ao Coordenador ou Secretário do Comitê para elaboração da respectiva ata.

Artigo 25. As reuniões deverão ser transcritas em atas de forma sucinta e com clareza, e deverão constar, além dos pontos mais relevantes das discussões, a relação dos membros e eventuais convidados presentes, justificativas para as ausências, recomendações emitidas, eventuais situações de conflitos de interesses, providências solicitadas, responsabilidade e prazos. Parágrafo 1. As atas das reuniões deverão ser lidas, aprovadas

e assinadas durante o início da reunião subsequente. Se necessário, os assuntos registrados em ata poderão ser encaminhados às áreas responsáveis para tomada das providências recomendadas ou solicitadas pelo Comitê. Parágrafo 2. Eventuais dissidências e respectivos fundamentos deverão constar nas atas.

CAPÍTULO X

INTERAÇÃO COM OS DEMAIS ÓRGÃOS DA UNIDADE

Artigo 26. Quando necessário, o Coordenador representará o Comitê nas reuniões de qualquer outro órgão de governança da Unidade.

Artigo 27. O Coordenador deverá reportar ao Conselho as recomendações e atividades desempenhadas pelo Comitê, sendo facultado o envio das atas das reuniões, estudos, apresentações e demais documentos utilizados durante as reuniões.

Artigo 28. A Unidade poderá disponibilizar aos membros do Comitê, caso solicitado, trechos das atas das assembléias gerais, das reuniões do Conselho, Comitê de Auditoria e do Conselho Fiscal que forem aplicáveis às atribuições do Comitê. A Unidade deverá fornecer aos membros do Comitê as informações necessárias para o desempenho de suas funções, desde que permitido por lei e pelo Estatuto Social da Unidade.

Capítulo XI

Orçamento, Remuneração e Despesas

Artigo 29. O orçamento anual do Comitê será aprovado pelo Conselho.

Artigo 30. Não haverá qualquer hierarquia entre os membros de Comitê, cabendo ao Conselho atribuir eventual remuneração por participação de membros nos Comitê, em ata que definir a remuneração dos administradores da Unidade.

§ 1: À exceção dos membros do Comitê Executivo e da Diretoria, os Conselheiros que fizerem parte do Comitê farão jus a um adicional mensal único, estabelecido pelo Conselho de Administração. Os Diretores e os funcionários da Unidade que exercerem funções no Comitê, não serão remunerados como membros do Comitê. Demais membros do Comitê que não forem administradores ou funcionários da sociedade e/ou que forem profissionais

externos convidados, receberão, mensalmente, por sua participação no Comitê a importância que for estabelecida pelo Conselho de Administração.

§ 2: A remuneração dos membros do Comitê, no caso de administradores, quando couber, será fixada pelo Conselho, dentro do montante global fixado pela Assembleia Geral para pagamento de honorários aos administradores.

Artigo 31. A Unidade deverá providenciar o reembolso de despesas de locomoção, hospedagem e refeição incorridas para a participação dos membros nas reuniões, devidamente comprovadas e respeitadas as políticas de reembolso da Unidade.

CAPÍTULO XII

DISPOSIÇÕES GERAIS ALTERAÇÃO

Artigo 32. O presente Regimento somente poderá ser alterado pelo Conselho, mediante proposta do Coordenador e com aprovação da maioria dos membros do Comitê.

Artigo 33. As omissões deste Regimento e dúvidas de interpretação serão submetidas ao Conselho para resolução.

Artigo 34. Neste Regimento compreende-se a Unidade e suas controladas e coligadas.

Artigo 35. Este Regimento entra em vigor na data da sua aprovação pelo Conselho e será arquivado na sede da Unidade.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.23.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	Ano											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12

Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir Ações para aconselhar, apoiar e identificar pontos de aprimoramento do programa de Compliance e violações de Compliance dentro da Unidade,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir Ações assegurar que os negócios da Unidade, inclusive de suas controladas, sejam conduzidos de forma íntegra e ética, em conformidade com os parâmetros da Lei Anticorrupção brasileira e demais legislações, Código de Conduta e controles internos.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover uma cultura de integridade no Hospital, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, do Código de Conduta e demais políticas da Unidade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Desenvolver parcerias confiáveis, em todos os aspectos do negócio da Unidade, de forma a minimizar os riscos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Capacitar os gestores e equipes da Unidade para que conduzam os negócios sempre de maneira ética, garantindo que a cultura de Compliance seja a base da estratégia, metas e objetivos da Unidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Revisar os riscos chave de Compliance, garantindo que as iniciativas estratégicas relacionadas à Compliance e à ética nos negócios sejam priorizadas e controladas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Receber e analisar as comunicações feitas pelos canais de denúncia e ocorrências que chegarem ao seu conhecimento, conduzindo investigações, baixando as regras complementares ao Código de Conduta, e decidindo pelas penalidades cabíveis (se for o caso) para mitigar os riscos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

	Detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados tanto contra a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, como a nível internacional;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Realizar apontamentos ao Comitê de Auditoria e Risco e/ou ao Conselho sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito à lei e/ou Código de Conduta, acompanhando o andamento de tais apontamentos, bem como da aplicação das penalidades que possam vir a ser impostas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Deliberar sobre a execução e aplicação do contrato de Indenidade dos administradores decorrente de ato praticado ou fato ocorrido em razão do seu mandato no exercício das atribuições que ao mesmo competem, provendo, inclusive, o pagamento de quaisquer despesas no âmbito do referido contrato. Caso o administrador envolvido seja um membro do Comitê de Compliance, o Conselho deverá deliberar sobre a execução e aplicação do referido contrato.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Definir os nomes dos profissionais com os quais a unidade celebrará Contrato de Indenidade. Caso o indicado seja membro do Comitê, deverá abster-se de votar nessa matéria.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover programas de educação/sensibilizaç ão continuados dirigidos à comunidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.24 Outras Comissões

7.24.1 Comissão de Residência Médica (COREME)

Deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica bem como um secretário/técnico administrativo em cumprimento à Resolução CNRM n 2/2013 de 03 de julho de 2013.

A Comissão de Residência Médica - COREME é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica CNRMe da Comissão Estadual de Residência Médica - CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto n 7.562, de 15 de setembro de 2011.

A COREME é o órgão responsável pela emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro em sistema de informação da CNRM, e por se tratar de um órgão colegiado, será constituído por um coordenador e um vice-coordenador, um representante do corpo docente por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, um representante da instituição de saúde; e um representante dos médicos residentes por programa de residência médica, assessorados por um secretário/técnico administrativo, todos devidamente eleitos para tal.

Os representantes referidos acima indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

7.24.1.1 Proposta de Constituição

DA FINALIDADE

A proposta do Programa de Residência em Saúde no hospital , visa integrar-se ao movimento promovido pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, com vistas à formação de profissionais para atender aos princípios do SUS, em especial ao princípio da Integralidade da Atenção à Saúde. Atende à Lei n 11.129, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e à Portaria n 1077 de 12 de novembro de 2009.

Sob este enfoque, o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO desenvolverá projetos para a formação dos diferentes profissionais de Saúde, articulando o Ensino de Graduação e Pós-Graduação aos Serviços de Saúde integrados ao SUS.

A comissão de residência em saúde terá a proposta a qual se insere-se em uma cooperação entre o Instituto CEM e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

A implantação efetiva desta comissão dará continuidade à integração ensino-serviço na atenção hospitalar integrado à rede de serviços de Saúde do Estado de Goiás.

MEMBROS

A COREME será composta por um Coordenador, um Vice-Coordenador, um Supervisor de cada Programa de Residência Médica, um representante da Instituição (HERSO), um representante dos Médicos Residentes, por cada Programa de Residência Médica.

7.24.1.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1 - O Programa de Residência Médica (PRM) é instituído na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, na forma do Decreto nº. 3.960, de 06/04/93 e da Lei de Diretrizes e Base da Educação-LDB de 1998.

§ 1º - Os PRM do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, e Instituições Conveniadas são desenvolvidos sob os auspícios da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, com apoio da Assessoria Geral das COREMES - Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG), e organizados de acordo com o Decreto nº 80281/77 e Lei nº 6932/81 e concomitantemente em concordância com Resolução CNRM nº2/2013, de 03 de julho de 2013.

§ 2º – Os PRM têm como características obrigatórias, o treinamento em serviço em regime de 60 h semanais, funcionando no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO e em Instituições Conveniadas, sob a supervisão de médicos de elevada qualificação ética e profissional, que possuam Residência Médica e/ou Título de Especialista na área de seu programa.

Art. 2 - A concessão do Certificado de Residência Médica estará condicionada às normas legais que regulamentam a Residência Médica.

Art. 3 - A Comissão de Residência Médica (COREME) é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), estabelecida no HERSO, que tem como funções planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os PRM da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7562, de 15 de setembro de 2011.

Art. 4 - Para desempenho de suas funções a COREME tem suporte da Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) do HERSO e a Instituição cede a COREME um Executor Administrativo de forma contínua para as atividades administrativas.

Parágrafo Único: a descrição de atribuições e qualificações do Executor Administrativo da COREME e eventuais auxiliares e suas funções são publicadas em Portaria da COREME, em comum acordo entre Coordenador, Diretoria da Instituição e Assessoria Geral das COREMES da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG), podendo sofrer atualizações necessárias de acordo com as necessidades da COREME.

Art. 5 - A COREME enviará anualmente para Diretoria da Instituição a sua composição para próximo ano letivo, conforme capítulo VIII deste regimento, para que seja publicada Portaria de divulgação aos Departamentos e Serviços do Hospital.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 6- A COREME compõe-se de:

a) Um Coordenador;

b) Um Vice Coordenador;

c) Um Supervisor de cada Programa de Residência Médica;

d) Um representante da Instituição (HERSO);

e) Um Secretário ou Técnico Administrativo;

e) Um representante dos Médicos Residentes, por cada PRM.

Parágrafo Único – Os grupos referidos nos incisos c, d e e indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

Art. 7- O Coordenador deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, e membro da COREME/HERSO, com experiência na supervisão de médicos residentes e domínio da legislação sobre residência médica.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8 - Compete à COREME:

a) Planejar a criação de novos PRM na instituição, manifestando-se sobre a conveniência de fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas oferecidas;

b) Coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os PRM da instituição, de acordo com as normas em vigor;

c) Avaliar periodicamente os PRM da instituição;

d) Elaborar e revisar o seu regimento interno;

e) Participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada;

f) Emitir certificados de conclusão de programa dos médicos residentes em consonância com o regimento e legislação em vigor.

Art. 9 - A COREME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, podendo se reunir, extraordinariamente, quando convocada pelo Coordenador ou por 03 (três) de seus membros.

§ 1° - A convocação, salvo em casos de extrema urgência, será feita por escrito, com 48 (quarenta e oito) horas no mínimo de antecedência, constando a pauta da reunião.

§ 2° - A COREME se reunirá e tomará deliberações numa primeira convocação, com a maioria absoluta de seus membros; não havendo quórum, se reunirá numa segunda

convocação, após meia hora da primeira convocação, com qualquer número de seus membros.

§ 3° - Quando a convocação for para deliberar sobre Edital de Concurso, mudança do Regimento Interno e aplicações de penalidades, a reunião plenária terá que ter, preferencialmente, a maioria de seus membros, e deverá ser convocada com uma antecedência mínima de quinze dias.

§ 4° - As reuniões poderão ocorrer em formato presencial ou plataforma digital à distância.

Art. 10- Compete ao Coordenador:

a) Coordenar as atividades da COREME;

b) Convocar reuniões e presidi-las;

c) Encaminhar à unidade de saúde as decisões da COREME;

d) Coordenar o processo seletivo dos Programas de Residência Médica da Unidade de Saúde;

e) Representar a COREME junto à Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás (CEREM);

f) Encaminhar trimestralmente à CEREM e SESG informações atualizadas sobre os Programas de Residência Médica da Unidade de Saúde;

g) Encaminhar mensalmente ao Coordenador da Assessoria Geral das COREMEs/SESG, o relatório mensal de atividades atestado pelo Coordenador da COREME, a fim de que o mesmo seja consolidado na planilha de pagamento;

h) Fazer cumprir o presente Regimento.

Art. 11 Compete ao Vice Coordenador:

- Substituir o Coordenador em suas faltas, férias, licenças e impedimentos.
- Colaborar com o Coordenador no exercício das atividades previstas no artigo anterior.

- Desempenhar tarefas e funções que lhe forem confiadas pelo Coordenador.

CAPÍTULO IV

DOS SUPERVISORES, PRECEPTORES. TUTORES E COLABORADORES

Art. 12 Os Supervisores são os responsáveis pela programação da Residência Médica da especialidade.

Art. 13 Supervisor: médico especialista do corpo clínico da instituição de saúde, com título na área do Programa que supervisionará, responsável pela gestão do Programa, com excelência no desempenho de habilidades técnicas, com capacidade de reflexão sobre a prática diária do profissional, com papéis importantes de observar o exercício das atividades, zelar pelo seu desempenho profissional e atuar na revisão da prática profissional

Art. 14 Compete ao Supervisor:

- Elaborar anteprojeto da Programação das atividades que deverá ser discutido e aprovado pela Comissão de Residência Médica - COREME.
- Zelar pelo fiel cumprimento do Programa de Residência Médica - PRM, suas normas técnicas, administrativas, disciplinares, organizando escala de atividades e férias do Médico Residente e Preceptores, compatibilizando as diversas atividades do Programa de Residência Médica - PRM e aplicando eventuais medidas disciplinares.
- Promover a revisão e evolução contínua do Programa de Residência Médica, de acordo com a legislação, as políticas de saúde, a ética médica, as evidências científicas e as necessidades sociais.
- Avaliar com regularidade e continuidade os Médicos Residentes, apresentando relatórios trimestrais à COREME.
- Avaliar anualmente os Preceptores e as diversas atividades do Programa de Residência Médica - PRM, apresentando conclusões à COREME.
- Representar o Programa de Residência Médica da instituição de saúde nas reuniões da COREME

- Auxiliar a COREME na condução do Programa de Residência Médica que representa.
- Mediar a relação entre o Programa de Residência Médica e a COREME.
- Organizar as escalas de distribuição dos Residentes (rodízios nos setores, instituições conveniadas, férias e plantões).

Art. 15 Preceptor: médico especialista, integrante do corpo clínico da instituição de saúde com conhecimento e habilidades em desempenhar procedimentos clínicos, com competência pedagógica, que tem seu principal papel no ensinar a clinicar, por meio de instruções formais com determinados objetivos e metas.

Parágrafo único: O Preceptor do Programa de Residência Médica, após selecionado pela COREME, será designado em portaria do Secretário de Estado da Saúde, com vigência por um ano a contar do início do ano letivo da Residência Médica; anualmente, será renovado por meio de avaliações do Coordenador da COREME, Supervisores e residentes do Programa no qual exerce a função, somado ao Curriculum Vitae postado na Plataforma Lattes e atualizado até 31 de dezembro de cada ano.

Art. 16 Compete ao Preceptor:

- Orientar e supervisionar o médico residente em todas as atividades, avaliá-lo de forma continuada e estimular seu desenvolvimento técnico-profissional e ético.
- Colaborar com a Programação, elaboração e execução das atividades teóricas do Programa de Residência Médica - PRM;
- Participar das reuniões a que forem convocados pelo Supervisor do Programa de Residência Médica ou pela Comissão de Residência Médica - COREME, e ainda contribuir para o bom andamento dos Programas, em harmonia com as normas técnicas, administrativas e disciplinares da Instituição de Ensino.
- Proporcionar completa cobertura didática ao Médico Residente.
- Promover reuniões científicas e atividades de treinamento prático.
- Estimular, planejar e assegurar a execução de trabalhos de pesquisa.

- Manter informado o Supervisor do PRM das atividades desenvolvidas pelos Residentes.
- Substituir o Supervisor, nos casos de ausência ou impedimento.

DOS TUTORES

Art. 17 – Tutor: A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e profissionais de saúde residentes, estruturada nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos, preferencialmente servidor efetivo da SES-GO.

§ 1º A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e profissionais de saúde residentes.

§ 2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e profissionais de saúde residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

§ 3º A seleção dos tutores deverá ser realizada por uma Comissão de Seleção composta pelo Coordenador do Programa, 01 (um) representante da COREMU/HERSO e 01 (um) representante indicado pelo Diretor Técnico. Compete à COREMU/SESG a aprovação final da seleção.

Art. 18 É de competência do Tutor:

I. Representar a área profissional junto à Coordenação do Programa;

II. Promover a gestão necessária para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;

III. Coordenar as atividades de seus preceptores;

IV. Executar e orientar o desenvolvimento de atividades teóricas, práticas e teórico-práticas;

V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;

VI. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PPP do programa;

VII. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PPP;

VIII. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IX. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e profissionais de saúde residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

X. Articular a integração dos preceptores e profissionais de saúde residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

XI. Participar do processo de avaliação dos preceptores e profissionais de saúde residentes;

XII. Participar da avaliação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

XIII. Orientar e avaliar os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), conforme as regras estabelecidas no Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação de TCR;

XIV. Selecionar o quadro de preceptores;

XV. Aplicar medidas disciplinares cabíveis quando ocorrer situações de descumprimento dos deveres por parte do profissional de saúde residente.

Art. 19 Médico Colaborador: excecionalmente, serão designados por necessidade de desenvolvimento dos Programas de Residência Médica médico especialista, integrante do corpo clínico da instituição de saúde, a fim de atuar como colaborador mediante justificativa

fundamentada do Supervisor do Programa, com base no projeto pedagógico do Programa de Residência Médica, devidamente submetida e acatada pela COREME, em reunião e registrada em ATA, conforme exigência de currículo mínimo obrigatório da CNRM/MEC, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos residentes em cenários de ensino e aprendizagem necessários aos Programas.

Art. 20 Atendidas as exigências legais estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e os critérios fixados por esta Portaria, caberá à Comissão de Residência Médica (COREME) realizar os procedimentos para fins de cadastramento dos profissionais

Parágrafo único: A seleção dos Preceptores realizada pela COREME levará em conta o perfil profissional quanto a sua formação humanística e ética, seu compromisso com a sociedade, seus conhecimentos e habilidades como profissional em exercício na instituição de saúde, bem como o seu envolvimento na preparação e na ministração das atividades didáticas da Residência Médica e, ainda, sua participação em congressos e sua produção técnica e científica

CAPÍTULO V

DA CARGA HORÁRIA DO COORDENADOR, VICE COORDENADOR, SUPERVISORES E PRECEPTORES

(Conforme Portaria No. 469/2020-SES, publicada no Suplemento do Diário Oficial do Estado de Goiás, em 28/02/2020)

Art. 21 Para o desempenho de suas funções o Coordenador, Vice Coordenador, Supervisores e Preceptores a COREME tem a disposição as seguintes cargas horárias:

§ 1° O Coordenador da COREME terá reservado junto à Unidade de Saúde um total de 50% (cinquenta por cento) das horas contratuais para a realização das atribuições determinadas nesta Portaria. O Vice Coordenador substituirá o Coordenador em suas faltas e impedimentos, com as mesmas prerrogativas e obrigações.

§ 2° O Supervisor terá reservado junto à unidade de saúde um percentual de horas contratuais, proporcional ao número de residentes do Programa do qual é supervisor, para a realização das atribuições determinadas, na seguinte forma:

a) 0 a 10 residentes, 20% das horas contratuais;

b) 11 a 20 residentes, 30% das horas contratuais; 21 e mais residentes, 40% das horas contratuais, resguardadas as disposições do artigo 22 da Lei 18.464, de efetivo exercício em uma destas funções, em jornada mínima de 20 (vinte) horas semanais.

CAPÍTULO VI

DO REPRESENTANTE DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 22 O representante e suplente dos médicos residentes deverá estar regularmente matriculado em um PRM do HERSO, preferencialmente em anos distintos da residência.

Art. 23 Compete ao representante dos médicos residentes:

I. Representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;

II. Auxiliar a COREME na condução dos PRM;

III. Mediar a relação entre os médicos residentes e a COREME.

CAPÍTULO VII

DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO

Art. 24 O representante do HERSO deve ser médico integrante de sua diretoria.

Art.25 Compete ao representante do HERSO:

I. Representar o HERSO nas reuniões da COREME;

II. Mediar a relação entre a Instituição (HERSO) e a COREME.

CAPÍTULO VIII

DA ESCOLHA E DO MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 26 A eleição de coordenador e vice coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos:

I. a COREME, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;

II. as candidaturas deverão ser registradas antes da eleição;

III. a eleição será presidida pelo coordenador da COREME;

IV. caso o coordenador da COREME seja candidato a eleição, um membro do corpo docente, não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

V. a votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

VI. em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade

Parágrafo único: O médico residente é inelegível aos cargos de Coordenador e Vice coordenador da COREME.

Art.27 Os mandatos do Coordenador e Vice coordenadores tem duração de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.28 O Supervisor do PRM e seu suplente serão indicados pelos seus pares, dentro de cada programa de residência médica, para mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.29 O representante do HERSO e seu suplente serão indicados pela Diretoria da Instituição, para mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.30 Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado

Art.31 Para organização das atividades da COREME fica estabelecida que as eleições sempre ocorrerão em anos pares, e com início do mandato de 2 anos a partir de 01 de abril do ano corrente, em concordância com data limite de entrada de novos residentes em 30 de março.

CAPÍTULO IX

DA ADMISSÃO

Art. 32 As vagas de Residência Médica são oferecidas a médicos graduados de qualquer escola médica do País ou do exterior.

Parágrafo Único: No caso dos médicos graduados no exterior, o diploma revalidado no Brasil, é condição obrigatória.

Art. 33 A admissão do residente se dá através de:

I. Aprovação em Processo Seletivo regido pelas normas da CNRM (Resolução CNRM Nº 2 de 27 de agosto de 2015 e atualizações) conforme edital público de seleção, obedecidas às normas legais vigentes.

II. Transferência de outro programa a partir de autorização da CNRM (Resolução 01 de 03 de janeiro de 2018 e atualizações).

Art. 34 O Candidato à Residência deverá apresentar a documentação exigida pelo Edital do concurso público para Residência Médica.

Art. 35 Os critérios de seleção serão estabelecidos pelo Edital do Concurso.

Art. 36 As normas de preenchimento das vagas serão estabelecidas pelo Edital do Concurso.

CAPÍTULO X

DO FUNCIONAMENTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 37 Cada especialidade incluída no PRM contará com um Supervisor e Médicos Preceptores, que participarão na execução do programa.

Art. 38 Cada PRM enviará à COREME, para aprovação, anualmente, até o final do mês de março, um plano das atividades a serem desenvolvidas, no qual conste:

I. Nome do Supervisor;

II. Nome dos Médicos Preceptores do Serviço;

III. Programação da Residência Médica, incluindo atividades práticas e teóricas.

Parágrafo Único: A Programação da Residência Médica, uma vez aprovada, só poderá ser modificada após consulta à COREME.

Art.39 A duração dos PRM obedecerá às normas vigentes da CNRM.

Art. 40 Com o objetivo de complementar o treinamento do Residente poderão ser firmados convênios com outras instituições públicas ou privadas.

Art. 41 São requisitos mínimos da Instituição conveniada:

- Estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades.
- Possuir o corpo clínico e os equipamentos necessários para assegurar um padrão de atendimento satisfatório;

Art. 42 A COREME poderá nomear uma Comissão para inspecionar a instituição a ser conveniada para apoio aos PRM.

Art. 43 As atividades dos Residentes nas Instituições conveniadas serão supervisionadas pelo Coordenador da COREME ou seu representante (Supervisor ou Preceptor), ao qual será assegurado o acesso a qualquer dependência da instituição conveniada.

Art. 44 O regime de trabalho do Médico Residente será de 60 horas semanais, estando incluído plantão semanal de no máximo 24 horas, sendo assegurado um (01) dia de folga semanal e trinta (30) dias de férias anuais.

§ 1º – O Residente que for chamado em convocação posterior à primeira chamada, deverá cumprir a carga horária em débito, no final do seu programa. Exceção será feita quando ele já tiver cumprido carga horária, com programação equivalente, na mesma especialidade, em outra Instituição reconhecida pelo MEC.

§ 2º – O não comparecimento do Residente às suas atividades regulares durante cinco (05) dias consecutivos, sem justificativa formal, será considerado como abandono de função, cuja punição será a exclusão do PRM.

CAPÍTULO XI

DAS NORMAS DISCIPLINARES

Art. 45 O Residente estará sujeito ao regime disciplinar da COREME, do HERSO e da SES-GO.

Art. 46 As penas disciplinares compreendem:

- Advertência verbal;
- Advertência escrita;
- Suspensão;
- Exclusão.

§ 1º – As penas disciplinares de advertência verbal e advertência escrita serão aplicadas pelo Supervisor do PRM, em comum acordo com os Preceptores, e deverão ser encaminhadas para conhecimento da plenária da COREME.

§ 2º – As penas disciplinares de suspensão e exclusão serão deliberadas nas reuniões plenárias.

§ 3º – A advertência verbal será aplicada aos casos de desrespeito às pessoas e às resoluções e portarias emanadas da Diretoria da Instituição; e nos casos de insubordinação aos preceptores.

§ 4º – A advertência escrita será aplicada aos casos de reincidência das infrações previstas no parágrafo 3º deste artigo e por ofensa ou agressão às pessoas;

§ 5º – A suspensão, de até quinze (15) dias, será aplicada aos casos de reincidência das infrações previstas no parágrafo 4º deste artigo e improbidade na execução dos trabalhos acadêmicos;

§ 6º – A exclusão será aplicada aos casos graves contra o patrimônio moral, científico, cultural e material da Instituição, por infração ética, bem como por abandono de função.

§ 7º – Todo processo disciplinar deverá obedecer ao princípio da ampla defesa, podendo o médico residente recorrer junto à Comissão de Residência Médica – COREME ou em caráter excepcional a Comissão Estadual de Residência Médica.

Art. 47 A aplicação das penalidades, dependerá da gravidade e/ou reincidência da falta cometida, podendo não ser seguida a ordem acima.

Art. 48 As advertências verbais, nos casos de indisciplina, insubordinação ou negligência, desde que reconhecida sua mínima gravidade, serão feitas pelo Supervisor de Programa de Residência Médica.

Art. 49 As advertências escritas, nos casos de reincidência nas hipóteses mencionadas no artigo anterior, desde que reconhecida sua gravidade moderada, serão feitas pelo Supervisor do Programa de Residência Médica.

Art. 50 A suspensão será aplicada ao Médico Residente nos casos de reincidência de falta já punida com advertência escrita e todas as vezes que a transgressão disciplinar se revestir de maior gravidade.

Parágrafo único – A sanção de suspensão será aplicada após julgamento realizado em reunião da COREME.

Art. 51 A exclusão, nos casos em que o médico residente demonstrou ter praticado falta gravíssima, será aplicada exclusivamente pela COREME e notificações serão encaminhadas à CEREM e CNRM.

Parágrafo único – A sanção de exclusão será aplicada, exclusivamente, pela COREME, após julgamento realizado em reunião extraordinária convocada para este propósito apenas.

Art. 51 Todas as penalidades deverão ser comunicadas à COREME, num prazo de 10 (dez) dias, a fim de serem registradas na Ficha Individual do Médico Residente, bem como transcrita na Avaliação do mesmo.

Art. 52 As transgressões disciplinares que impliquem nas sanções de Suspensão e Exclusão são comunicadas à COREME pelo Supervisor do Programa que providencia a instauração de processo para apurar possíveis irregularidades.

§ 1º – Iniciado o Processo, o Coordenador da COREME abre prazo de 05 (cinco) dias para a defesa do Médico Residente, sendo designado em seguida, um dos Supervisores de PRM para relatar o processo.

§ 2º – O Médico Residente ficará suspenso de suas atividades do PRM, durante o transcorrer do processo até a conclusão, quando a Comissão de apuração entender pela conveniência e oportunidade do mesmo.

§ 3º – Em qualquer situação, fica assegurado amplo direito de defesa e contraditório ao Médico Residente, inclusive assegurado o direito de constituir defensor.

§ 4º – É concedida ao Médico Residente vistas ao processo em qualquer uma de suas fases.

§ 5º – As denúncias de transgressões aos regulamentos internos e à legislação em vigor serão analisadas pela COREME/HERSO, sob a supervisão da CEREM/GO e, constatada a veracidade dos fatos, após o fim do processo de sindicância, o parecer da COREME/HERSO será remetido à Plenária da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/MEC, para a devida análise e julgamento final do caso por parte do seu Conselho Deliberativo da Comissão Nacional, que promoverá a decisão final.

Art. 54 Na aplicação das sanções serão consideradas as circunstâncias atenuantes e/ou agravantes do caso em questão.

Art. 55 No rodízio pelos diversos setores, o Residente deve respeitar as normas estabelecidas pela Chefia de cada Unidade.

CAPÍTULO XII

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 56 Direitos dos Médicos Residentes:

- Remuneração através de bolsa de estudos, no valor determinado pela CNRM;
- Férias anuais, de 30 dias, podendo ser parceladas, segundo conveniência do Departamento ou Unidade e do Residente, por dois (02) períodos iguais de quinze (15) dias;
- Representação junto a COREME;
- Acompanhamento e orientação de um preceptor em todas as atividades da Residência;
- Alimentação, quando em atividade no HERSO;
- Usufruir de condições adequadas de repouso e higiene pessoal durante os plantões no HERSO

Parágrafo único – O HERSO não disponibiliza moradia a seus médicos residentes.

- Nos estágios cumpridos fora do HERSO, os médicos residentes deverão ser acompanhados por médicos preceptores das unidades conveniadas.
- Folga pós plantão: após plantão noturno de 12hs, o médico residente terá direito a 6hs de folga das atividades da residência, podendo ser gozadas no período matutino ou vespertino, conforme deliberação do Supervisor
- Licenças:

§1º Licença paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, podendo esta ser prorrogada por 180 dias por solicitação da Médica Residente;

§2º À Médica Residente será assegurada à continuidade da bolsa de estudos durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do Art. 7º da Lei n.º 6932, de 7 de julho de 1981.

§3º Licença para casamento, mediante apresentação da certidão de casamento, pelo período de 8 (oito) dias corridos;

§4º Licença por falecimento de parentes de até segundo grau, mediante apresentação de atestado de óbito, pelo período de8 (oito) dias corridos;

§5º Licença para prestação de serviço militar pelo período de 01 ano, com trancamento da vaga, situação exclusiva para residentes de primeiro ano;

- Licença para tratamento de saúde mediante atestado médico;

§1º O período máximo de licença permitido será de 01 ano. Independente da causa se o período ultrapassar a um ano o médico residente será automaticamente desligado do programa;

§2º Independente do período e da causa do afastamento o médico residente deverá cumprir o mesmo período e as atividades perdidas no final do programa; O pagamento da bolsa será pago no período de reposição somente no caso de licença maternidade e nos casos de afastamento por motivo de doença pelo mesmo período em que a bolsa foi paga pelo INSS;

Art. 57 Deveres dos Médicos Residentes:

I. Cumprir integralmente a jornada de trabalho semanal;

II. Comparecer na hora determinada a todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde for designado;

III. Apresentar-se adequadamente uniformizado e com crachá da instituição;

IV. Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Serviço, Disciplina e Departamento;

V. Preencher corretamente o prontuário do paciente, datando e assinando todas as suas anotações;

VI. Utilizar o carimbo com a designação "Médico Residente" e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;

VII. Cooperar, quando solicitado, na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas pelo Departamento ou Unidade;

VIII. Orientar e fiscalizar o trabalho dos internos e de estudantes de medicina que desenvolverem atividades junto aos pacientes sob sua responsabilidade;

IX. Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento;

X. Relacionar-se de forma respeitosa com as pessoas e respeitar hierarquia.

CAPÍTULO XIII

DA AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 58 Avaliação do Residente:

I. A avaliação será realizada através de nota de conceito, emitida trimestralmente; e de prova escrita e/ou prática, conforme a definição de cada PRM e com intervalo, no mínimo, semestral.

II. Para a nota de conceito, serão utilizados os seguintes parâmetros: Conduta ética; Relacionamento com a equipe de saúde e pacientes; Interesse; e Frequência às atividades programadas.

III. As notas serão obtidas através da média aritmética da nota escrita e/ou prática e da nota de conceito, sendo que essas provas deverão ter pesos iguais, ao final de cada estágio.

IV. A aprovação para o ano subsequente e para a obtenção do certificado de conclusão estará condicionada ao cumprimento da carga horária integral prevista no programa e obtenção da média final mínima de 7,0 (sete vírgula zero).

V. Apresentação do trabalho de conclusão de curso, ao final da residência.

VI. A média mínima para aprovação será 7,0 (sete vírgula zero).

CAPÍTULO XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 59 O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pela plenária da COREME, em substituição ao regimento anterior.

Art. 60 Este Regulamento respeita a legislação específica sobre Residência Médica e portarias e pareceres da CNRM. Em caso de contrariar as normatizações referidas acima, sempre prevalecerá a legislação da CNRM.

Art. 61 Os casos omissos serão julgados pela COREME que poderá dar decisão terminativa ou solicitar avaliação da CEREM/GO e Parecer final da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 62 Das decisões da COREME, cabe recurso junto à CEREM e à CNRM.

7.24.1.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reuniões Ordinárias	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas com os discentes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Reunião de apresentação e análise dos programas de residência com os		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

6	Supervisores acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Avaliar desenvolvimento dos residentes através dos fichários individuais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Coordenar o processo de autoavaliação do programa, submeter à COREMU o plano de atividades;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Promover a articulação da residência em saúde, incluindo a residência médica;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade ou mais de um dos seus membros;			X			X			X			X
11	Coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar o programa de residência Do hospital		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;			X			X			X			X
14	Ser responsável por toda comunicação entre e tramitação de processos junto ao Instituto CEM;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Manter fichário individual dos residentes, por meio de sua secretaria, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

17	Deliberar, em última instância, sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Assessoramentos Diversos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital				X				X				X

7.24.2 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

7.24.2.1 Proposta de Constituição

FINALIDADE

A COREMU tem por finalidade precípua planejar e zelar pela execução dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em área profissional da Saúde na UFSCar, no âmbito das unidades formadora e executoras, de acordo com as normas nacionais em vigor.

MEMBROS

A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), será, constituída por:

- um Coordenador Geral, que será o Presidente do Centro de Estudos;
- um Supervisor de cada PRM;
- um Representante dos Residentes de cada um dos PRMu da Unidade.

7.24.2.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Art. 1 - A Residência Multiprofissional (RMM) constitui modalidade de pós-graduação, Lato Sensu, destilada a profissionais não médicos, sob a forma de Curso de Especialização, caracterizada, por treinamento em Hospitais. Centros de Saúde e outras unidades de atendimento médico do Município.

Parágrafo único - Somente poderá oferecer Programa de Residência Multiprofissional (PRMM) o serviço credenciado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMU).

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2- Sob a presidência do Coordenador da residência no Hospital haverá uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)Secretariada por um de seus Assessores e composta de um Coordenador, um Supervisor e um representante dos Residentes de cada unidade envolvida nestes Programas.

Art. 3- A unidade terá COREMU que ficar subordinada a SES/Go, sob a coordenação da Escola de saúde pública.

Art. 4 - Caberá a COREMU

I. reunir as unidades da SMS que possuem Programas de Residência multiprofissional
II. contatar e avaliar permanente estes Programas;
III. acompanhar, opinar e atuar como consultora dos Programas de Residência multiprofissional no Hospital, preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica;
IV. estimular a instalação de novos Programas de Residência multiprofissional preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica.

Art. 5 - Os Supervisores do PRMu será indicado pelo Chefe de Serviço e referenciado pelo Presidente da COREMU da Unidade, Presidente do Centro de Estudos e o representante dos

Residentes da especialidade a ser supervisionada onde o Programa se desenvolver, o sob a orientação da escola de saúde pública SES/GO

Art. 6 - O representante dos Residentes e o seu substituto serão livremente eleitos por seus pares, em escrutínio direto e secreto.

Parágrafo único - A administração do processo eleitoral seguirá as normas, estabelecidas pela Resolução da CNRMUu n 05/82.

CAPITULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7 - Caberá ao Coordenador da residência encaminha o setor de Recursos Humanos da unidade as planilhas e repasses de bolsa aos alunos residentes dos programas de residência medica da unidade.

Art. 8 - A COREMU será, constituída por:

I. um Coordenador Geral, que será o Presidente do Centro de Estudos;
II. um Supervisor de cada PRM;
III. um Representante dos Residentes de cada um dos PRMu da Unidade.

§ 1° - O Coordenador Geral e o Supervisor terão um mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida recondução por mais um período.

§ 2° - Quando o Presidente do Centro de Estudos não for graduado em uma das áreas da especialidade multiprofissional do programa ofertado, o Coordenador da COREMU será indicado pelo Presidente de Centro de Estudos, dentre os profissionais que compõe a Diretoria deste Centro.

§ 3° - Cada PRM terá preceptores que serão escolhidos pelo Supervisor do respectivo PRM, dentre os profissionais efetivos de Serviço onde o PRM se desenvolve e aprovado pela CNRMU.

§ 4° - O Representante dos Residentes terá um mandato de 01 (hum) ano, sendo permitida a recondução por mais um período.

Art. 9 - A COREMU compete:

I. reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;
II. Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRMs nas diferentes áreas;
III. supervisionar a. execução dos PRMs;
IV. propor a criação, extinção ou modificações do PRM;
V. propor a substituição de supervisor de PRM;
VI. propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;
VII. deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;
VIII. apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;
IX. discutir temas e documentos relacionados com a RM e:
X. elaborar relatório anual.

Parágrafo único - As decisões da COREMU serão aprovadas pela maioria simples dos votos dos membros presentes á reunião.

Art. 10 - Ao Coordenador da COREMU compete:

I. convocar a presidir as reuniões da COREMU;
II. divulgar, previamente, a pauta das reuniões;
III. exercer voto de minerva quando houver empate nas votações;
IV. indicar o seu substituto eventual, dentre os Supervisores;
V. aprovar o Programa Anual elaborado pelo Supervisor do PRM;
VI. coordenar as atividades dos PRMs, estimulando o desenvolvimento das mesmas;
VII. promover a integração técnico-administrativa dos PRM;
VIII. estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções da CNRMU
IX. participar, ou fazer representar, nas reuniões convocadas pelo escola de saúde publica e pela SEREMu/GO;
X. cumprir e fazer cumprir o Regulamento da CNRMU;
XI. encaminhar à CNRMU, o plano anual de cada PRM que terá prazo, improrrogável, até 31 de janeiro do ano previsto para a execução.

XII. encaminhar à CNRMU os assuntos que dependem da aprovação superior;

XIII. aplicar as penalidades aprovadas pela COREMU.

Art. 11 - Caberá ao Chefe de Serviço do PRM:

I. Manter atualizadas as fichas de assentamentos individuais dos Residentes;

II. Manter atualizadas todas as normas e resoluções emanadas de CNRMU;

III. Propor à CNRMU novos programas de credenciamento através da CNRMU;

IV. Reativar ou propor convênios com Universidades e Instituições com o objetivo de complementação da parte básica do PRNI através da CNRMU;

V. Fazer cumprir e cumprir todas as determinações provenientes do CNRMU;

VI. Providenciar, com a colaboração das Chefias de Serviço e dos Supervisores do PRM, as escalas de plantão e férias.

Art. 12 - Caberá ao Supervisor do PRM: V

I. Elaborar, anualmente, o PRM em sua especialidade, até 30 de novembro do ano anterior ao inicio do PRM;

II. Organizar, supervisionar e controlar a execução do Programa;

III. Indicar o substituto eventual;

IV. Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRMU e da SES/GO;

V. Estabelecer e aplicar a metodologia de avaliação do aprendizado, previamente aprovada pela CNRMU/SES/GO, quando do credenciamento do programa;

VI. Participar das reuniões da COREMU, sempre que convocado;

V.Encaminhar ao Coordenador da COREMU:

1 - a frequência, mensal dos Residentes, até o dia 25 do mês corrente;

2 - os casos de cancelamento da Bolsa de Residência em tempo hábil;

3 - a relação anual de Residentes;

4 - a avaliação semestral de aprendizado;

5 - a escala anual de férias dos Residentes;

6 - as faltas ou transgressões disciplinares dos Residentes, com as justificativas devidas;

7 - os pedidos de licença para afastamento dos Residentes.

Art. 13 - São atribuições do Preceptor:

I. orientar diretamente o treinamento do Residente:
II. acompanhar o treinamento do Residente em todas as etapas;
III. orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico do Residente;
IV. auxiliar o Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento e;
V. participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor do PRM.

Art. 14 São atribuições do Tutor:

I. Representar a área profissional junto à Coordenação do Programa;

II. Promover a gestão necessária para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;

III. Coordenar as atividades de seus preceptores;

IV. Executar e orientar o desenvolvimento de atividades teóricas, práticas e teórico-práticas;

V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;

VI. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PPP do programa;

VII. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PPP;

VIII. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IX. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e profissionais de saúde residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

X. Articular a integração dos preceptores e profissionais de saúde residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

XI. Participar do processo de avaliação dos preceptores e profissionais de saúde residentes;

XII. Participar da avaliação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

XIII. Orientar e avaliar os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), conforme as regras estabelecidas no Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação de TCR;

XIV. Selecionar o quadro de preceptores;

XV. Aplicar medidas disciplinares cabíveis quando ocorrer situações de descumprimento dos deveres por parte do profissional de saúde residente.

Art. 15 - São atribuições do Representante dos Residentes:

I. representar os Residentes nas reuniões da COREMU e
II. solicitar ao Coordenador da COREMU, a inclusão de assuntos de interesse dos Residentes na agenda de reuniões da COREMU.

CAPÍTULO III

DA SELEÇÃO, LOTAÇÃO E INSCRIÇÃO

Art. 16 - As inscrições para a seleção efetuadas em local e período divulgados no Edital do Concurso.

Parágrafo único - No ato da inscrição o candidato deverá optar por uma das especialidades oferecidas.

Art. 17 - No ato da inscrição o candidato deverá apresentar:

I. 02 (dois) retratos 3x4 cm, de frente, tirados no ano da inscrição;

II. para graduados: carteira de inscrição no Conselho Regional da profissão;
III. para estudantes: carteira de identidade e declaração do estabelecimento e de ensino que comprove a sua frequência regular no Internato e a data prevista para a conclusão do Curso de Graduação, data esta que não poderá ultrapassar a do início do PRM;
IV. apresentar o comprovante do recolhimento da taxa de inscrição

Art. 18º - A seleção constará de uma prova de conhecimentos médicos composta de questões distribuídas equitativamente, pelas seguintes áreas:

I. Clínica Médica;
II. Pediatria;
III. Obstetrícia e Ginecologia e
IV. Medicina Preventiva e Social.
V. Outras de necessidades da categoria.

Art. 19 - Será considerado selecionado o candidato aprovado e cuja classificação esteja compreendida no número de vagas oferecidas.

Parágrafo único - O candidato com nota inferior a 50° % (cinquenta por centro) da nota máxima será considerado reprovado.

Art- 20- A lotação dos candidatos aprovados será procedida através de chamada de cada candidato selecionado, obedecida a ordem de classificação e o total de vagas por PRM.

§ 1 - A SES/Go determinará no Edital de Concurso, o dia, hora e local de chamada dos candidatos selecionados.

§ 2 - O não comparecimento do selecionado implicará em imediata chamada do outro classificado.

§ 3 - As vagas verão preenchidas até onde existam candidatos habilitados.

§ 4 - Os casos omissos serão resolvidos pela organização do concurso.

Art. 21- As relações jurídicas entre unidade e o Residente serão reguladas:

I. Pelas Leis Federais ;

II. Pelas Normas e Resoluções emanadas da CNRMU/SESU/MEC;

III. Pelas demais Normas Técnicas e Administrativas emanadas da SES/GO e;

IV. Pelo presente Regulamento.

Parágrafo único - Somente poderá assinar o Contrato de Concessão de matrícula o candidato selecionado que estiver regularmente inscrito no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Art. 22- Perderá direito á Bolsa o residente selecionado que não comparecer na data marcada para a assinatura do Contrato.

Art. 23 - O PRM terá uma carga horária semanal máxima de 60 (sessenta) horas.

Art. 24 - As- programações de treinamento em serviço das atividades didáticas complementares obedecerão rigorosamente às descritas no Pedido de Credenciamento de Programa aprovado pela CNRMU.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DEVERES DO RESIDENTES

Art. 25 - São direitos dos Residentes:

I. receber:

II. 1 - bolsa de estudos, de acordo com os valores estabelecidos, pela Lei Federal 8138 de 28 de dezembro de 1990, alterada pela Lei 8725 de 05 de novembro de 1993, e condicionada a apresentação do carnê autônomo, mensalmente quitado;

III. 2 - orientação, durante o treinamento do supervisor e dos preceptores do PRM;

IV. 3 - alimentação, durante o período em que estiver atuando no Hospital onde se desenvolve o PRM.

V. férias anuais de 30 (trinta) dias, consecutivos, após cumprimento de 01 (hum) ano de Residência;

VI. licença gestante de acordo com a Lei Federal 7601 de 15-05-87;

VII. moradia, de acordo com as disponibilidades da Unidade onde se desenvolve o PRM;

VIII. participar das atividades previstas no regime didático cientifico do PRM e,

IX. tomar conhecimento do Regulamento da RM;

X. licença para tratamento de saúde:

1 - até 15 (quinze) dias por ano, receberá a bolsa do estado integralmente;

2 - a partir do 16° (décimo sexto) dia de licença receberá auxílio doença do INSS, ao qua está vinculado por força de sua condição de autônomo;

3 - o afastamento que exceda um período de 30 (trinta) dias consecutivos ou somatório de licenças anuais, deverá ser recuperado integralmente ao término do treinamento;

4 - o Médico Residente que ficar licenciado, até o máximo de 30 (trinta) dias, poderá optar, por escrito, para compensar este período com as férias;

5 - caso a Previdência Social exija e declare a necessidade cia contribuirão de 12 (doze) meses, ainda no primeiro ano de Residência, ficará estabelecido que o Médico Residente em licença médica por mais de 01 (hum) mês a 01 (hum) ano, continuará recebendo a bolsa pelo Município na qualidade de licenciado;

6- quando o Residente receber alta, após sua reapresentação a Chefia de Serviço, ao Centro de Estudos, deverá comparecer à COREMU, para assumir o compromisso de recupera integralmente o período em que ficou licenciado, sem direito ao recebimento da bolsa.

Art. 26- São deveres dos Residentes:

I. participar de todas as atividades previstas no regime didático cientifico do PRMU;
II. comparecer a todas as reuniões convocadas pelas autoridades superiores;
III. portar o "crachá" de uso obrigatório em local de fácil visibilidade:
IV. usar uniforme convencional completo;
V. dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;
VI. cumprir as obrigações de rotina;

VII. prestar colaboração ã Unidade onde estiver lotado, fora do horário de trabalho, quando em situações de emergência:

VIII. agir com urbanidade, discrição e lealdade;

IX. respeitar as Normas Legais e Regulamentares;

X. levar ao conhecimento das autoridades superiores irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas no Hospital onde estiver lotado;

XI. cumprir horários fixados;

XII. obedecer as Normas do Código de Ética do Conselho Federal das categorias profissionais;

XIII. assinar o livro de ponto ou bater o cartão de ponto, diariamente, na entrada e na saída;

XIV. mensalmente, o Residente deve entregar ao Centro de Estudos o comprovante de pagamento do INSS, com a identificação no verso;

XV. não entregando o comprovante de pagamento no Centro de Estudos por mais de 02 (dois) meses, este deverá comunicar o fato ao COREMU para suspensão do reembolso.

Art. 27- O Residente está sujeito ás seguintes sanções disciplinares:

I. advertência verbal e/ou por escrito:

II. repreensão;

III. suspensão;

IV. exclusão do PRM.

Parágrafo único - Na aplicação das sanções disciplinares deverão ser considerados:

I. a natureza e gravidade da infração;

II. os antecedentes do Residente.

Art. 28 - As sanções disciplinares deverão ser propostas ao Coordenador da COREMU.

Art. 29- Caberá ao Coordenador da COREMU levar para discussão na reunião da COREMU a proposta da sanção disciplinar.

Art. 30 - A aprovação ou não e o tipo de sanção disciplinar serão decididos por maioria de votos dos membros da COREMU.

Art. 31- O Residente passível da sanção proposta, segundo o art. 26, deverá ser convocado para a reunião prevista no art.28, a fim de ter direito pleno de defesa.

Parágrafo único - Caso o Residente não concorde com a decisão da COREMU, poderá recorrer, por escrito, a COREMU/SES /go, que julgará o caso em última instância, podendo ser ouvido o Secretário Estadual de Saúde, sempre que necessário.

Art. 32- Será cancelada a Bolsa do Residente que:

I. Faltar 15 (quinze) dias consecutivos ou 30 (trinta) dias intercalados, sem justificativa aceita pela COREMU;
II. faltar ao plantão, sem justificativa aceita pela COREMU,
III. For reprovado na avaliação prevista no art. 8º e 9 da Resolução CNRMU 05/79 9;
IV. For enquadrado no item "d" do art. 26 deste Regulamento.

Art. 33 - Em caso de interrupção justificada do treinamento, o Residente deverá complementar a carga horária total de atividades previstas para o aprendizado.

CAPITULO VIII

DO CERTIFICADO

Art. 34 - Fará jus ao Certificado o Residente que:

I. Cumprir integralmente as atividades previstas no regime didático cientifico aprovado pela CNRMU e;

II. Tiver sido aprovado nas avaliações realizadas no decurso do Programa e na avaliação final.

Art. 35 - Competirá à COREMU o encaminhamento dos Certificados à CNRMU para o necessário registro.

Parágrafo único - Unia vez registrado pela CNRMU. a SES/go entregará o certificado ao interessado.

CAPÍTULO I X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 - O controle do ponto e da frequência do Residente será feito pela Chefia do Serviço e pelo Supervisor da Residência Multiprofissional da Unidade onde se desenvolve o PRM.

Parágrafo único - Caberá ao Coordenador da COREMU, encaminhar a relação dos Residentes da Unidade através da Presidência do Centro de Estudos a COREMU, bem como mantê-la atualizada em relação a possíveis desistências, remanejaremos, férias, licenças, etc, dos Residentes.

Art. 37 - Os casos omissos serão resolvidos pela SEREMu/GO ouvida COREMU da Unidade onde ocorreu caso.

Art. 38 - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás, de 2023

Diretoria técnica da unidade

7.24.2.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reunir as unidades da SMS que possuem Programas de Residência multiprofissional			X			X			X			X
5	Contatar e avaliar permanente estes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Programas;													
6	Acompanhar, opinar e atuar como Programas de Residência multiprofissional no Hospital,	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
7	Reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8	Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRMs nas diferentes áreas;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
9	Supervisionar a. execução dos PRMs;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
10	Propor a criação, extinção ou modificações do PRM;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
11	Propor a substituição de supervisor de PRM;	X					X						X	
12	Propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
11	Deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
12	Apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
13	Discutir temas e documentos relacionados com a RM e:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
14	Elaborar relatório anual.											X	X	
16	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
17	Assessoramentos Diversos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
18	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
19	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital						X						X	

7.24.3 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

7.24.3.1 Proposta de Constituição

FINALIDADE

A Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares da unidade de saúde implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas.

MEMBROS

A Comissão é vinculada ao Núcleo de Comissões da unidade e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal.

A COMISSÃO é constituída por:

- Presidente;
- Vice-presidente;
- Secretário;
- Membros efetivos;
- Consultores técnicos convidados eventualmente.

7.24.3.2 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES

Art.1º. O presente regimento estabelece a organização e o funcionamento da Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares da unidade de saúde.

Art.2º. A comissão implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas, atendendo as seguintes definições:

I. **Produtos para saúde**: São aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.

II. **Materiais e artigos descartáveis:** São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.

III. **OPME**: são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

1. Órtese – dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar a funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.
2. Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além das órteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de "materiais especiais" e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

IV. **Materiais de apoio médico-unidadear**: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

V. **Produtos para diagnóstico de uso "in-vitro"**: São reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetu uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

VI. **Instrumento cirúrgico**: Instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.

VII. **Produtos de Classe X (Baixa Criticidade):** Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.

VIII. **Produtos de Classe Y (Criticidade Média):** Faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.

IX. **Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade – Imprescindíveis):** Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.

X. **Padronização:** É a incorporação de um material à lista de materiais, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização no unidade, após sua préqualificação.

XI. **Pré-qualificação:** compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.

XII. **Câmara técnica**: tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.

XIII. **Produtos padronizados:** Insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

XIV. **Produtos não padronizados**: Insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantem em estoque.

XV. **Produtos despadronizados:** Insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.

XVI. **Controle de qualidade**: Refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

XVII. **Especificação técnica**: É a descrição minuciosa das caraterísticas do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se é descartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se fo acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado, código e impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

XVIII. **Parecer técnico:** É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC n 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

XIX. **Desvio de qualidade**: afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, c outras práticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPITULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art.3º. A Comissão é vinculada ao Núcleo de Comissões da unidade e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal.

Art.4º. A COMISSÃO poderá, através de ato administrativo, convocar a participação de outros profissionais da unidade. Estes terão direito a palavra, porém as deliberações serão votadas apenas pelos membros da comissão.

Art.5º. Será substituído o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de um ano, sendo solicitada novas indicações pelo Núcleo de Comissões da unidade.

CAPÍTULO III

DA FINALIDADE

Art.6. A COMISSÃO terá como competências as seguintes diretrizes:

I Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no unidade;

IV Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;

V Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

VI Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

VII Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do Hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

VIII Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

XII Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no Hospital;

XIII Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

XIV Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

XV Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no unidade, para os casos excepcionais;

XVI Divulgar no Hospital as atualizações da padronização;

XVII Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;

XVIII Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;

XIX Recomendar a diretoria tecnica e administrativa, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial do Hospital (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos para a unidade);

XX Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

XXI Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

XXIIReceber assessoria jurídica do Hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XXIII Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

XXIV Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;

XXV Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde do Hospital;

XXVI Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

XXVII Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

XXVIII Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

XXIX Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";

XXX Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

XXXI Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no unidade;

XXXII Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades da unidade, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXIII Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIV Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

XXXV Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;

XXXVI Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

XXXVII Divulgar cronograma anual para revisão e atualização Lista de Materiais Médico-Unidadeares Padronizados;

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art.7º. A COMISSÃO é multidisciplinar e multisetorial, composta por membros efetivos representantes da áreas Administrativa, de Atenção à Saúde, Núcleo de segurança do paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde (SCIRAS).

Art.8º. Todos os integrantes da COMISSÃO deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art.9º. O membro da COMISSÃO deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art.10º. A COMISSÃO é constituída administrativamente por:

I. Presidente;
II. Vice-presidente;
III. Secretário;
IV. Membros efetivos;
V. Consultores técnicos convidados eventualmente.

§ 1 O presidente, o vice-presidente e o secretário da COMISSÃO serão escolhidos entre seus membros.

§ 2 O mandato de cada representante será de dois anos, a contar da data da nomeação, podendo ser prorrogado por igual período.

§ 3 O presidente poderá propor a composição de câmara técnica, que deverá ser formada por membros da comissão e por consultores técnicos convidados. Deverá ser composta por

um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.11º. Compete a câmara técnica:

I. Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;

II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

IV. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

Art.12º. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse .

CAPÍTULO IV

DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

SEÇÃO I

Da Presidência

Art.13º. Compete ao Presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordinárias da COMISSÃO; Assinar todos os documentos oficiais da COMISSÃO;

II. Assessorar a diretoria técnica e administrativa, quando solicitado;

III. Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar as Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;

IV. Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação dessa Comissão;

V. Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para saúde na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;

VI. Informar a unidade de compras da unidade as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos licitatórios da unidade;

VII. Participar da elaboração do edital de licitação prestando suporte técnico a unidade de licitação;

VIII. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados; Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela CGRS (levando o caso a Comissão e podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);

IX. Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento do da comissão as novas tecnologias que estão sendo adquiridas pa que estes viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

X. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Unidade;

XI. Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados para que a mesma seja divulgada no site da unidade e utilizados no Setor de Suprimentos para o processo licitatório;

XII. Elaborar Relatório Anual de Atividades da COMISSÃO;

XIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Unidade.

SEÇÃO II

Da Vice-Presidência

Art.14. Compete ao Vice-Presidente da COMISSÃO representar e desenvolver as atividades do Presidente, quando este estiver ausente.

SEÇÃO III

Do Secretário

Art.15. Compete ao Secretário:

- Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados oriundos dos consultores e comunicar o recebimento à presidência da Comissão;
- Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos de Materiais Médico-da Unidade e elaborar as respectivas atas - Modelo de Ata;
- Enviar ao Núcleo de Comissões da Unidade as informações referentes as Atas, Nomeações e Documentos para divulgação no Site;
- Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critérios de arquivamento pré-estabelecidos;
- Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;
- Encaminhar e receber documentos através de registro no sistema próprio de protocolo;
- Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;
- Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;
- Desempenhar tarefas afins;
- Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da COMISSÃO para a Núcleo de Comissões da unidade e para os Membros da Comissão;
- Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

SEÇÃO IV

Dos Membros

Art.16. Compete aos Membros da COMISSÃO:

- Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;
- Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;
- Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;
- Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;
- Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seus consultores;
- No caso de ausência da presidência, vice-presidência e do secretário, atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição; Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente.

SEÇÃO V

Das Câmaras Técnicas

Art.17. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da COMISSÃO designados pel Presidente e por Consultores convidados.

Art.18. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.19. A Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

I. Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;
II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais;

IV. Assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

V. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

SEÇÃO VI

Das habilidades dos integrantes

Art.20. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

I. Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de critérios como eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo-efetividade do produto analisado;

II. Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;

III. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para apoiar a tomada de decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

IV. Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações da comissão.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art.21º. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as

reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Art.22º. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Art.23º. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Art.24º. Só ocorrerá a reunião da COMISSÃO com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Art.25º. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art.26º. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Art.27º. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Art.28.º Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Art.29º. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art.30.º As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art.31/]. Caso as recomendações e pareceres da COMISSÃO não sejam aceitas para a homologação final da Diretoria técnica e administrativa, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art.32º. Enquanto pertencer à COMISSÃO, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art.33º. O encaminhamento das reuniões da COMISSÃO obedecerá a seguinte rotina:

Art.34º. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;

Art.35º. Revisão das demandas pendentes;

Art.36º. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;

Art.37º. Sugestão de pauta da próxima reunião.

Art.38º. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas;

Art.39º. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos;

Art.40º. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes);

Art.41º. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art.42º. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPÍTULO VI

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art.43º. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo-efetividade durante o uso.

§ 1 A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

§ 2 Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis, justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do comissões e diretorias técnica e administrativa.

Art.44º. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

Art.45º. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

Art.46º. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício.

Art.47º. Permitir a compra em grandes lotes;

Art.48º. Otimizar o trabalho do Setor de Suprimentos e Unidade de Compras;

Art.49º. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;

Art.50º. Adquirir materiais com maior rapidez;

Art.51º. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;

Art.52º. Obter maior qualidade e uniformidade.

§ 1 Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo que quaisquer modificações deverão ser documentadas e oficializadas.

§ 2 Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde" § 3 A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela COMISSÃO que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimento do Formulário "Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão"

Art.53º A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO IV

Das Disposições Gerais

Art.54º. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas.

I. Os produtos reprovados, somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.
II. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados no Hospital.
III. Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde do Hospital.
IV. Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art.54º. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte:

I. Por motivo de alterações em Legislação nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal, referentes à aquisição de materiais e equipamentos médico-hospitalares;
II. Por proposição da Diretoria técnica e administrativa do Hospital;
III. Por iniciativa da COMISSÃO, com acordo da maioria dos integrantes da Comissão, após registro em ata, visando benefícios para os profissionais, para os pacientes e para a empresa.

Art.55º. Os casos não citados neste Regimento referentes à padronização serão decididos pela COMISSÃO.

Art.56º. Este Regimento entrará em vigor após aprovação dos Membros da COMISSÃO e posteriormente pelo Setor Jurídico e Diretoria técnica e administrativa, revogadas as disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria técnica da unidade

7.24.3.3 Cronograma de Atividade Anual

		Anual											
	Atividade	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Reuniões de Planejamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Reuniões ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover estudos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	pertinentes à padronização de Produtos para Saúde												
4	Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no unidade;												
5	Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;		X		X		X		X		X		X
	Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;												
	Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do Hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Designar/ANALISAR/ VALIDAR os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no Hospital;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Coordenar a avaliação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	técnica de materiais em processo de compra;												
12	Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no unidade, para os casos excepcionais;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Receber assessoria jurídica do Hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	pesquisas que utilizam produtos para saúde;											
21	Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde do Hospital;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Divulgar no Hospital as atualizações da padronização;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital			X			X			X			X

7.24.4 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT

7.24.4.1 Proposta de Constituição

FINALIDADE

A Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes da unidade, nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria n 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada como CIHDOTT

A CIHDOTT é instituída por ato formal da direção da unidade, e está vinculada à diretoria técnica

MEMBROS

Será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intrahospitalar, cujo perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da Diretor tecnico.

7.24.4.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Da CIHDOTT

Art. 1 º A Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes da unidade, nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria n 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada como CIHDOTT

Art. 2º A CIHDOTT é instituída por ato formal da direção da unidade, e está vinculada à diretoria técnica

Art. 3º É de competência da direção da unidade prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros.

CAPÍTULO II

QUANTO À ATUAÇÃO NA COMISSÃO

Art. 4º Cabe à Comissão:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;
II. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;

III. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

IV. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

V. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

VI. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

VII. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;

VIII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

IX. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

X. Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

XI. Articular-se com as respectivas Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO), Organização e Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XII. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei N 9.434, de 1997;

XIII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais

relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei No-9.434, de 1997;

XIV. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XV. Definir os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

XVI. Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e

XVII. Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Art. 5º A Comissão atuará em todo âmbito hospitalar.

CAPÍTULO III

DA ROTINA ADMINISTRATIVA DA COMISSÃO

Art. 6º A CIHDOTT deverá enviar à Central de Transplantes os documentos referentes ao paciente com morte cerebral, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito.

Art. 7º A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de ME, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, registro hospitalar, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e nº da AIH.

Art. 8º A CIHDOTT deverá arquivar e zelar pelos protocolos de notificação de morte cerebral de doações efetivadas ou não.

Parágrafo Único. Na instituição estes documentos são arquivados na sala da CIHDOTT, mas podem ser arquivados também junto ao prontuário do paciente.

Art. 9º No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Ato de doação de órgãos (autorização);
III. Exames e provas sorológicas;
IV. Laudo e foto do exame complementar.

Art. 10º No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Ato de doação de órgãos (autorização ou não);
III. Motivo da não retirada.

Art. 11º A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

I. Atas e Regime Interno;
II. Correspondências recebidas e emitidas;
III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;
IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;
V. Material didático sobre doação de órgãos;
VI. Campanhas e eventos;
VII. Reportagens sobre a comissão e transplantes em geral;
VIII. Leis e portarias;
IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;
X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);
XI. Mailing;
XII. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;
XIII. Certificados de "Honra ao Mérito";
XIV. Revistas.

Art. 12º Das reuniões da CIHDOTT, que em regra serão mensais, deverá ser redigida até com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

Art. 13º A CIHDOTT deverá organizar relatórios ao CNCDO, que podem ser as atas com planilhas.

Art. 14º A CIHDOTT deverá anotar nos prontuários dos pacientes o ocorrido em cada caso, com assinatura e carimbo (coordenador).

CAPÍTULO IV

DA FORMAÇÃO DA COMISSÃO

Art. 15º A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intrahospitalar, cujo perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da Diretor tecnico.

Art. 16ºO coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da CNCDO e ou do Sistema Nacional de Transplantes/MS.

Art. 17º Os demais membros participantes deverão ter conhecimento na área de captação de órgãos e transplantes e obrigatoriamente pertencerem ao corpo funcional do hospital.

Art. 18º A composição da CIHDOTT poderá ser de acordo com o interesse pela causa e perfil no processo doação-transplante necessário para obtenção de melhores resultados.

Art. 19º O tempo de permanência da CIHDOTT será de dois anos, podendo ser prorrogado em mais dois anos se assim for decidido pelo grupo de escolha.

Art. 20º Em caso de divergências insuperáveis no modo de ação dos membros da Comissão e o da Instituição hospitalar, esses poderão solicitar seu desligamento da CIHDOTT, sendo escolhido em seguida substituto do membro desligado.

§1 O substituto do membro poderá ser indicado pelos membros remanescentes da CIHDOTT, condicionado a aprovação do Diretor tecnico.

§2 Quando o membro solicitante de desligamento da CIHDOTT for o coordenador, este deverá solicitar diretamente ao Diretor tecnico que indicará o seu substituto.

§3 Quando todos os membros solicitarem seu desligamento da CIHDOTT, o Diretor tecnico indicará novos nomes para compor a Comissão.

Art. 21º Poderá existir mais de uma lista tríplice para aprovação.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DA CIHDOTT

Art. 22º Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;
II. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;
V. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;
VI. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;
VII. Baixar resoluções decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência;
VIII. Articular-se com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;
IX. Promover a interação da OPO com a CIHDOTT;
X. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIHDOTT

Art. 23º Aos membros da CIHDOTT incumbe:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
III. Requerer votação de matéria, em regime de urgência;
IV. Desempenhar outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;
V. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a doação e transplante;
VI. Apresentar planos de melhoria ou de alteração das rotinas ou procedimentos, objetivando a implementação e a eficiência dos transplantes;

VII. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão; VIII. Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 24ºA CIHDOTT reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês, de acordo com agenda pré-estabelecida, e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor técnico, Coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros.

Art. 25º O Colegiado da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus componentes.

§1 No caso do "quorum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§2 Quando da pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisados pelos integrantes, independentemente de "quórum".

§3 O Diretor tecnico designará um dos membros da CIHDOTT para coordenar os trabalhos, na ausência do Coordenador.

§4 Cada membro terá direito a um voto.

§5 A votação será nominal e aberta.

§6 As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes. §7 O Presidente terá o voto de qualidade.

§8 As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§9 É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 26º A CIHDOTT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

CAPÍTULO VIII

DOS INDICADORES DE POTENCIAL DE DOAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DE EFICIÊNCIA NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES

Art. 27º Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

I. Número de leitos;
II. Taxa de ocupação;
III. Tempo médio de hospitalização;
IV. Número de hospitalizações;
V. Número de leitos de UTI e existência de respiradores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;
VI. Taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;
VII. Número total de óbitos;
VIII. Taxa de mortalidade em UTI;
IX. Número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a CNCDO;
X. Notificações a CNCDO de potenciais doadores de tecidos;
XI. No caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;
XII. Número de doações efetivas de córneas;
XIII. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas; e
XIV. Causas de não remoção especificadas se por contraindicação médica, condição de não doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

Art. 28º A possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

I. Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contraindicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado;

II. Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

Art. 29ºA possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

I. Notificar a CNCDO em 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e,

II. Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contraindicações médicas, definidas pela CNCDO;

III. Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO;

IV. Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista familiar;

V. Conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas.

Art. 30º A possibilidade de captação de tecidos musculoesqueléticos, pele, válvulas cardíacas, outros tecidos e partes do corpo humano deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, facilitando os trâmites logísticos necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos.

Art. 31º Compete ao Coordenador da CIHDOTT, em conjunto com o Coordenador da CNCDO, determinar os indicadores para a instituição, na forma do disposto no caput deste Artigo.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32º A Diretor técnico e os Conselhos Diretores poderão, a qualquer tempo e por motivo justificado, propor a substituição de seus respectivos representantes na CIHDOTT.

Art. 33º A Diretor técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT e do Coordenador após ser referendado pelo Conselho Deliberativo.

Art. 34º O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, estará automaticamente desligado da Comissão.

Parágrafo Único. O controle de frequência será efetuado pelo(a) secretário(a), mediante registro em pauta.

Art. 35ºA CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Diretor tecnico, a substituição do Coordenador.

Art. 36º Quando forem discutidos pela CIHDOTT assuntos "subjudice" em outras instâncias, os membros que forem partes envolvidas ou interessadas no deslinde da questão, deverão se declarar impedidos, vedando-se a sua presença sempre que a matéria for colocada em exame. Parágrafo Único. Caso o membro da CIHDOTT, na hipótese estabelecida no "caput", não se considere impedido, cabe ao Presidente da CIHDOTT e na impossibilidade deste, ao Diretor Clínico, declarar o impedimento.

Art. 37º Nenhum membro da CIHDOTT, à exceção de seu Coordenador, poderá falar em nome da Comissão, sem que esteja autorizado pela Diretor tecnico.

Art. 38º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pelo Diretor tecnico.
Art. 40 O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida a Diretor tecnico.

Art. 39º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogando-se as disposições em contrário.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Tecnica Da Unidade

7.24.4.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Organizar, no âmbito do estabelecimento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;												
	Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;												
	Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	procedida a retirada dos órgãos;											
	Articular-se com as respectivas Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO), Organização e Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei N 9.434, de 1997;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei No-9.434, de 1997;													
	Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover programas de educação/sensibilizaç		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	ão continuados dirigidos à comunidade; e												
	Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.24.5 Comissão Do Monitoramento De Indicadores

7.24.5.1 Proposta de Constituição

Finalidade

Monitorar e integrar em tempo hábil e preciso, os procedimentos garantindo que ocorram dentro dos níveis de qualidade necessários, pois a prioridade a ser seguida está na vida dos pacientes e nos meios de subsistência dos funcionários que se colocam em risco caso isso não seja monitorado e corrigido a tempo e a hora.

Membros

05 colaboradores eleitos pela Direção com conhecimento acerca de dados estatísticos de metas.

7.24.5.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO E FINALIDADE

Art. 1º. Com uma vasta experiência em gestão o *INSTITUTO CEM propõe para esse contato de gestão do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO* um sistema que permita em tempo hábil e preciso integrar quantos procedimentos devem fazer com que os processos, alguns aparentemente básicos, ocorram dentro dos níveis de qualidade necessários. Compreendendo que a prioridade a ser seguid esta na vida dos pacientes e nos meios de subsistência dos funcionários que se colocam em risco caso isso não seja monitorado e corrigido a tempo e a hora.

CAPITULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 2.º O ***INSTITUTO CEM*** se propõe a analisar, 8 indicadores de desempenho hospitalar que deverão ser considerados para a gestão do contrato no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO . os quais se encontram formalmente dispostos na Minuta do Contrato de Gestão, se dividem em: indicadores de desempenho, indicadores de qualidade, indicadores de produtividade e indicadores econômicos- financeiros, conforme quadro exemplificativo a seguir:

Art. 3º. INDICADOR DE QUALIDADE/AÇÕES CORRETIVAS

I- Taxa de ocupação

Este, talvez, seja o mais importante dos indicadores de desempenho hospitalar. Ele demonstra se um hospital está atuando muito abaixo ou acima de sua capacidade. Ou seja, se possui leitos rotineiramente vazios ou em falta.

A única maneira de manter as coisas funcionando sem problemas é acompanhar a taxa de ocupação ao longo do tempo. A partir desse KPI, a gestão poderá fazer os ajustes necessários para simplificar a eficiência uma vez que trata-se da relação percentual entre o número total de pacientes atendidos por dia e o número de leitos disponíveis no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

A fórmula da taxa de ocupação é:

(número de pacientes por dia / número de leitos por dia) x 100

II- Duração Média da Estadia

O ***INSTITUTO CEM*** detalhará os dados levantados no Hospital hospitalar para rastrear quanto tempo os pacientes ficam após certos procedimentos ou em certos departamentos.

Se as estadias forem demoradas, a gestão deverá investigar possíveis causas (supervisão administrativa, infecções, etc.).

Se a métrica revelar estadias curtas, a gestão irá garantir que os pacientes não estejam sendo prematuramente liberados.

Seu cálculo será estipulado segundo o total de pacientes atendidos dividido pelo número de pacientes que saíram nesse mesmo período de tempo.

A fórmula da duração média de estadia é:

(pacientes-dias em determinado período / saídas nesse mesmo período) x 100

III- Taxas de Infecção

Também conhecido como infecção associada a cuidados de saúde, este KPI mostra quantas vezes os pacientes recebem certas infecções durante o tratamento médico.

Um número menor demonstra o compromisso da gestão no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO em seguir as diretrizes de segurança e saneamento.

E KPI É medido pelo número de pacientes infectados dividido pelo total de pacientes atendidos durante um certo período.

A fórmula da taxa de infecção é:

(pacientes infectados em determinado período / total de paciente atendidos mesmo período) x 100

IV- Taxa de Readmissão

Readmissão hospitalar é definida como a admissão hospitalar de um paciente em um mesmo hospital, após sua alta.

Isso significa que de alguma forma a alta pode ter sido dada de maneira equivocada. Altas taxas de readmissão significam que o serviço prestado não está sendo satisfatório.

São também dispendiosos, pois são situações que deveriam ter sido resolvidas anteriormente. Dentre os indicadores de desempenho hospitalar, tem sido mais proeminente do que nunca.

É calculado pela divisão do número de readmissões dividido pelo total de pacientes atendidos em um certo período.

A fórmula da taxa de readmissão é:

(número de readmissões em determinado período / total de paciente atendido nesse mesmo período) x 100

V. Tempo de espera do paciente

Quanto tempo o paciente fica sentado na sala de espera do pronto-socorro antes de receber atendimento médico?

Tempos de espera mais longos significam menores índices de satisfação do paciente e maior risco à sua saúde.

A gestão no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO medirá o tempo de espera da cada paciente e dividir-se-a pelo número de atendimentos no período para se chegar a esse índice.

VI. Margem Operacional

O ***INSTITUTO CEM*** considera importante acompanhar a operação da unidade hospitalar sob sua gestão e, assim, avaliar a receita versus os gastos para estabelecer se o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO é sustentável em longo prazo deve fazer parte de seus KPIs de gestão

A fórmula da margem operacional é:

Lucro Operacional / Receita Líquida

VII. Satisfação do paciente

O ***INSTITUTO CEM*** acredita que um baixo índice de satisfação do paciente é uma enorme bandeira vermelha para a gestão da unidade hospitalar. Sendo assim um convite a mudanças sérias no pessoal, investir em treinamento e melhorar as instalações e equipamentos.

Não apenas uma pontuação baixa na satisfação do paciente indica que a unidade hospitalar está desagradando os pacientes atuais, mas também sugere que eles estão perdendo os futuros.

Uma maneira de calcular o índice de satisfação de clientes, e que também pode ser usado para pacientes, é por meio da pesquisa de satisfação do paciente e familiares atendidos no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO Ela é feita com uma única pergunta, deste tipo:

'Em uma escala de 0 a 10, qual a possibilidade de você indicar nosso hospital para parentes e amigos?'

Notas 9 e 10 classificam os promotores de sua marca; notas 7 e 8, pacientes indiferentes à sua marca e notas iguais ou inferiores a 6 são dadas por detratores de sua marca de gestão.

CAPITULO III

DAS COMPETENCIAS

ART. 4º. Compete à Comissão

I - elaborar o Regulamento a ser aprovado pelos seus membros;

II - realizar reuniões ordinárias quinzenais nos dias e horários definidos no cronograma aprovado e reuniões extraordinárias convocadas pela coordenação ou por 1/3 (um terço) dos membros efetivos no prazo mínimo de 48 (quarenta e oito) horas, podendo ser convocada em menor prazo em decorrência da relevância e urgência do assunto que justifique a referida convocação;

III – emitir portarias de designação de grupos de trabalho, grupos de estudo e comissões para temas específicos no âmbito da avaliação institucional com a responsabilidade de emitir e analisar relatórios, elaborar e analisar pareceres a serem encaminhados as instâncias no âmbito dos Colegiados Institucionais e da CONAES;

IV – propor o estudo de conceitos, aplicação de metodologias e desenvolvimento instrumentos para efetivação do conjunto de ações para realização da avaliação institucional nos seus respectivos prazos;

V - promover seminários, debates e reuniões na área de sua competência, estimulando criação de uma cultura de avaliação nos seus diversos âmbitos;

VI – Realizar o processo de meta-avaliação a partir do sistema de avaliação institucional do HOSPITAL com o exame crítico das avaliações concluídas de forma a realimentar de maneira continua o processo avaliativo; VII - Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.

CAPITULO IV ORGANIZAÇÃO

Art. 5. A construção destes números será feita pela unidade de Estatística com divulgação interna. Reuniões periódicas serão realizadas para avaliar o panorama de cada serviço, com foco na promoção da melhoria contínua, atendendo aos parâmetros propostos pela SMS, conforme tabela a seguir:

QUADRO DE PARÂMETROS DE INDICADORES	
Média de Permanência de Internação	8 dias
Taxa de Infecção Hospitalar	<= 6%
Taxa de Mortalidade Global	<= 8,5%
Taxa de Ocupação Hospitalar	80%
Tempo de Entrega do Exame	12 horas
Índice de Satisfação do Paciente	>= 80%

Indicadores de qualidade
respostas às pesquisas de satisfação efetuadas no mês anterior (ativas e passivas);
Relatório detalhado da pesquisa de satisfação do mês anterior;
Relatório das ações e resultados em relação aos relatórios anteriores ao do mês anterior;
Relatório de Indicadores dentro da meta (painel de controle);
Índice geral de satisfação dos usuários;
Índice de satisfação dos usuários (setorial).
Relatório mensal sobre principais eventos, resultados, demandas, sugestões, informações gerais do ensino em serviço
% de alunos estagiários

Um serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do usuário. A qualidade é atingida quando estão satisfeitos determinados requisitos básicos da qualidade: qualidade intrínseca; custo compatível e entrega em tempo hábil, entre outros (FALCONI, 1992).

Art. 6º. Os requisitos da qualidade também são denominados como dimensões e possuem os seguintes significados:

I. QUALIDADE INTRÍNSECA: Refere-se às características específicas do produto (bens ou serviços) capazes de promover a satisfação do cliente, incluindo a ausência de problemas, a presença de características que encantem o consumidor, qualidade das pessoas que trabalham na empresa, qualidade de treinamento dessas pessoas, entre outras. Na gestão da saúde, refere-se à qualidade da prestação do serviço à comunidade,

gerando sua breve recuperação ou a manutenção de sua saúde. Além disso, a humanização do atendimento e o "*bem servir*" também estão associados.

II. CUSTO COMPATÍVEL: Relaciona-se ao custo operacional da prestação do serviço, envolvendo os custos de utilidades, insumos, pessoal (contratação, recrutamento e treinamento), logística e administração. O custo deve ser o menor possível para que clientes e acionistas sintam-se satisfeitos. No caso da administração pública, este indicador possui um peso ainda mais significante, uma vez que representa o investimento do dinheiro público em prol da comunidade. Quanto melhor for a gestão dos custos, maior parcela da população poderá ser atendida.

III. ENTREGA EM TEMPO HÁBIL: Diz respeito à entrega dos produtos e serviços, que deve ser feita na data, local e quantidade corretos. Nas unidades hospitalares está associado ao tempo de espera para atendimento, recebimento de exames, marcação de consultas etc.

A produtividade pode ser demonstrada da seguinte maneira, segundo o autor: P = Q/C

P = produtividade,

Q = qualidade

C = custos.

Art. 7º. Essa produtividade pode ser melhorada com o aperfeiçoamento de três componentes básicos que são: o hardware (equipamentos e materiais), o softwa (procedimentos ou "maneira de fazer as coisas") e o humanware (ser Humano).

É importante, nesse ponto, ressaltar que ninguém implanta a qualidade e sim a Gestão, ou seja, as ações para atingir os resultados. Portanto os indicadores de desempenho que o ***INSTITUTO CEM*** utilizará são compostos por indicadores que contemplam 3 aspectos essenciais para uma gestão eficaz no atendimento aos usuários no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO : Indicadores referentes à Resolubilidade no Atendimento dos Usuários; Indicadores referentes à Satisfação dos Usuários; Indicadores referentes à gestão dos custos.

Art. 8º. O diferencial do ***INSTITUTO CEM*** em relação a outros modelos de gestão decorre do fato de que a ênfase é para o tripé Resolubilidade, Satisfação dos Usuários e Custos.Buscamos otimizar o processo da gestão no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO focando nos indicadores de desempenho desses três grupos de indicadores. Obviamente, muitos outros indicadores têm a sua importância dentro do contexto de gestão no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , como por exemplo "*turn over*" de colaboradores etc. No entanto, entendemos que determinados aspectos devem ser priorizados na gestão no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , como explicado acima.

Art. 9º. O modelo gestão de pessoas prioriza a meritocracia, a educação continuada como meio para o desenvolvimento humano e profissional, o foco no cliente/usuário e o estímulo à participação dos colaboradores na melhoria dos processos.

ART. 10º. INDICADOR DE PRODUTIVIDADE/AÇÕES CORRETIVAS

Os indicadores de gestão da produtividade são mensais podem ser consolidados por períodos tais como: trimestres, semestres e anual para oferecer uma visão da evolução das atividades. São divididos em:

Indicadores de Recursos Humanos
Pessoas por área
Pessoas por leito por área
Ìndice de treinamento de pessoal administrativo (Homens Hora Treinamento - HHT);
Indice de treinamento de pessoal assistencial (HHT)
Ìndice de absenteísmo por área (%);

% acidentes do trabalho por área
% desvio em relação ao orçado (R$) por área/departamento do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO
Acidentes com afastamento por área
Turn over por área (%)
Indicadores da operação no Hospital hospitalar
Censo hospitalar: pacientes internados por setor (diário)
Censo hospitalar : SADT (diário)
Admissões/altas/consultas no PA (por especialidade), eletivas e retorno (diário);
Controle de medicamentos controlados (consumo) (diário);
Protocolos clínicos implantados (mensal);
Dispensação de medicamentos (prazo médio em minutos entre recepção da solicitação e dispensação);
Comissão de Revisão de Prontuário (ações);
Comissão de Verificação de Óbito (ações);
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (ações);
Comissão de Farmácia e Terapêutica (ações);
Equipe multidisciplinar de Terapia Nutricional (ações);
Prazo médio de internação por especialidade/setor de internação
Cirurgias suspensas e motivo (diário);
Cirurgias realizadas e especialidade (diário);

Altas após 12 horas (diário);
Atrasos de inicio de cirurgia superior a 1,5 hora (diário);
Consultas/hora;
Prazo médio de entrega de exames (por tipo de exame: laboratorial e imagem);
Quantidade média de exames por setor de internação;
Quantidade de quedas de usuários (mensal e anual);
Quantidade de ocorrência de flebite (mensal e anual);
Quantidade de injúrias por cateter, sonda e cânula (mensal e anual);
Quantidade de úlceras de pressão (mensal e anual)
Quantidade de infecção em sitio cirúrgico (mensal e anual);
Quantidade de acidentes perfuro cortantes (mensal e anual);
Quantidade de prescrições avaliadas pelo farmacêutico (mensal e anual);
Quantidade de R$ de aquisições avulsas de materiais e medicamentos (com justificativa);
Quantidade de consultas de psicologia/fisioterapia e serviço social;
% de conformidade de calibração de equipamentos (engenharia clínica);
horas centro cirúrgico indisponíveis pela manutenção;
dias/leito por setor indisponíveis pela manutenção
tempo médio de limpeza concorrente nos leitos de internação
tempo médio de limpeza no centro cirúrgico: cirurgias limpas e sujas
quantidade e valor dos ajustes decorrentes da auditoria médica interna.
Prazo médio de permanência por tipo de paciente: clínico/cirúrgico/setor de

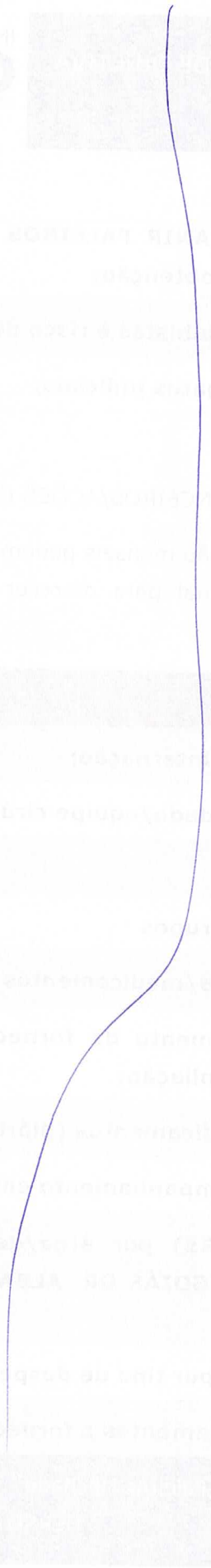
internação /especialidade/equipe médica;
Taxa de ocupação de leitos por setor de internação;
Giro (pacientes/dia) de leitos por setor de internação;
Utilização do centro cirúrgico por dia da semana/# horas/especialidade/equipe cirúrgica.
Pacientes em espera para procedimentos cirúrgicos/SADT/consulta especializada (diário);
dias de espera para procedimento cirúrgico/SADT/consulta especializada (diário);
minutos de espera para atendimento de consultas no PA.
Taxa de mortalidade geral;
Taxa de mortalidade por setor de internação;
Taxa de mortalidade por especialidade médica
Taxa de infecção hospitalar geral;
Taxa de infecção hospitalar por setor de internação;
Taxa de infecção hospitalar por especialidade médica
Taxa de infecção hospitalar por cateter venoso;
Taxa de infecção hospitalar por cateter umbilical
Taxa de infecção hospitalar por cateter vesical;
Taxa de infecção hospitalar por ventilação mecânica
Taxa de reinternação para pacientes da clínica cirúrgica;
Taxa de atendimento a pacientes referenciados.
Quadro geral de certidões/alvarás/autorizações no HOSPITAL ESTADUAL DE

SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO com previsão de vencimento e prazo de obtenção;
Acompanhamento de processos trabalhistas e risco de penalização
Acompanhamento de bloqueios/resgates judiciais;

ART. 11º. INDICADOR ECONÔMICO-FINANCEIROS/AÇÕES CORRETIVAS

Os indicadores economicos e financeiros são mensais podem ser consolidados por períodos tais como: trimestres, semestres e anual para oferecer uma visão da evolução das atividades. São divididos em:

Indicadores econômicos/financeiros
Custo de pessoal por leito/setor de internação;
Custo por tipo de cirurgia/especialidade/equipe cirúrgica
Custo por exame de SADT;
Giro do estoque, por tipo de item/grupos
Custo de carregamento de materiais/medicamentos em estoque
Análise do prazo médio de pagamento de fornecedores com sugestões de estratégias de negociação para ampliação;
Relatório de falta de materiais/medicamentos (diário);
Contratos de manutenção com acompanhamento em dia;
Desvio em relação ao orçado (R$) por área/departamento do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ;
Desvio em relação ao orçado (R$) por tipo de despesa;
R$ multas pagas por atraso de pagamentos a fornecedores/impostos/taxas;



Repasses da SMS pendentes (R$);
Saldo bancário (diário);
Fluxo de Caixa (previsão de recebimentos e pagamentos de 30 dias futuros, por tipo de despesa/área do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO (diário);
Revisão do Orçamento (trimestral);
Análise das Despesas Operacionais;
Análise dos Investimentos realizados;
Resultado Financeiro;
Títulos protestados (diário);
Índice e Relatório de glosas (R$) com motivos;
Índice de prontuários entregues fora do prazo para o faturamento;
Índice de informações entregues fora do prazo para a SMS;
Valor e dos ajustes de estoques para mais e para menos, por família de material e curva ABC dentro das famílias.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

O ***INSTITUTO CEM*** vê na gestão no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO com a escolha dos indicadores acima da mesma forma que no cotidiano das pessoas as medições estão presentes (velocidade dos veículos, pressão arterial, peso das mercadorias), as métricas também estão presentes na vida das empresas e são importantes para a saúde das mesmas. Portanto a escolha e o uso de indicadores de desempenho têm se revelado um assunto bastante desafiador na quase

totalidade das empresas e assim o ***INSTITUTO CEM*** propõe indicadores para medir a eficiência e a eficácia de sua gestão.

O cálculo dos indicadores será facilitado pela informática. Com uso de modernos sistemas á ser implantados, para facilitar a obtenção de indicadores prontos ou dos elementos necessários para o cálculo dos mesmos que estarão disponíveis ou são de fácil obtenção.

A gestão da unidade hospitalar pelo ***INSTITUTO CEM*** definira as metas à partir de :

percentual de melhoria em relação ao resultado histórico;

comparação com desempenho de outras Unidades sob sua gestão;

comparação com a concorrência (quando disponível); comparação com benchmarks.

Vale lembrar que Metas impossíveis ou muito fáceis de alcançar não estimulam as pessoas. Daí a grande preocupação do ***INSTITUTO CEM*** de acertar na definição das mesmas.

Sempre que o resultado não for bom em qualquer uma das comparações citadas, o Instituto CEM irá tomar alguma providência (exemplos, alocar recursos, redefinir responsabilidades e ações, dentre outros) ou deverá ter uma justificativa muito consistente para aguardar mais um ou mais pontos para análise e possíveis ações e, isto será documentado.

Quando a meta for atingida, será redefinida a mesma, com desafios maiores, mas levando-se em consideração limitações econômicas, técnicas, etc.

O importante é que o ***INSTITUTO CEM*** tem em mente que toda vez que for definida / revisada uma meta (alvo) irá definir o plano (ações, prazos, responsáveis, recursos) para atingi-la.

7.24.5.3 Cronograma De Atividades

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir Ações para aconselhar, apoiar e identificar		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

pontos de aprimoramento do programa de Indicadores												
Promover uma cultura de integridade no Hospital, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
emitir portarias de designação de grupos de trabalho, grupos de estudo e comissões para temas específicos no âmbito da avaliação institucional com a responsabilidade de emitir e analisar relatórios,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
elaborar e analisar pareceres a serem encaminhados as instâncias no âmbito dos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Colegiados Institucionais e da CONAES;													
	propor o estudo de conceitos, aplicação de metodologias e desenvolvimento instrumentos para efetivação do conjunto de ações para realização da avaliação institucional nos seus respectivos prazos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	promover seminários, debates e reuniões na área de sua competência, estimulando a criação de uma cultura de avaliação nos seus diversos âmbitos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Realizar o processo de meta-avaliação a partir do sistema de avaliação institucional do hospital com o exame crítico das avaliações		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	concluídas de forma a realimentar de maneira continua o processo avaliativo;													
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			X			X		X		X		X	
	Apresentação de relatórios a alta direção				X	X	X	X	X	X	X	X	X	

7.24.6 Comissão de Análise de Contratos terceirizados

7.24.6.1 Finalidade

Organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades, tendo como foco principal as contratações de bens e serviços e auxílio aos gestores e fiscais de contratos em suas rotinas, provendo a unidade com as melhores práticas de gestão e fiscalização contratual de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

7.24.6.2 Membros

I – um representante da DIRETORIA ADMINSITRATIVA como coordenador do Comissão;

II - um representante da DIRETORIA FINANCERIA;

III - um representante da administração de contratos.

7.24.6.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º. Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades, tendo como foco principal as contratações de bens e serviços e auxílio aos gestores e fiscais de contratos em suas rotinas, provendo a unidade com as melhores práticas de gestão e fiscalização contratual de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

Art. 2º. O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento a unidade como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3º. Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO SEÇÃO

Art. 4º. A Unidade de Contratos, caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Unidade de Contratos;

II - Ambientes de trabalho: espaço dentro da unidade de saúde;

III - Vinculação: Setor de Administração / Divisão Administrativa Financeira / Gerência Administrativa;

IV - Cargo de gestão: Chefe de Unidade;

V - Supervisão técnica: Setor de Administração.

Art. 5º. A Unidade de Contratos (UCON) utiliza a seguinte estrutura física para o desenvolvimento de suas atividades: N. Classificação Quantidade Objetivo 1 Sala da Unidade 1 Destinada ao funcionamento da UCON.

Capítulo III

Responsabilidades

Art. 6º. A Unidade de Contratos tem por missão garantir a excelência nas contratações atendendo aos princípios da Administração Pública por meio de gestão participativa.

Art. 7º. Unidade de Contratos tem por visão ser referência em contratações públicas alinhado ao planejamento estratégico e organizacional.

Art. 8º. São valores da Unidade de Contratos, em consonância com os valores do contrato:

I - preceitos ético-legais;

II - humanização;

III - responsabilidade;

IV - respeito aos direitos do paciente;

V - trabalho em equipe;

VI - eficiência, eficácia e efetividade;

VII - cooperação e integração;

VIII - padronização de condutas;

IX - educação permanente;

X - comprometimento;

XI - transparência;

XII - sustentabilidade.

Art. 9º. São competências da Unidade de Contratos:

I - gerenciar as contratações de bens e serviços do hospital;

II- prover procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções;

III – elaborar minutas de contrato;

IV - gerir os convênios celebrados pelo hospital.

Art. 10º. Constituem produtos/serviços da Unidade de Contratos:

I - contratos e demais instrumentos obrigacionais oriundos das aquisições formalizados;

II - fiscalização de contratos da área administrativa;

III - apoio a gestão e fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços; Seção VI Clientes

Art. 11º. São clientes internos e externos da Unidade de Contratos todas as Unidades organizacionais da unidade fornecedores, órgãos públicos e profissionais de outros hospitais.

Art. 12º São fornecedores de informações em favor da Unidade de Contratos:

I – Setores Demandantes da unidade;

I – Órgãos Externos;

III – Fornecedores de Insumos e/ou Serviços;

Art. 13.º Constituem funções operacionais da Unidade de Contratos:

I - execução de procedimentos relativos a formalização de contratos oriundos de pregão eletrônico, inexigibilidade e dispensa de licitação (preenchimento do termo de contrato, colher assinaturas da contratada e contratante, publicação, cronograma, vinculação de fiscal, envio de cópia do contrato para a contratada, envio da documentação para o fiscal do contrato e outros procedimentos necessários);

II - expedição de Ofício às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos; III - expedição e envio para assinatura de Portaria de nomeação de fiscal de contratos;

IV - solicitação de senha no sistema para os fiscais de contratos;

V - acompanhamento, atualização e alimentação da planilha de contratos e termos aditivos (incluir os dados dos contratos e termos aditivos);

VI – envio de Ofício aos fiscais de contratos informando o término do prazo de vigência dos contratos;

VII - execução de procedimentos relativos a prorrogação de contratos administrativos (solicitar manifestação do fiscal e da contratada, consulta a documentação relativa a regularidade fiscal da contratada, pesquisa de preços de mercado, assinatura do ordenador de despesa e autoridade competente, cálculo do reajuste, dotação orçamentária, solicitar manifestação do setor jurídico, colher assinaturas, publicação, envio para a contratada e fiscal do contrato, e outros procedimentos necessários);

VIII - pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

IX - cadastramento de contratos novos e inclusão de termos aditivos no sistema de gestão;

X - prestar informações acerca das atividades da Unidade quando solicitadas;

XI - execução de procedimentos relativos a formalização de processos destinados a apuração de irregularidades no decorrer da execução dos contratos (negociação prévia, indicação de irregularidades e sanção, envio de notificação, análise resposta fornecedor, finalização, envio de resposta ao fornecedor e solicitante);

XII - execução de procedimentos relativos a análise de pedidos de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro de contrato (pesquisa de preços de mercado, negociação com o fornecedor, solicitação de manifestação do setor jurídico, expedição de apostila ou termo aditivo, envio de resposta ao fornecedor);

XIII - execução de procedimentos relativos a análise de solicitações de troca de marca, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e outros;

XIV - pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

XV - prestar informações acerca das atividades da Unidade quando solicitadas.

CAPÍTULO IV

CAPITAL HUMANO

Art. 14º. A Unidade de Contratos deverá manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição.

Art. 15º. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Hospital de Contratos:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá nas dependências do complexo hospitalar e seus anexos;

III - tratar a todos com urbanidade;

IV - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais forem designados;

V - acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade; VI - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

VII - comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

VIII - utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

IX - acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

X - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

XI - compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

XIII - zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XIV - manter seus registros funcionais atualizados;

XV - guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVI - submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Art. 16º. A Unidade de Contratos possui os seguintes Atribuições:

I. Gerir os contratos, cessões, doações, autorizações, convênios e demais instrumentos obrigacionais firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
II. Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
III. Elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviç contratados; Manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados; Atualizar rotineiramente as informações constantes do Sistema de gestão, de acordo com as normas vigentes;
IV. Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;
V. Apresentar relatórios periódicos contendo análise da gestão de contratos do hospital. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes e POPs afetos aos serviços desenvolvidos no Hospital;

VI. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais; Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

VII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

VIII. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;

IX. Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo da Unidade;

X. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;

XI. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos colaboradores da UCON;

XII. Auxiliar os Gestores e Fiscais de contratos na execução de suas atividades;

XIII. Manter a página da Unidade atualizada no sítio eletrônico da unidade, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;

XIV. Definir processos de trabalho no âmbito da Unidade, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;

XV. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos.

Art. 17º. As funções de Coordenadores de Área e Responsáveis Técnicos constituem funções de confiança da Chefia do Setor de Administração, ficando a indicação a seu critério.

Art. 18º. A indicação para nomeação da Chefia da Unidade de Contratos, deverá seguir os critérios estabelecidos pela legislação da SES/GO.

Art. 19º. A Chefia da Unidade de Contratos é função gratificada na estrutura da unidade sendo a classificação, descrição e atribuições apresentadas no Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratifica.

§1. A Função Gratificada relativa à chefia descrita no caput deverá ser ocupada por profissional com formação de nível superior ou nível técnico com experiência mínima de três anos na área de atuação, conforme disposições contidas no plano de cargos e carreiras do instituto CEM.

§2. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia do Setor de Administração, assumirá pessoa de sua confiança que será o substituto legal, formalmente nomeado por meio de Portaria publicada, permanecendo no cargo por igual período ao do mandato da chefia.

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 20º. A Unidade de Contratos funciona nos seguintes horários: de segunda a sexta das 7h às 12h e das 13 às 17 horas.

Art. 21º. As escalas de trabalho são de responsabilidade da unidade, devendo ser elaborada até o dia 10. dia do mês anterior ao mês descrito na escala, para análise e aprovação da Chefia e obrigatoriamente publicizadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 22º. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela Chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Setor, referentes à matéria.

Art. 23º. As escalas/horários de trabalho são de responsabilidade de cada segmento que compõe a Unidade, obrigatoriamente publicadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 24º. A Unidade de Contratos está representada no Comissão Gestor do Setor de Administração do instituto CEM, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pelas chefias do Setor de Administração e suas Unidades, pelos chefes substitutos como suplentes e um representante da administração, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 25º. São objetivos da comissão:

I - promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas;

II - promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégias de planejamento;

III - implementar oportunidades de melhorias para que a DAF possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 26º. Compõem a comissão:

I - o chefe da SAD, como coordenador do Comissão;

II - os chefes das Unidades subordinadas a este Setor;

III - um representante da DAF.

§ 1. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia da Divisão Administrativa Financeira, assumirá a coordenação do comissão seu substituto legal.

§ 2. O secretário do comissão será escolhido dentre os representantes de cada segmento do SAD representado no comissão, na ausência do serviço de secretariado.

Art. 27º. Caberá ao secretário do Comissão:

I - organizar a ordem do dia;

II - receber e protocolar os processos e expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados e/ou reexaminados nas reuniões do Comissão;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - lavrar e assinar as atas de reuniões do Comissão;

VII - elaborar relatório mensal das atividades do Comissão;

VIII - providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao Comissão.

Art. 28º. São competências da Comissão:

I - elaborar, revisar e propor atualização do regulamento interno e demais documentos normativos dos Setores e Unidades, quando necessário;

II - apreciar o Plano Anual de Investimento dos Setores e Unidades, para o exercíci subsequente; III - definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor e Unidades;

IV - definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão do Setor e Unidades;

V - estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades do Comissão para o exercício, quando do início das atividades;

VI - dar andamento as ações propostas no Plano Diretor Estratégico (PDE) institucional para o Setor;

VII - propor a criação de Grupos de Trabalho para: a) auxiliarem nas decisões do Comissão Gestor, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos; b) comporem o centro de custo do Setor, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

Art. 29º. As reuniões ordinárias do Comissão serão realizadas pela Chefia, juntamente com suas Unidades, e acontecerão mensalmente, com agendamento prévio de 5 (cinco) dias úteis e registro em ata.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer momento, com antecedência mínima de 24 horas, seja pela Chefia ou pela subscrição de 2/3 das chefias subordinadas, de acordo com a demanda do serviço.

Art. 30º. As decisões serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Art. 31º. A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de Administração será determinada pela Chefia, em conjunto com o Comissão Gestor, seguindo as exigências da Instituição e obedecendo as normas legais.

CAPÍTULO VI

INDICADORES DE GESTÃO

Art.32º. São Indicadores de Produção:

I. Número de Contratos Existentes
II. Percentual de Contratos de Dispensa, Adesão, Inexigibilidade e pregão;
III. Número de Contratos em Confecção
IV. Número de Contratos em fase de Aditivação/Prorrogação

Art.33. São indicadores de desempenho:

I. Tempo médio de execução de confecção de contrato
II. Tempo médio de execução de de Aditivo ou prorrogação contratual

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34º. O funcionamento da Unidade de Contratos (UCON), além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da unidade, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1. Assuntos referentes a normas e rotinas da Unidade de Contratos devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

Art. 35º. Os casos omissos deverão ser objeto de deliberação do Conselho Gestor com a chefia do setor, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 36.º Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do diretoria técnica e administrativa com a chefia da imediata, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 37º. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.24.6.4 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir Ações para aconselhar, apoiar e identificar pontos de aprimoramento do SISTEMA DE CONTRATAÇÃO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	gerenciar as contratações de bens e serviços do hospital;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	prover procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	elaborar minutas de contrato;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	gerir os convênios celebrados pelo hospital.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	fiscalização de contratos da área administrativa;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	apoio a gestão e fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	execução de procedimentos relativos a formalização de contratos oriundos de pregão eletrônico, inexigibilidade e dispensa de licitação		X		X		X		X		X		X
	expedição de Ofício às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos;		X	X		X		X		X		X	
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			x			x			x			x
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.24.7 Comissão de Ética multiprofissional

7.24.7.1 Finalidade

Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais de saúde municipal e estadual da região.

7.24.7.2 Membros

- 01 (um) Presidente,
- 01 (um) Secretário,
- 1 representante da psicologia,
- 1 representante da nutrição,
- 1 representante da fisioterapia
- 1 representante da enfermagem

- 1 representante do serviço social como membros efetivos

7.24.7.3 Proposta de Regimento Interno

DAS DENOMINAÇÕES, SEDE, FINS E COMPOSIÇÃO

Art.1°. A Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade, visa desempenhar as funções educativa, preventiva e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício das profissões retro mencionadas no Hospital.

Art.2°. A Comissão de Ética Multidisciplinar terá sede no Núcleo das Comissões usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser designada no Hospital.

Art.3. A Comissão de Ética Multidisciplinar deverá ser constituída por profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social dentre outras profissões de saúde do quadro de funcionários da Unidade.

§1. Os serviços serão representados por funcionários de nível superior.

§2. Na primeira gestão a Comissão de Ética Multidisciplinar será constituída por solicitação e indicação da Unidade sendo seus membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 1 (um) ano.

§3. Nas gestões subsequentes os representantes serão escolhidos, através do voto secreto, pelos funcionários do hospital, de cada categoria profissional aqui discriminada, e conforme as demais regras preconizadas neste regimento.

§4. O Coordenador será designado pelo Diretor Tecnico e Administrativo, sendo escolhido entre os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§5. A Comissão de Ética Multidisciplinar do Hospital será composta por:

- 01 (um) Presidente,
- 01 (um) Secretário,
- 1 representante da psicologia,
- 1 representante da nutrição,

- 1 representante da fisioterapia
- 1 representante da enfermagem
- 1 representante do serviço social como membros efetivos, igual número de suplentes.

Art. 4°. A atuação, no âmbito da Comissão de Ética Multidisciplinar não enseja remuneração para seus membros e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço ao Unidade.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5°. São atribuições da Comissão de Ética Multidisciplinar:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais de saúde municipal e estadual da região.

II. Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações presentes no Código de Ética de cada profissão.

III. Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.

IV. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.

Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional multidisciplinar da Unidade.

promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.

VI. Manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos tratados e decididos pela Comissão de Ética Multidisciplinar.

VII. Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.

VIII. Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações multiprofissionais da Unidade.

- . Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.
- Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e o SAU em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional multiprofissional da Unidade.
- Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia aos Comissãos Regionais de cada categoria profissional, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.
- Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias.

Art. 6°. Não caberá à Comissão de Ética Multidisciplinar analisar questões referentes à responsabilidade da Divisão de Recursos Humanos da Unidade.

Parágrafo Único - Quando solicitado, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá assessora-los.

CAPITULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7°. Compete ao Presidente:

I. I. Convocar e presidir as reuniões e os trabalhos da Comissão de Ética Multidisciplinar.

II. II. Colocar em votação os assuntos submetidos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

III. Organizar a pauta das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade, a partir de sugestão de qualquer de seus membros, admitindo-se, ao início de cada reunião, a inclusão de novos assuntos.

IV. Assinar correspondência em nome da Comissão de Ética Multidisciplinar e solicitar as assinaturas dos demais membros quando considerar conveniente.

V. Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar ou designar quem o faça, quando necessário.

VI. Decidir sobre a presença de pessoas não integrantes da Comissão de Ética Multidisciplinar em suas reuniões, ouvidos os membros titulares e/ou suplentes presentes.

VII. Levar a julgamento, em caso de urgência, matéria não constante da pauta, com a presença dos membros titulares, e, na ausência de algum deles, com a convocação de um dos membros suplentes.

VIII. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade.

IX. . Outros assuntos correlatos.

Art. 8°. Compete aos Membros Titulares:

I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar - CEMM.

II. Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão de Ética Multidisciplinar – CEMM.

III. Providenciar a instrução de matéria nos casos em que houver necessidade de parecer sobre a legalidade de ato a ser por ela baixado.

IV. Requisitar aos funcionários e profissionais submetidos ao Código de Conduta Ética documentos, informações e subsídios para instruir assunto sob apreciação desta Comissão.

V. Debater a matéria e os processos em discussão.

VI. Votar sobre os assuntos analisados e/ou discutidos nas reuniões, para a sua deliberação final.

VII. Convocar reuniões extraordinárias.

VIII. Relatar os expedientes da Comissão de Ética Multidisciplinar.

IX. Comparecer às reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar, quando convocado pelo Presidente.

X. Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro.

XI. Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar do Hospital em atos públicos, por delegação de seu Presidente.

Art. 9. Compete ao Membro Suplente:

I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar.

II. Substituir/Representar o membro titular em sua ausência, exercendo todas as atividades pertinentes ao membro titular, inclusive com direto a voz e voto.

III. Participar das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar juntamente com o membro titular com direito a voz e voto, desde que convocado pelo presidente desta Comissão.

Art. 10. Compete ao Secretário:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.

II. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

III. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§ 1. A (o) Secretária (o) do Núcleo das Comissões do Hospital participará de todas as reuniões e desempenhará as funções descritas abaixo em caráter confidencial:

IV Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

V Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

VI Comunicar aos membros sobre reuniões convocadas pelo presidente;

VII Emitir e enviar os Pareceres de resultados elaborados pela Comissão;

VIII Outras atividades afins.

§ 2. Na ausência da (o) secretária (o) do Núcleo das Comissões - Unidade, nas reuniões desta Comissão, o (a) Secretário (a) da mesma poderá exercer funções inerentes a esta, após autorização da (o) Presidente desta Comissão.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 11º. A Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra servidores do quadro funcional da Unidade, por inobservância do Código de Ética dos seus respectivos Comissãos, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 12º. Haverá obrigatoriedade de registro em ata de todas as reuniões realizadas, inclusive aquelas com a presença de funcionários e profissionais submetidos ao Código de Ética, rubricado pelos presentes em todas as páginas.

Art. 13º. A acusação de inobservância do Código de Ética deverá ser formalizada por escrito, no prazo máximo de trinta (30) dias corridos, após a ocorrência do fato, identificada e assinada por pessoa física ou jurídica, dirigida à Comissão de Ética

Multidisciplinar, contendo todas as informações necessárias, juntamente com todas as provas documentais de que dispuser, para a apuração dos fatos.

Art. 14º. Denúncias que envolvam funcionários ou profissionais do Hospital e pacientes deverão ser encaminhadas, a esta Comissão, através da ouvidoria da Unidade.

Parágrafo Único - Antes de encaminhar as denúncias para esta Comissão a ouvidoria deverá proceder a uma avaliação de competência. Recebida a denúncia, o Presidente convocará reunião da Comissão de Ética Multidisciplinar para apuração dos fatos.

§ 1 - A denúncia poderá não ser acolhida se após avaliação constatar-se que a mesm não tem consistência ou não é de competência desta Comissão.

§ 2 - Em caso de não acolhimento da denúncia, o Presidente comunicará tal decisão ao denunciante, justificando-a, por escrito, não cabendo recurso ao denunciante se proferida por unanimidade.

§ 3 - Após a acolhida da denúncia, o Presidente convocará o denunciante e o denunciado, separadamente, para serem ouvidos pela Comissão de Ética Multidisciplinar ou por parte de seus membros.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 15º. Para sindicância dos fatos, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar pareceres durante a apuração.

§ 1 - Os pareceres poderão ser emitidos por membros da própria Comissão de Ética Multidisciplinar, neste caso ficam responsáveis os membros que pertencem à mesma categoria profissional do denunciante e/ou denunciado.

§ 2 - Caso não haja representantes profissionais na Comissão de Ética Multidisciplinar que possam elaborar este parecer, o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar poderá indicar um profissional da mesma categoria para emitir um parecer. Este deverá ser aprovado pelos demais membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 16º. Durante a apuração dos fatos e até elaboração do relatório final o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 17º. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único. Caso necessário, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 18º. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada aos Comissãos Regionais das partes envolvidas, para a competente tramitação.

Art. 19º. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá procurar conciliação entre as partes envolvidas no âmbito Hospitalar.

§ 1. Caso haja conciliação, a Comissão de Ética Multidisciplinar lavrará tal fato em ata específica e Parecer Técnico.

§ 2. Não havendo a conciliação de que trata este artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado aos Comissãos Regionais das partes envolvidas para as providências administrativas cabíveis.

Art. 20º. Todos os assuntos debatidos em reunião, sejam matérias da própria Comissão ou sindicância de denúncias, deverão ter caráter sigiloso.

Parágrafo Único – Após emissão do relatório conclusivo apenas as partes envolvidas e os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar terão acesso às atas e arquivos do fato.

CAPÍTULO VI

DAS ELEIÇÕES

Art. 21º. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar deverão ser funcionários e profissionais da unidade.

Art. 22º. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 23º. Os candidatos à Comissão de Ética Multidisciplinar do Hospital, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 24º. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 (sete) dias.

Art. 25º. Ocorrendo empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dc membros efetivos e/ou suplentes, será considerado o mais antigo na Instituição, caso permaneça o empate o de maior idade.

Art. 26º. A composição da Comissão de Ética Multidisciplinar do Hospital será pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para sua composição.

Art. 27º. A duração do mandato dos membros será de 30 (trinta) meses.

Art. 28º. A duração do mandato do Presidente será de 01 (hum) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do próximo ano.

Art. 29º. A escolha dos membros será através de eleição e Edital interno que deverá conceder um prazo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas o qual será encerrad 48 (quarenta e oito horas antes das eleições).

Art. 30º. A comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados.

Art. 31º. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, assistida por todos interessados e resultado da eleição será lavrado em Ata e encaminhado cópias para os Comissãos Profissionais representados.

Art. 32º. Todos os recursos contra qualquer fato relativo ao Processo Eleitoral deverão ser formalizados por escrito e endereçada em primeira instância ao Presidente da Comissão Eleitoral, dentro do prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a

apuração dos votos, em segunda instância à Comissão de Ética Multidisciplinar e terceira instância aos Comissãos respectivos.

Art. 33º. Os membros eleitos (efetivos e/ou suplentes) que solicitarem afastamento da Comissão ou deixarem de prestar serviços à Instituição serão automaticamente desligados de suas funções, ficando seu cargo sem representação até a realização da nova eleição.

Parágrafo Único. Profissionais que ocuparem os cargos de Diretor Tecnico e Administrativo, Diretor Técnico e Diretor Financeiro e Diretor Administrativo, não poderão candidatar-se aos cargos desta Comissão.

CAPITULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34º. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar devem dar-se por impedidos quando forem:

I. Parte da causa;

II. Cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau;

III. Integrantes de órgão de administração ou direção de pessoa jurídica parte na causa;

IV. Interessados na sindicância da causa em favor de uma das partes.

§ 1. Poderá ser solicitado o impedimento de qualquer um dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar, por uma das partes envolvidas, desde que este comprove pelo menos uma das condições de impedimento acima estipulado.

§ 2. Compete à própria Comissão de Ética Multidisciplinar decidir sumariamente sobre o impedimento de um dos seus membros.

Art. 35º. A Comissão de Ética Multidisciplinar será dissolvida por decisão da Comissão e/ou da Diretoria Geral em reunião, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuidade de suas atividades.

Art. 36.º As ausências dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões da UNIDADE, para apreciação junto ao Presidente desta Comissão. Três ausências consecutivas não justificadas ocasionará o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 37º. Este Estatuto poderá ser alterado quando:

Após a avaliação de desempenho da Comissão de Ética Multidisciplinar, observar-se falhas ou incoerências em seu conteúdo;

Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 38º. As determinações deste Estatuto e Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade.

Art. 39º. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética Multidisciplinar.

GOIÂNIA, / / 2022

_____

Diretor Técnica da Unidade

7.24.7.4 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação do Código de Ética		X					X					X

	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Promoção e Participação de Eventos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Elaboração de Orientações aos Pacientes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional,		X					X					X	
	identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Estratégias de Desenvolvimento	Ações prevenir infrações éticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Investigar infrações éticas por meio de sindicâncias.			X			X			X			X	
	Promover a atualização dos conhecimentos por meio da educação permanente.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Acompanhar a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X	
	Monitoração de Denúncias e situações internas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X	

7.24.8 Comissão de Controles Internos

7.24.8.1 Finalidade

A Comissão de Controle Interno atuará em todas as gerências, divisões, setores da unidade e as que lhe vierem a ser incorporadas futuramente.

A Comissão de Controle Interno utilizará como técnicas de trabalho, para a consecução de suas finalidades, a auditoria e fiscalização por amostragem, visando o assessoramento da Equipe de administrativa da unidade.

7.24.8.2 Membros

- Diretoria Administrativa;
- 01 (um) Advogado;
- coordenador de enfermagem;
- coordenador de Ensino e Pesquisa;
- 06 (seis) colaboradores, sendo 03 (três) da área Administrativa, e 03 (três) da área Assistencial,

7.24.8.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DO SISTEMA

Art. 1 - Fica criado o Sistema de Controle Interno da unidade, que tem como órgão central de controle interno e visa estabelecer políticas e ações de controle interno do âmbito da unidade.

Art. 2 - Visando operacionalizar e dar efetividade ao Sistema de Controle Interno da unidade, fica também criado, no âmbito de suas atribuições e competências administrativas, a Comissão de Controle Interno.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.3º Atribuições:

I - Avaliar o cumprimento da execução das metas contidas no plano plurianual de investimentos, na Lei Orçamentária Anual (Planejamento/Proposta Orçamentária Anual), nos programas de trabalho e demais metas pactuadas no âmbito da unidade;

II - Comprovar a legalidade e avaliar os resultados relativos à eficácia, a eficiência, economicidade e efetividade da gestão orçamentária, financeira e patrimonial no da unidade, nos programas de trabalho e nos orçamentos, bem como a aplicação de recursos públicos;

III - Acompanhar a execução contábil, financeira e econômica em todos os casos de interesse da unidade;

IV - Controlar custos, preços e gastos dos materiais e serviços de qualquer natureza mantidos pelo da unidade;

V - Exercer o controle contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial da unidade quanto à legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade;

VI - Criar condições para assegurar a eficiência, eficácia, economicidade e efetividade da gestão de todos os processos e procedimentos internos, conforme determinações dos órgãos de Controle Externos e Internos;

VII - Exercer o Controle Interno das operações de créditos, bem como, da execução de convênios, contratos e licitações, relativos aos direitos e haveres da unidade;

VIII - Avaliar a correta aplicação das disposições contidas na legislação em vigor, quanto aos limites de gastos e outras decorrentes, apresentando informações que auxiliem neste processo.

IX - Monitorar e colaborar na implementação e no cumprimento de todas as disposições contidas nas deliberações expedidas pelos Órgãos de Controle Externos e Internos;

X - Supervisionar os processos de controles internos;

XI - Realizar análise e atualização sobre:

a. Os Métodos e Medidas utilizados em cada área;

b. A proteção do Patrimônio;

c. A correta gestão do pagamento do pessoal;

d. A exatidão e fidedignidade das informações;

e. A eficiência operacional; e

e. O cumprimento das políticas administrativas.

Parágrafo Único – A Comissão de Controle Interno funcionará sem prejuízo de posterior criação da Controladoria Interna da unidade, no âmbito de sua estrutura organizacional, a qual a diretoria adminsitrativa poderá delegar as atribuições, mediante Portaria específica, que competirá atuar na execução direta das atribuições funcionais e executivas do Sistema de Controle Interno.

Art. 4º - A Comissão de Controle Interno atuará em todas as gerências, divisões, setores da unidade e as que lhe vierem a ser incorporadas futuramente.

CAPÍTULO II

DAS ATIVIDADES

Art. 5° -A Comissão de Controle Interno utilizará como técnicas de trabalho, para a consecução de suas finalidades, a auditoria e fiscalização por amostragem, visando o assessoramento da Equipe de administrativa da unidade.

§ 1° - O assessoramento visa a comprovar se os processos, políticas e manuais objetos de intervenção, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

§ 2° - A auditoria visa a avaliar a gestão pública, pelos processos e resultados gerenciais, e a aplicação de recursos públicos.

§ 3° - A fiscalização visa a comprovar se o objeto dos programas de governo corresponde às especificações estabelecidas, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda

coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

Art. 6° - A Comissão de Controle Interno, assim como os demais órgãos que vierem a compor o Sistema de Controle Interno da unidade, prestarão orientação aos administradores de bens e recursos públicos nos assuntos pertinentes à área de competência do controle interno, inclusive sobre a forma de prestar contas.

Art. 7° - As atividades a cargo do Sistema de Controle Interno da Unidade destinam-se, preferencialmente, a subsidiar:

I - O exercício da direção superior da unidade, a cargo da diretoria administrativa;

II - A supervisão das Gerências, Divisões, Setores da unidade;

III - O aperfeiçoamento da gestão pública, nos aspectos de formulação, planejamento, coordenação, execução e monitoramento das políticas institucionais;

IV - Os órgãos responsáveis pelo ciclo da gestão da unidade, quais sejam, planejamento, orçamento, finanças, contabilidade e administração central.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7 - Compete à Comissão de Controle Interno:

I - Acompanhar a implementação de melhorias de processo das recomendações do órgão de controle interno e externo;

II - Dirimir controvérsias acerca do controle interno;

III - Estabelecer novas diretrizes de controle interno, quando necessário;

IV - Rever os parâmetros de riscos e controles;

V - Estabelecer periodicidade para reuniões e registro em atas;

VI - Gerenciar grupos de trabalho temáticos compostos por colaboradores de diversas Unidades Administrativas da unidade;

VII - Verificar, de modo sistemático, a adoção do cumprimento dos procedimentos definidos para as atividades (incluindo normatizações externas) dos processos existentes no Hospital, de modo particular;

VIII - Participar da revisão periódica dos controles e demais procedimentos operacionais;

IX - Centralizar as informações e responsabilizar-se pelo efetivo conhecimento por todos dos procedimentos e fluxogramas da unidade, disponibilizando-os na rede mundial de computadores, caso possível;

X - Emitir parecer sobre o Relatório Anual de Gestão;

XI - Colaborar para manter todos os colaboradores (empregados e servidores) informados de suas responsabilidades, missão da empresa e diretrizes estratégicas;

XII - Prestar assessoria a diretoria administrativa em assuntos relacionados com as atividades de controle interno;

XIII - Elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;

XIV - Antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes, inclusive através de campanhas informativas no âmbito da unidade; XV - Emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais da unidade;

XVII - Avaliar periodicamente o Sistema de Controle Interno da unidade, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;

XIX - Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital; e

XX - Colaborar na humanização do atendimento da unidade.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO

Art. 8 - A Comissão de Controle Interno, para desempenho de suas atividades, será composta da seguinte forma em sua estrutura básica, sendo todos os colaboradores voluntários e não terão suas atribuições ou cargos alterados durante sua participação na Comissão:

I. Diretoria Administrativa;
II. 01 (um) Advogado;
III. coordenador de enfermagem;
IV. coordenador de Ensino e Pesquisa;
V. 06 (seis) colaboradores, sendo 03 (três) da área Administrativa, e 03 (três) da área Assistencial,

Parágrafo único: todos serão convocados pelo diretoria administrativa, e a serem denominados nessa Comissão como Agentes de Controle Interno.

§ 1° - O número de Agentes de Controles convidados poderá ser alterado, dependendo da complexidade do nível de cada área a ter seus processos analisados e atualizados.

§ 2° - A Comissão atuará em nível de apoio, com viés consultivo ao Colegiado Executivo;

§ 3° - A função de membro da Comissão é indelegável, e irrecusável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

§ 4° - É vedado aos membros da Comissão, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços de consultoria, assessoria ou quaisquer outros que configure impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro da Comissão.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9 – Compete ao diretor administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Fazer indicações dos componentes da Comissão de Controle Interno;

II - Zelar pelos princípios estabelecidos nas Políticas Institucionais, sobretudo do Sistema de Controle Interno;

III - Estabelecer novas diretrizes, quando necessário;

IV - Dirigir os trabalhos;

V - Manter a ordem e disciplina dos demais membros;

VI - Determinar o encaminhamento das comunicações, deliberações instruções solicitações, assinando-as;

VII - Estabelecer o calendário anual das reuniões, e convocar os demais membros;

VIII - Resolver as questões de ordem;

IX - Votar sempre por último, sendo que em caso de empate, terá ainda o voto de qualidade; e

X - Autorizar o fornecimento de cópias das atas e processos.

Art. 10 – Compete ao coordenador Administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativa nos assuntos específicos do controle interno, e sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Substituir o Diretoria administrativo em suas ausências e impedimentos, bem como, sucedê-lo, em caso de vaga do cargo;

IV - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; V - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com o Diretoria administrativo;

VI - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VII - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 11 – Compete ao coordenador de enfermagem exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativo nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; IV - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretoria administrativo;

V - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 12º – Compete ao coordenador de Ensino e Pesquisa exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativo nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; IV - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretoria administrativo;

V - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 13º – Ao Advogado, compete:

I - A análise e revisão de todas as normas, procedimentos, manuais ou quaisquer documentos resultantes do trabalho da Comissão de Controle Interno;

II - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado;

III - Emitir parecer prévio das deliberações e instruções, a serem assinadas pelo Diretoria administrativo;

IV - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas;

V - Assessorar a Superintendência nos aspectos técnico-jurídicos; e

VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 14º- Aos Agentes de Controle Interno que irão realizar o trabalho operacional, compete desempenhar funções afins e pertinentes ao Controle Interno, de forma permanente ou eventual compreendida por:

I - Orientar e apoiar o Diretoria administrativo, bem como responder às consultas por este formulada;

II - Conhecer, analisar e propor alterações de regulamentos, manuais, processos e procedimentos no que tange aos atos de Controle Interno;

III - Realizar as auditorias, fiscalizações e demais atos de assessoramento no âmbito do controle interno da unidade;

IV - Promover estudos de simplificação e padronização de rotinas de trabalho;

V - Propor modelos estruturais, visando alcançar rendimento sistêmico, com aplicação de princípios e técnicas gerenciais;

VI - Subsidiar o Diretoria administrativo e coordenador Administrativo, de enfermagem, e de Ensino e Pesquisa, nos processos de tomada de decisões através de análises dos problemas submetidos à sua consideração, com o oferecimento de informações e propostas alternativas, objetivas e suas prováveis consequências;

VII - Avaliar continuamente os trabalhos de Controle Interno;

VIII - Colocar em prática as decisões da Comissão de Controles Internos, bem como representa-lo interna e externamente sempre que necessário; e

IX - Comparecer às reuniões quando convocados.

CAPÍTULO VI

DAS PRERROGATIVAS DOS AGENTES DE CONTROLE INTERNO DURANTE OS TRABALHOS

Art. 15º - O Agente de Controle Interno fará a análise dos processos e procedimentos a seu critério e como melhor lhe convier, "in loco" em todos os setores da administração e assistencial desde que determinado pela Comissão e, tendo as seguintes prerrogativas:

I - Livre ingresso nos setores e áreas que compõem a unidade;

II - Acesso a todos os documentos e informações necessários à realização de seu trabalho;

III - Autonomia para requerer, por escrito, aos responsáveis pelos setores ou processos por ele analisados, informações e documentos necessários à instrução dos levantamentos e mapeamentos;

IV - O Agente de Controle Interno deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para o análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Art. 16º – A Comissão reunir-se-á sempre na primeira semana de cada mês.

Parágrafo Único - A Comissão deve reunir-se-á somente com a presença de no mínimo a maioria de seus membros e em horário de expediente no Hospital ou local previamente designado.

CAPÍTULO VIII

DA AUTO AVALIAÇÃO

Art. 17º – A Comissão realizará, formal e anualmente, sua auto avaliação, em forma de relatório, abordando as atividades desenvolvidas no período, relatório este que deverá ser submetido ao Colegiado Executivo, que o utilizará de balizador para autocorreção.

CAPÍTULO IX

DAS ALTERAÇÕES

Art. 18º - Este Regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros da Comissão entender pertinente, ou mediante edição de novas diretrizes da SES/GO ou demais órgãos de controle.

Art. 19º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação

Art. 18º – O Diretoria administrativo deverá publicar Portaria Nomeando os Membros da Comissão de Controle Interno em até 30 dias de sua publicação, assim como substituir os membros excluídos no mesmo prazo, contado da data da exclusão.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.24.8.4 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avaliar o cumprimento da execução das metas contidas no plano plurianual de investimentos, na Lei Orçamentária Anual (Planejamento/Proposta Orçamentária Anual), nos programas de trabalho e demais metas pactuadas no âmbito da unidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Comprovar a legalidade e avaliar os resultados relativos à eficácia, a eficiência, economicidade e efetividade da gestão orçamentária, financeira e patrimonial no da unidade, nos programas de trabalho e nos orçamentos, bem como a aplicação de recursos públicos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acompanhar a execução contábil, financeira e econômica em todos os casos de interesse da unidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Controlar custos, preços e gastos dos materiais e serviços de qualquer natureza mantidos pelo da unidade;												
	Exercer o controle contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial da unidade quanto à legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Criar condições para assegurar a eficiência, eficácia, economicidade e efetividade da gestão de todos os processos e procedimentos internos, conforme determinações dos órgãos de Controle Externos e Internos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Exercer o Controle Interno das operações de créditos, bem como, da execução de convênios, contratos e licitações, relativos aos direitos e haveres da unidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avaliar a correta aplicação das disposições contidas na legislação em vigor, quanto aos limites de gastos e outras decorrentes, apresentando informações que auxiliem neste processo.		X		X		X		X		X		X
	Monitorar e colaborar na implementação e no cumprimento de todas as disposições contidas nas deliberações		X	X		X		X		X		X	

	expedidas pelos Órgãos de Controle Externos e Internos;												
	Supervisionar os processos de controles internos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			x			x			x			x
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.24.9 Comissão de Humanização

7.24.9.1 Finalidade

- Atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;
- Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios

humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

- Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.

7.24.9.2 Membros

A comissão é constituído por uma equipe multidisciplinar, voluntária, nomeada em portaria da diretoria administrativa com representantes das seguintes áreas:

I – Ouvidoria;

II –Divisão de Enfermagem;

III –diretoria;

IV –Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V – Divisão Médica;

VI – Hotelaria;

VII –Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – usuários;

X – demais categorias atuantes no Hospital

7.24.9.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1. A comissão de Humanização é uma equipe multiprofissional, organizada, participativa e democrática, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Art. 2º. esta comissão visa:

I – atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

II – apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

III – inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.

Art. 3º. São objetivos da comissão:

I – contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;

II – melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários da unidade;

III – conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde;

IV – fortalecer, articular e divulgar todas as iniciativas de humanização já existentes no Hospital; V – estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área;

VI – buscar os resultados práticos, propostos pela PNH:

a) redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;

b) atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

c) implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;

d) garantia dos direitos dos usuários;

e) valorização do trabalho na saúde;

f) gestão participativa nos serviços.

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIAS

Art. 4º. a comissão terá as seguintes competências:

I – estabelecer estratégias de promoção e implementação da cultura de humanização entre gestores, trabalhadores e usuários do Hospital;

II – traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

III – examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;

IV – liderar o processo de humanização;

V – buscar estratégias de comunicação e integração entre as diferentes unidades ;

VI – promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de humanização a serem desenvolvidas;

VII – apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

VIII – avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos pelo SUS;

IX – estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO E MANDATO

Art. 5º A comissão é constituído por uma equipe multidisciplinar, voluntária, nomeada em portaria da diretoria administrativa com representantes das seguintes áreas:

I – Ouvidoria;

II –Divisão de Enfermagem;

III –diretoria;

IV –Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V – Divisão Médica;

VI – Hotelaria;

VII –Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – usuários;

X – demais categorias atuantes no Hospital

Parágrafo único. Outros representantes das demais categorias atuantes no Hospit poderão participar como membros consultivos do comissão, quando acionados.

Art. 6º. O coordenador e o vice coordenador serão escolhidos dentre os membros do Grupo, após indicação e votação, sendo eleitos por maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião, tendo o mandato a duração de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7º. Após a eleição, o coordenador e o vice indicarão dois secretários, cujos mandatos terão a duração de seus respectivos mandatos.

CAPÍTULO IV

SUBCOMISSÕES

Art. 8º. Fica a critério da comissão a formação de subcomissões com tarefa específica a cumprir, de modo a subsidiar apreciação posterior da equipe.

Art. 9º. As subcomissões reger-se-ão pelas mesmas regras estabelecidas neste regimento e se reportarão ao coordenador da comissão.

Art. 10º. As subcomissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes na realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade com seguintes objetivos:

I – elaborar projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento;

II – divulgar o processo de humanização no âmbito do Hospital;

III – realizar atividades educativas aos usuários, trabalhadores e alunos;

IV – desenvolver e implantar formas de divulgação dos trabalhos da comissão à comunidade interna e externa.

CAPÍTULO V

ATRIBUIÇÕES

Art. 11º. São atribuições do coordenador:

I – coordenar as atividades de promoção de humanização;

II – convocar e presidir as reuniões da comissão, dando execução às respectivas deliberações;

III – representar oficialmente a comissão;

IV – prestar contas das atividades da comissão ao Colegiado Executivo da unidade.

Art. 12º. São atribuições do vice coordenador:

I – assessorar o coordenador;

II – assumir as funções do coordenador em suas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, afastamentos oficiais, licenças-saúde, etc);

III – comparecer às reuniões da comissão, proferir votos ou pareceres;

IV – estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

V - requerer votação de matéria em regime de urgência.

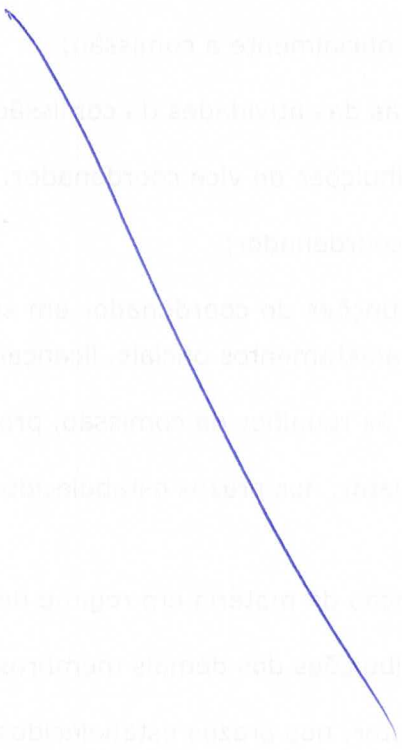
Art. 13º. São atribuições dos demais membros da comissão:

I – estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

II – comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III – requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV – executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo coordenador.



Art. 14º. Caberá ao secretário da comissão:

I – organizar a ordem do dia;

II – receber e protocolar os processos e expedientes;

III – manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão;

IV – providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V – lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI – lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VII – elaborar relatório mensal das atividades da comissão para publicização no sítio eletrônico da Instituição;

VIII – providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX – realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO VI

REUNIÕES

Art. 15º. As reuniões ordinárias da comissão serão realizadas mensalmente, em dia e hora previamente agendados com antecedência mínima de cinco dias úteis.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador ou a pedido de qualquer membro da comissão com antecedência mínima de três dias úteis.

Art. 16º. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes à reunião.

Art. 17º. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas com assinatura dos membros em lista de presença.

Art. 18º. As faltas permitidas aos participantes não poderão exceder o número de três, no período de 12 meses.

Parágrafo único. Ocorrendo faltas, conforme disposto no caput, o participante será excluído da comissão.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º. A responsabilidade da direção administrativa da unidade é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 20/]. Este regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 21º. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 22.º Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Helena de Goiás, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.24.9.4 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração / Revisão de		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Estratégias de Desenvolvimento	Normas e Atividades Práticas												
	ações para atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ações para apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ações para inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários da unidade;												

	conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	fortalecer, articular e divulgar todas as iniciativas de humanização já existentes no Hospital; V – estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	buscar os resultados práticos, propostos pela PNH:		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			X			X			X			X
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.24.10 Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde

7.24.10.1 Finalidade

Assessorar a Diretoria Técnica e administrativa, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde ou outra comissão institucional em avaliações, desenvolvimentos, padronizações e monitoramento de tecnologias da saúde, com base nas evidências científicas disponíveis e na revisão da utilização de tecnologias no Hospital.

7.24.10.2 Membros

04 representantes da área multiprofissional

01 representante da farmácia

01 representante da enfermagem

01 representante da área administrativa

Todos os membros indicados pelo diretor e Gerências da unidade

7.24.10.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1° - O Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde - NATS do Hospital é de natureza técnico-científica permanente.

Art. 2° - O NATS tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica e administrativa, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde ou outra comissão institucional em avaliações, desenvolvimentos, padronizações e monitoramento de tecnologias da saúde, com base nas evidências científicas disponíveis e na revisão da utilização de tecnologias no Hospital.

Parágrafo único - Considera-se Tecnologia em Saúde ou Tecnologia Sanitária: os medicamentos e processos relacionados a produtos para diagnóstico in vitro ou in vivo, equipamentos e artigos médicos, tais como órteses e próteses, materiais especiais ou

convencionais, procedimentos e técnicas profissionais suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de condições clínicas concretas, incluindo-se ainda os sistemas de suporte, organização, administração e demais procedimentos envolvidos na assistência, integral ou parcial, a pacientes.

Art. 3° - Para execução de suas atividades, o NATS é formado por um Núcleo Executivo e um Consultivo, podendo formar Grupos de Trabalho de Avaliação de Tecnologias em Saúde - GT, estruturados segundo tipo de demanda e finalidades especificadas. A composição desses grupos será específica para a avaliação demandada, mediante sugestão dos membros do NATS e do núcleo gestor do hospital e sua atividade se extinguirá com o término da avaliação.

CAPITULO II

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 4° - O NATS terá composição multidisciplinar e multiprofissional indicada pelo diretor e Gerências da unidade, da seguinte forma

04 representantes da área multiprofissional

01 representante da farmácia

01 representante da enfermagem

01 representante da área administrativa

Todos os membros indicados pelo diretor e Gerências da unidade

Parágrafo único - As indicações deverão recair em profissionais de nível superior com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas a avaliação de tecnologias em saúde, economia da saúde, finanças e políticas públicas, e atividades correlatas.

Art. 5° - Será exonerado da comissão o componente que, sem motivo justificado, deixar de colaborar com o conteúdo do trabalho designado ou não comparecer a três reuniões no período de um ano.

§ 1° - A Comissão poderá ser renovada desde que, no mínimo, um terço de seus membros seja preservado.

Art. 6° - As funções dos membros do NATS não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado tecnicamente relevante para o hospital.

Art. 7° - O NATS convidará profissionais ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 8° - A composição dos Grupos de Trabalho será multidisciplinar e multiprofissional.

Art. 9° - A coordenação do Grupo de Trabalho deverá ser executada por membro da Comissão com formação e experiência na tecnologia objeto de avaliação.

CAPITULO III

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10° - O NATS funcionará nas instalações da Gerência/coordenação de Ensino e Pesquisa, e reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez a cada dois meses e extraordinariamente quando convocada pelo Núcleo Executivo ou requerimento da maioria de seus membros.

§ 1° - A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença de pelo menos cinco dos seus membros.

§ 2° - O Coordenador terá o direito ao voto de desempate.

§ 3° - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas eletronicamente a todo plenário do NATS para ciência, crítica e manifestação na semana seguinte.

§ 4°- As deliberações do NATS serão consubstanciadas e encaminhadas às Comissões de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde e outra comissão institucional que realizar a demanda, ou ainda ao diretor da unidade.

§ 5° - É facultado ao Coordenador e aos membros dos Grupos de Trabalho solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6° - A votação será nominal e aberta.

Art. 11 - O NATS, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

§ 1°- As solicitações de avaliação para incorporação de novas tecnologias em saúde deverão ser realizadas através do formulário eletrônico disponível nos sites da unidade, Instituto Cem e SES/GO.

Parágrafo Único: A definição adotada de nova tecnologia em saúde compreende as tecnologias cuja categoria ainda não esteja integrada no rol de medicamentos, produtos para saúde, equipamentos médicos ou procedimentos diagnósticos ou terapêuticos executados no Hospital. Caso o usuário encontre dificuldade para o preenchimento do instrumento de avaliação, o NATS realizará suporte.

§ 2° - As solicitações de avaliação para incorporação de novas tecnologias serão tratadas segundo o fluxo operacional da Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde

§ 3°- O tempo decorrente entre o recebimento da solicitação pela comissão e o encaminhamento do PTC ao demandante será de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, a depender da complexidade da avaliação da tecnologia demandada.

Art.12 - A sequência das reuniões da comissão será a seguinte:

I - Verificação da presença do Coordenador e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo membro do NATS delegado para tal;

II - Verificação de presença e existência de "*quórum*";

III - Votação e assinatura da ata da reunião anterior;

a) Demandante:
   - Acessa via internet o formulário dispostos no site da SES/GO e do Instituto CEM
   - Preenche o formulário e encaminha para o NATS

b) NATS:
   - Recebe a solicitação e repassa a Comissão de ATS
   - Comissão de ATS avalia a demanda e destina ao Grupo de Trabalho-GT

c) GT:
   - Realiza revisão bibliográfica/busca de evidências científicas

- Emite Parecer Técnico-Cientifico (PTC) e repassa ao Núcleo Executivo- Comissão.

d) Núcleo Executivo – Comissão:

- Recebe o PTC
- Valida o PTC
- Encaminha o PTC para o demandante

IV - Leitura e despacho do expediente;

V - Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI - Organização da pauta da próxima reunião;

VII - Distribuição de expedientes aos relatores;

VIII - Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o NATS, por voto de maioria dos presentes, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 13 - O relator emitirá parecer por escrito, contendo o histórico, o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis a sua conclusão ou voto. Parágrafo único - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Coordenador, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outros profissionais ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias a solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de profissionais às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 14 - A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo único - A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias. Artigo 15 - Após a leitura do parecer, o Coordenador ou o membro por ele delegado deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1° - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2° - O prazo de vistas será de até uma semana antes da realização da próxima reunião ordinária; § 3° - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente examinada e deliberada no prazo máximo de até duas reuniões.

Art. 16 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 17 - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data hora estabelecida pelos presentes.

Art. 18 -A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário, Coordenador ou o membro por ele delegado lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 19 - Compete ao NATS:

I - Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às tecnologias em saúde, sobretudo, medicamentos, equipamentos médicos, órteses e próteses, procedimentos e técnicas médicas e cirúrgicas suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;

II - Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à tecnologia em saúde;

III - Promover, juntamente com os Grupos de Trabalho, a formação, treinamento e aprimoramento de profissionais em avaliação de tecnologias no âmbito hospitalar;

IV - Estabelecer normas para avaliação, uso e adequação de tecnologias em saúde;

V – Proceder a avaliação econômica das incorporações ou mudanças a serem aprovadas nas situações em que o demandante fornecer o procedimento/protocolo citando todos os materiais, equipamentos, recursos necessários para o uso da nova tecnologia solicitada.

Parágrafo único - Ficam as alterações normativas relativas à incorporação ou exclusão de novas tecnologias em saúde condicionadas à aprovação do NATS.

Art. 20 - Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do NATS, especificamente:

I - Representar o NATS em suas relações internas e externas;

II - Instalar o Núcleo e presidir suas reuniões;

III - Promover a convocação das reuniões;

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

V - Indicar, dentre os membros do NATS, os relatores dos expedientes;

VI - Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários a consecução da finalidade do Grupo de Trabalho;

VII - Estimular e apoiar a promoção de eventos educativos e produção cientifica relacionados à avaliação de tecnologias em saúde;

VIII - Elaborar parecer "ad referendum" deste Núcleo, nos casos de manifesta urgência.

Parágrafo único - Cabe ao membro do NATS designado, substituir o Coordenador em seus impedimentos.

Art. 21 - Aos membros incumbe:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

II - Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussões;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Núcleo;

V - Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Coordenador

Art. 22 - Ao Secretário do NATS incumbe:

I - Assistir as reuniões;

II - Encaminhar o expediente do NATS;

III - Preparar o expediente do NATS;

IV - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões dos Grupos de Trabalho;

V - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII - Elaborar relatório das atividades da Comissão e dos Grupos de Trabalho;

VIII - Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão e dos Grupos de Trabalho;

IX - Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias; X - Distribuir aos Membros do NATS a pauta das reuniões.

Art. 23 - Compete aos Grupos de trabalho:

I - Observar as diretrizes traçadas pelo NATS no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde na sua área específica de atuação;

II – Implementar, na respectiva área, o programa de avaliação, desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde adotado pelo NATS;

III - Articular-se com o NATS, no sentido da utilização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde;

IV - Avaliar periódica e sistematicamente as informações oriundas de áreas especificas relativas à avaliação de tecnologias em sua área de atuação e emitir relatórios para o NATS;

V - Definir, em cooperação com o NATS, normas para manutenção e adequação dos registros de informações no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde;

VI - Promover, juntamente com o NATS, a capacitação de profissionais em avaliação de tecnologias em saúde no âmbito hospitalar.

CAPITULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 24 - Os casos omissos e as devidas dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador do NATS e em grau de recurso pelo diretor da unidade. Artigo 25 - O presente Regimento poderá ser alterado, mediante proposta do NATS, através de voto da maioria, submetido à aprovação do Núcleo Gestor

Santa Helena de Goiás, de 2023

7.24.10.4 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às tecnologias em saúde, sobretudo, medicamentos, equipamentos médicos, órteses e próteses,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	procedimentos e técnicas médicas e cirúrgicas suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;											
	Avaliar solicitações de avaliação para incorporação de novas tecnologias serão tratadas segundo o fluxo operacional da Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às tecnologias em saúde, sobretudo, medicamentos, equipamentos médicos, órteses e próteses, procedimentos e técnicas médicas e cirúrgicas suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à tecnologia em saúde;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Promover, juntamente com os Grupos de Trabalho, a formação, treinamento e aprimoramento de profissionais em avaliação de tecnologias no âmbito hospitalar;												
	Estabelecer normas para avaliação, uso e adequação de tecnologias em saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Proceder a avaliação econômica das incorporações ou mudanças a serem aprovadas nas situações em que o demandante fornecer o procedimento/protocolo citando todos os materiais, equipamentos, recursos necessários para o uso da nova tecnologia solicitada.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			x			x			x			x
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.24.11 Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas

7.24.11.1 Finalidade

Apoiar os processos de desenvolvimento dos colaboradores e terá seu funcionamento regulamentado por este Regimento Interno em consonância com a Lei Federal.

7.24.11.2 Membros

O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da unidade será composto por 07 (sete) membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados em portaria específica da Diretoria Técnica da Unidade, sendo:

I - Um representante da Diretoria Técnica e seu respectivo suplente;

II - Um representante de cada coordenação/gerencia e seus respectivos suplentes;

III - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível superior e seu respectivo suplente;

IV - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível técnico e seu respectivo suplente;

V - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível médio e seu respectivo suplente.

7.24.11.3 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

DA NATUREZA

Art. 1 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas - CPDP, instância consultiva e de deliberação colegiada, de caráter permanente e autônomo, vinculado administrativamente à Divisão de Gestão de Pessoas, tem por finalidade apoiar os processos de desenvolvimento dos colaboradores e terá seu funcionamento regulamentado por este Regimento Interno em consonância com a Lei Federal.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas possui as seguintes atribuições:

I – apreciar e emitir parecer dos recursos impetrados nos processos de avaliação de desempenho, de progressão funcional e de pós-graduação;

II – acompanhar, trimestralmente, os planos de desenvolvimento individual dos colaboradores até a próxima avaliação de desempenho;

III - auxiliar a área de gestão de pessoas, na elaboração do plano de desenvolvimento de competências;

IV – analisar e emitir parecer sobre as solicitações de capacitação, exceto pós-graduação, que envolvam;

a) afastamento parcial do colaborador por período igual ou maior do que 1 (um) mês;

b) afastamento integral do colaborador por período igual ou maior do que 15 (quinze) dias consecutivos;

c) investimentos relativos à capacitação, incluindo inscrição, diárias e passagens;

d) participação de colaborador, cujos valores acumulados no ano, de inscrição, em eventos de capacitação for superior ao vencimento percebido;

e) participação do colaborador em eventos de capacitação, exceto pós-graduação, cuja carga horária acumulada no ano seja superior a:

1. sessenta horas para os contratados com jornada de trabalho de 20 (vinte) horas semanais;

2. setenta e duas horas para os contratados com jornada de trabalho de 24 (vinte e quatro) horas semanais;

3. noventa horas para os contratados com jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais;

4. cento e oito horas para os contratados com jornada de trabalho de 36 (trinta e seis) horas semanais;

5. cento e vinte horas para os contratados com jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.

V – analisar as propostas e selecionar os candidatos inscritos no processo seletivo de pós-graduação;

VI – estabelecer limite máximo de número de congressos, seminários e afins que o colaborador poderá participar, no ano, observando o orçamento anual de capacitação e os princípios da supremacia do interesse público e da continuidade do serviço público;

VII – analisar os casos específicos indicados nas normas operacionais referentes à capacitação funcional, à pós-graduação e à gestão do desempenho por competências;

VIII – analisar e emitir parecer sobre dúvidas e/ou questionamentos apresentados pela área de gestão de pessoas referentes aos processos de desenvolvimento de pessoas;

IX – participar das reuniões extraordinárias, quando convocado pelo coordenador do Comitê;

X – encaminhar à Divisão de Gestão de Pessoas/Desenvolvimento de Pessoas relatório das atividades realizadas;

XI – encaminhar a Divisão de Gestão de Pessoas (DGP)/Desenvolvimento de Pessoas (DP) o cronograma de atividades, calendário semestral/anual de todas as reuniões;

XII – elaborar, aprovar e modificar o seu regimento interno, em consonância com as legislações pertinentes;

XIII – comunicar, imediatamente, a DGP/DP a saída de algum membro do comitê, para que seja providenciado a sua substituição e a confecção de nova Portaria de nomeação; XIV – dar publicidade a todos os seus atos e publicar no site no Hospital e/ou do Instituto CEM e/ou SES/GO caso o do hospital ainda não esteja em funcionamento, todas as suas resoluções que foram matéria de deliberações e os respectivos pareceres emitidos.

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da unidade será composto por 07 (sete) membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados em portaria específica da Diretoria Técnica da Unidade, sendo:

I - Um representante da Diretoria Técnica e seu respectivo suplente;

II - Um representante de cada coordenação/gerencia e seus respectivos suplentes;

III - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível superior e seu respectivo suplente;

IV - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível técnico e seu respectivo suplente;

V - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível médio e seu respectivo suplente.

§1 - O representante da Gerência/coordenação Administrativa será da área de gestão de pessoas;

§2 - Os titulares e suplentes representantes dos empregados, ocupantes de cargos de nível médio, técnico e superior, serão eleitos por meio de processo eleitoral, em votação secreta, da qual participem, exclusivamente, os empregados interessados;

§3 - O processo eleitoral de escolha dos representantes dos empregados será de responsabilidade da área de gestão de pessoas da unidade.

Art. 4 Os membros do Comitê terão mandato de 1 (um) ano e poderão ser reconduzidos uma única vez por igual período.

Art. 5 A coordenação e o suporte técnico e administrativo necessários ao funcionamento do Comitê serão realizados pela área de gestão de pessoas, representante da Gerência/coordenação Administrativa.

Parágrafo único – O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas terá um coordenador e um secretário, este último escolhido entre os titulares.

CAPITULO IV

DA COORDENAÇÃO E DOS MEMBROS

Art. 6 Compete ao Coordenador do Comitê:

I - cumprir e fazer cumprir as decisões do Comitê;

II – convocar e coordenar as reuniões do Comitê;

III - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IV - baixar atos decorrentes de deliberações do Comitê;

V - Representar o CPDP em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – O Coordenador do Comitê, de acordo com a necessidade, poderá convidar empregados da unidade, cuja presença seja julgada imprescindível pelos membros efetivos do Comitê, que detenham informações relevantes ou cujos assuntos constem da pauta de discussão e sejam pertinentes à sua área de atuação.

Art. 7 No caso de vacância do Coordenador, o suplente assumirá a coordenação.

Art. 8 Compete ao secretário do Comitê:

I – Assistir as reuniões;

II- Preparar e encaminhar o expediente;

III – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do Comitê;

IV- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V – Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI – Elaborar relatório anual das atividades do Comitê;

VII- Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VIII- Providenciar, por determinação da coordenação, a convocação das sessões extraordinárias.

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

Art. 9 Compete aos membros do Comitê:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pela coordenação;

II - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pela coordenação;

V- Apresentar proposições sobre questões atinentes ao Comitê.

CAPITULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 O Comitê reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1 - O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pelo Comitê, até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2 - Excepcionalmente, o cronograma de 2022, será aprovado na segunda reunião ordinária de instalação do Comitê.

Art. 11 O Comitê reunir-se-á, extraordinariamente, sempre que necessário, mediante convocação de seu Coordenador, com antecedência mínima de quarenta e oito horas.

Art. 12 Serão convocados para as reuniões os membros titulares e suplentes, todavia, este último participará somente na ausência do seu respectivo titular.

§ 1 - O membro convocado deverá confirmar a sua participação ou justificar a ausência nas reuniões ao Coordenador(a), com antecedência de pelo menos 2 (dois) dias úteis da data da reunião.

§ 2 - Por motivo de força maior, quando o prazo referido no § 1 não puder ser cumprido, o membro deverá encaminhar justificativa por e-mail à Coordenação, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas após o término da reunião ordinária.

Art. 13 Nas ausências do(a) Coordenador(a), as reuniões serão coordenadas por seu suplente.

Art. 14 A pauta da reunião, elaborada pela Coordenação do Comitê, será comunicada/enviada por e-mail previamente a todos os membros Titulares e Suplentes, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis para as reuniões ordinárias e de 2 (dois) dias para as reuniões extraordinárias.

§ 1 Por solicitação do Coordenador do Comitê ou de qualquer membro e, mediante aprovação da maioria absoluta, poderá ser incluída na pauta da reunião ordinária, matéria relevante que necessite de decisão urgente do Comitê.

Art. 15 As reuniões do Comitê obedecerão aos seguintes procedimentos:

I - verificação de "*quorum*" para o início das atividades da reunião, com a presença de no mínimo quatro membros titulares ou suplentes no exercício da titularidade;

II - qualificação e habilitação dos membros para votar;

III - aprovação da ata da reunião anterior;

IV - aprovação da pauta da reunião;

V - informes da Coordenação do Comitê;

VI - apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;

VII- encerramento.

Parágrafo único – É facultado à coordenação e aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 16 Em todas as reuniões será lavrada ata, pelo secretário, com exposição dos trabalhos, conclusões e deliberações.

CAPITULO VI

DAS DELIBERAÇÕES

Art. 17º A reunião instalar-se-á e deliberará com o "*quorum*" estabelecido no Inciso I do Art.13.

Art. 18º A deliberação das matérias sujeitas à votação obedecerá a seguinte ordem:

I - o Coordenador apresentará a matéria;

II - terminada a exposição, a matéria será colocada em discussão;

III - encerrada a discussão, realizar-se-á a votação.

Art. 19º Terão direito a voto os membros titulares e os suplentes no exercício da titularidade.

Art. 20º As votações devem ser apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada membro.

Art. 21º As decisões do Comitê serão aprovadas por maioria absoluta dos membros titulares ou suplentes no exercício da titularidade.

Art. 2º2 Os recursos interpostos ao resultado preliminar das progressões horizontal e vertical deverão ser apreciados e respondidos de forma conclusiva pelo Comitê, em até 5 (cinco) dias úteis, não cabendo novo recurso da decisão apresentada.

Art. 23º Os recursos interpostos ao resultado do processo de gestão do desempenho por competências deverão ser apreciados e respondidos pelo Comitê, em até 5 (cinco) dias úteis, que poderá deferi-lo total, parcial ou indeferi-lo.

Parágrafo único - O Coordenador do Comitê distribuirá os recursos entre os titulares, e suplentes na ausência do seu respectivo titular, por e-mail através de planilha contendo: motivo do recurso, relator e se possível o próprio recurso, enviado a todos.

CAPITULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24º. Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação no Comitê e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional e considerada como hora trabalhada.

Art. 25º - Será dispensado o membro titular ou suplente no exercício da titularidade que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco alternadas no período de um ano.

§1 Quando um membro eleito sair do Comitê e não havendo mais suplentes homologados, o Sindicato indicará um membro substituto para compor a equipe.

§2 Quando um membro indicado pela gestão da unidade sair do Comitê, deverá indicar um novo substituto.

Art. 26º – Para todas as informações referentes ao Comitê deve ser observado o sigilo quando pertinente.

Art. 27º - Todo ato da comissão deverá ser acompanhado da prestação de compromisso solene, perante a legislação vigente, de acatamento e observância das regras estabelecidas pelo gestão da unidade e pela SES/GO de todos os valores morais que se apliquem à Administração Pública.

Art. 28º - Os casos omissos e as dúvidas que surgirem na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Comitê.

Art. 29º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art.30º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 31º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

7.24.11.4 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	apreciar e emitir parecer dos recursos impetrados nos processos de avaliação de desempenho, de progressão funcional e de pós-graduação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	acompanhar, trimestralmente, os		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	planos de desenvolvimento individual dos colaboradores até a próxima avaliação de desempenho;												
	auxiliar a área de gestão de pessoas, na elaboração do plano de desenvolvimento de competências;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	analisar e emitir parecer sobre as solicitações de capacitação, exceto pós-graduação,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	analisar e emitir parecer sobre dúvidas e/ou questionamentos apresentados pela área de gestão de pessoas referentes aos processos de desenvolvimento de pessoas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	participar das reuniões extraordinárias, quando convocado pelo coordenador do Comitê;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	encaminhar à Divisão de Gestão de Pessoas/Desenvolvimento de Pessoas relatório das atividades realizadas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	encaminhar a Divisão de Gestão de Pessoas (DGP)/Desenvolvimento de Pessoas (DP) o cronograma de atividades, calendário semestral/anual de todas as reuniões;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	elaborar, aprovar e modificar o seu regimento interno, em consonância com as legislações pertinentes;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e			x			x			x			x

	resultado da avaliação institucional.												
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.25 Desenvolvimento da unidade

7.25.1 Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde

7.25.1.1 Departamento De Educação Permanente Plano Anual De Capacitação

APRESENTAÇÃO

O Plano Anual de Capacitação do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, caracteriza-se como instrumento base para desenvolvimento dos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados. Trata-se de uma forma de atender aos propósitos estratégicos, possibilitando a manutenção das competências científicas, técnicas e atitudinais necessárias para que todos desenvolvam, implementem e executem suas atividades com segurança e qualidade.

2. SIGLAS

DEPE – Departamento De Educação Permanente;Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO; PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; PAREPS – Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; SUS – Sistema Único de Saúde;

PAC – Plano Anual de Capacitação;

OC – Órgão Certificador;

EAD – Educação a Distância;

POP – Procedimento Operacional Padrão.

3. JUSTIFICATIVA

As crescentes demandas da sociedade frente ao poder público têm exigido servidores cada vez mais qualificados e maior articulação política entre poder público e usuários. Neste contexto, as ações que integram o Plano Anual de Capacitação buscam identificar e analisar as dificuldades enfrentadas por este público para o propor, desenvolver e monitorar novos conhecimentos, práticas e posturas na gestão pública, justificando a estruturação e implementação do Plano Anual de Capacitação, para a promoção de aprendizagem institucional e individual, possibilitando a provisão de serviços públicos de excelência com base na cientificidade das ações e gerando a satisfação da sociedade no atendimento de suas necessidades de saúde.

4. OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer diretrizes para as ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo dos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados no HERSO, estimulando os profissionais para que sejam multiplicadores do conhecimento em busca da troca de experiência e aquisição de conhecimento, com vistas à excelência e cientificidade do atendimento e satisfação dos cidadãos usuários do SUS

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Aprimorar e consolidar as competências necessárias para atuação dos profissionais da área da saúde no processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde voltadas a urgência e emergência;

II. Promover ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo dos colaboradores estatutários, celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados;

III. Provocar os profissionais a serem multiplicadores de conhecimento em busca da troca de experiência e da melhoria da qualidade de vida no trabalho.

IV. Integrar os colaboradores assistenciais com docentes e discentes dos programas de residência medica, multiprofissional e uni-profissional, assim como, de estagiários em processo de formação, e colaboradores diretos e indiretos no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

5. META

Realizar todos os treinamentos obrigatórios, atendendo o que está estabelecido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Realizar, no mínimo, 70% das capacitações de acordo com o Plano Anual de Capacitação como, também, atender as demandas sazonais apresentadas pela Comissão de educação permanente e da SESG/SES contribuindo para o desenvolvimento de aproximadamente de 3.200 colaboradores até dezembro de 2023.

6. PÚBLICO ALVO

O Plano Anual de Capacitação será destinado aos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados que fazem parte desto HERSO.

7. LOCAL REALIZAÇÃO

Prioritariamente nas salas de aula da COREME/COREMU e auditório e, também, na própria estação de trabalho do colaborador no HERSO(online).

8. METODOLOGIA

As capacitações serão realizadas no formato (*online* e presencial) com local a definir de acordo com a necessidade da ação, ou seja, terá direito através de portaria da diretoria administrativa uma carga horaria diária, durante o período de inscrição ao curso e/ou evento de capacitação sobre o controle direto da coordenação do setor e acompanhamento do DEPE (departamento de educação permanente), cujo setor está encarregado de organizar, executar, certificar e monitor o desempenho após a capacitação ofertada.

Todos os indicadores de desempenho serão executados pelos coordenadores direto do setor e acompanhados pelo setor do NEPE/RH/QUALIDADE e disponibilizados via SIGUS para controle SESG/GO.

9. PROCESSO DE EDUCAÇÃO, TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

9.1 INTRODUÇÃO

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSOtêm como visão ser referência em resolubilidade terapêutica hospitalar, tornando-se um padrão de excelência em atenção hospitalar, conciliando os objetivos com o a humanização na prestação de serviço, sem perder de vista a especificidade das necessidades de seus usuários.

Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, a unidade investirá na conscientização dos colaboradores para o reconhecimento de pacientes e acompanhantes como clientes. Desta forma o estímulo à colaboração, trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimento individual a fim de se transformar em conhecimento institucional, constituem um grande desafio e para isso o Departamento de Educação Permanente – DEPE, elabora um Plano de Educação Continuada (PAC) que será apresentado ao setor de Recursos Humanos, tendo como fundamento a avaliação de experiência, de desempenho, entrevista de

desligamento, orientações de conduta e advertência, que evidenciam deficiências técnicas e comportamentais dos profissionais.

A busca incessante pelo alcance dos resultados pressupõe que as pessoas trabalhem de forma harmoniosa, felizes, motivadas e, sempre compreendendo que o crescimento da instituição é alcançado naturalmente com o crescimento de suas competências individuais.

9.2 OBJETIVO GERAL

Educar, formar e desenvolver os colaboradores a fim de prepará-los para o enfrentamento de novos e maiores desafios com objetivo do alcance dos resultados organizacionais.

9.3 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Promover a constante disseminação dos valores organizacionais;

II. Desenvolver uma cultura voltada à gestão de pessoas aliada à excelência dos serviços e ao foco nos resultados;

III. Garantir o número necessário de pessoas com o perfil adequado para o plano de crescimento;

IV. Estimular o desenvolvimento contínuo das equipes para a promoção da humanização no atendimento como forma de garantir a missão da organização.

A aplicação desse Programa de Qualificação não assegura, por si só, a qualificação do colaborador, fornecedor e ainda a inexistência de falhas. A aceitação dos resultados de avaliações, credenciamentos, seleções, e eventual certificação de terceira parte, são responsabilidades inerentes às empresas compradoras e contratantes.

9.4 TREINAMENTOS TÉCNICOS

São aqueles voltados para capacitação dos colaboradores tendo como objetivo desenvolver habilidades específicas, técnicas e gerais. São desenvolvidos

treinamentos de atendimento, higiene pessoal, segurança e medicina do trabalhador,

informática, primeiros socorros, paradas cardiorrespiratórias, administração de medicamentos, esterilização, curativos, etc.

9.5 TREINAMENTOS COMPORTAMENTAIS

Visam atender às necessidades de atualização e desenvolvimento das competências essenciais, identificadas e alinhadas a partir do direcionamento estratégico da organização. São desenvolvidos treinamentos de relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, motivação, marketing pessoal, ética, liderança, etiqueta corporativa.

9.6 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL

Visa atender às necessidades de desenvolvimento das competências para o melhor desempenho das atividades gerenciais.

10. POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

10.1 OBJETIVO GERAL

Definir e divulgar os critérios necessários para qualificação dos fornecedores no fluxo de aquisição de materiais e contratação de serviços.

10.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Avaliar se um fornecedor possui capacidade para atender aos requisitos do Sistema de Gestão, por meio de visitas de qualificação com auditoria "*in loco*", por parte da unidade;

II. Estimar, por meio da aceitação de um Certificado de Conformidade expedido por um Organismo Certificador Credenciado, se um fornecedor tem a capacidade de atendimento aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade;

III. Monitor a prestação do serviço no que tange a qualidade com economicidade e sempre voltada a humanização prestada ao usuario do

SUS dentro do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

10.3 ABRANGÊNCIA

Fornecedores de Matérias-Primas, Insumos, Produtos Acabados, Embalagens e Rótulos e Serviços Gerais.

Neste sentido o Plano Anual de Capacitação – PAC do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO vem como estratégia para requalificação dos profissionais e trabalhadores de saúde da Unidade Hospitalar.

10.4 AVALIAÇÃO EXPERIÊNCIA

Através de instrumento de avaliação validados pelos setores com base em indicadores de qualidade, que serão aplicados no início de sua atividade ocupacional e durante todo o processo de capacitação ofertado pelo DEPE.

10.5 ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

Como um processo permanente de monitoramento e oferta de capacitação pelo PAC, espera-se que o colaborador (direto e indireto) possa ter a oportunidade de prestar um assistência com eficiência e presteza, embasa no princípio da humanização. Caso contrário servirá com base para o seu desligamento uma vez que, não desempenhou assistência mínima desejada para o serviço a que se prestou executar em contrato firmado com o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

10.6 ORIENTAÇÃO DE CONDUTA

Sempre que a coordenação direta observar alguma necessidade de melhoria na qualidade da assistência do colaborador, embasada pela análise de indicadores pré- definidos e validados pela setor da qualidade do HERSO, o colaborador será designado para que possa ser qualificado e, assim, possa receber informação teórica/pratica para melhoria da sua assistência.

10.7 ADVERTÊNCIA

O setor de RH disponibilizara ferramentas validadas para discorrer sobre esse tema ao coordenador direto aplicar sempre que o colaborador mesmo após receber qualificação pelo DEPE não apresente comprometimento de executar e, também, seja o multiplicador deste conhecimento no âmbito de sua assistência.

10.8 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Segundo o Procedimento Operacional do setor de Recursos Humanos do HERSO a avaliação de desempenho é realizada semestralmente (6 meses) e anualmente nos contratos. Além disso é levado em consideração a "análise individualizada de cada colaborador com o objetivo de identificar as potencialidades e pontos a serem desenvolvidos, que devem ser aprimorados e superados através de treinamento, desenvolvimentos e *feedback*".

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

Durante o período de experiência do novo funcionário, procura-se encaminhar ao responsável do setor de trabalho a avaliação com finalidade de verificar e acompanhar o desempenho do colaborador.

11. BENEFÍCIOS

A implantação, desenvolvimento e efetuação do Plano Anual de Educação Permanente no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO contribuirá para o aprimoramento e a atualização dos profissionais da Unidade Hospitalar melhorando a qualidade dos serviços ofertados a sociedade, favorecendo no alcance do mais alto nível de assistência da rede SUS.

12. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS:

O processo de qualificação seja da forma de trabalho, direta e indireta (terceirizada), seguirá o modelo pedagógico presencial e EaD obedecendo à lista básica (ANEXO I) também será implantando qualificação em conjunto com as programações anuais ofertadas pelos Programas de Residência Médica e Programa de Residência Multiprofissional, além de outras demandas levantadas pela Comissão do Núcleo de Educação Permanente.

13.PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

O Plano Anual de Capacitação poderá afetar clientes internos e externos:

- **Stakeholders Internos:** Gestores; Colaboradores; Pacientes; Familiares de Pacientes. São afetados de forma direta e positiva quando os treinamentos e capacitações são desenvolvidos com responsabilidade, dedicação e inserido nas atividades diárias. No entanto, será negativa quando contrapor as atividades de treinamento e capacitação.
- **Stakeholders Externos**: Fornecedores; Mídia. Afeta de forma direta quando os treinamentos e capacitações são desenvolvidas nas atividades cotidianas. De forma indireta e negativa a divulgação de informações errôneas.

14. RESTRIÇÕES

O Plano Anual de Capacitação poderá sofrer alterações nas datas, cancelamentos ou mudanças de local em virtude de eventuais demandas emergências. Além problemas técnicos na transmissão de aulas ao vivo ou EaD em função de problemas de conexão ou interrupção do fornecimento de energia.

15. RISCOS

Falha/risco	Ação corretiva
Não ter disponível as salas de aula e auditório para apresentação do artigo.	**Adaptar o dia e o horário dos novos treinamentos e capacitações.**
Treinamentos cancelados.	**Remarcação e divulgação das novas datas.**
Colaborador não liberado para treinamento pelo superior.	**Divulgação dos treinamentos EaD.**
Treinador não pode realizar treinamento nas datas disponíveis.	**Ajustes das datas de horários. Remanejamento dos treinamentos.**
Dificuldade na divulgação dos treinamentos presenciais e EaD.	**Entregar lista de cronograma aos coordenadores, gerentes e supervisores das áreas assistenciais e administrativas.**

16. RESPONSABILIDADE

Será tripartite, incorporando primeiramente o RH no que tange a melhoria e intensificação dela no processo seletivo; o setor da qualidade em monitorar os indicadores pré-definidos e validados e ao DEPE na oferta, execução e Certificação das ações compostas no PAC.

17. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O Plano Anual de Capacitação do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO iniciará dia 02 de janeiro de 2023 com data de encerramento dia 29 de dezembro 2023. Os treinamentos e capacitações EaD poderão ser acessados e realizados a qualquer momento pelo site a ser criado após a aceitação do Plano de Anual de Educação Permanente pelos gestores da Unidade Hospitalar. Os presenciais serão realizados na terça, quinta e sábado. O cronograma das atividades pode sofrer ajustes conforme solicitação e disponibilidade do DEPE.

18. ORÇAMENTO

Para a implantação do Plano de Anual de Educação Permanente será necessário:

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL*
Computador de Mesa Completo (Monitor, CPU, Estabilizador, Mouse, Teclado, Fone de Ouvido, Webcam)	02	R$ 1.970,00	**R$ 3.940,00**
Impressora Multifuncional	01	R$ 1.889,00	**R$ 1.889,00**
Mesas de Escritório	02	R$ 300,00	**R$ 600,00**

Cadeiras de Escritório Giratória	02	R$ 339,00	**R$ 678,00**
Cadeiras Escritório Fixa	02	R$ 130,00	**R$ 260,00**
Quadro Branco (Lousa)	01	R$ 104,00	**R$ 104,00**
Armário Organizador	01	R$ 349,00	**R$ 349,00**
Material de Papelaria (Canetas; papel A4, papel glossy A4 fotográfico; papel couchê A4; papel foto adesivo; envelope; pasta para arquivo dentre outros)	---	R$ 400,00	**R$ 400,00**
TOTAL			**R$ 8.220,00**

*Os valores podem sofrer variações conforme pesquisa de mercado realizada pelo setor de compras.

19. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

O Plano Anual de Educação Permanente considera a necessidade de formação e desenvolvimento dos colaboradores e fornecedores da Unidade Hospitalar, deste modo os cálculos financeiros não são possíveis de serem projetados. Os treinamentos e capacitações serão avaliados no final de cada evento através de formulário *google forms* gerando indicadores de satisfação e contribuindo para melhorias significativas no andamento das atividades.

20. PLANO DE AÇÃO MÉTODO 5W2H:

O que	Por quê	Onde	Quando	Quem	Como	Quanto
Plano Anual de Educação Permanente	Formar colaboradores /alunos/docentes/fornecedores da Unidade Hospitalar	Salas de aulas; auditório e plataforma dos cursos EaD	01/01 a 31/12/ 2023	DEPE	profissional indicado pelo setor de Recursos Humanos , coordenadores e gerentes devem estar presentes na data, horário e local Indicada no Momento da inscrição	$ 8.220,00

20. CONTROLE DO DOCUMENTO

Assim como a proposição esse será tripartite (RH/ QUALIDADE/DEPE) sempre disponibilizando o relatório mensal a SESG/SES para o devido controle das ações pactuadas.

21. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde; 1º Edição Revisada, 2018. Acesso em 20/05/23.

Disponívelem:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educaca o_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde. Acesso: 20/11/2022 Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/ biblioteca/imagem/1832.pdf.

BRASIL. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Acesso: 20/11/2022 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

MANUAL DE HUMANIZAÇÃO. **Política de Humanização da Assistência à Saúde**. Acesso em: 10/11/2022 Disponível em: http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/PO – Procedimento Operacional. Recursos Humanos – Treinamento e Desenvolvimento – Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

REGIMENTO INTERNO. Departamento de Educação Permanente. Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO. Goiânia, 2023.

ANEXO I

1. Noções Básicas de Controle de Infecções em Serviços de Saúde

Conteúdo Programático:

I. **História do Controle das Infecções Hospitalares;**

II. **Legislação Vigente;**

III. **Programa de Controle de Infecção Hospitalar;**

IV. **Principais Agentes das Infecções Hospitalares;**

V. **Cadeia Epidemiológica de Transmissão das Infecções Hospitalares;**

VI. **Tipos de Isolamentos e Precauções;**

VII. **Principais Infecções Hospitalares;**

VIII. **Medidas de Prevenção das Principais Infecções Hospitalares;**

IX. **Emergência de Microrganismos Resistentes a Antimicrobianos Comumente Utilizados;**

X. **Programa de Uso Racional de Antimicrobianos;**

XI. **Critérios NNISS de Diagnóstico das Infecções Hospitalares;**

XII. **Sistema Nacional de Notificação das Infecções Hospitalares;**

XIII. **Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos;**

2. Noções Básicas em Saúde Coletiva

Conteúdo Programático:

I. **Aspectos históricos da promoção da saúde;**

II. **Vigilância da saúde e Vigilância epidemiológica;**

III. **Vigilância de doenças transmissíveis;**

IV. **Prevenção e controle de Hanseníase e Tuberculose;**

V. **Programas de Atenção Básica e Imunização;**

VI. **Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;**

VII. **Doenças Crônicas;**

VIII. **Saúde da mulher, criança e adolescente;**

IX. **Saúde do Idoso e Saúde Bucal.**

3. Noções Básicas de Administração

Conteúdo Programático:

I. **O relacionamento interpessoal;**

II. **Financeiro / Cobrança / Custos;**

III. **Conhecimentos técnicos;**

IV. **Atitudes Corretas no Trabalho;**

V. **Preâmbulo;**

VI. **Dos deveres e Proibições;**

VII. **Direitos;**

VIII. **Honorários Profissionais;**

IX. Dos Deveres Especiais em Relação aos Colegas dos deveres especiais em relação às classes de infrações disciplinares das disposições finais;

X. Abordagem da localização da Gestão de Pessoas na estrutura organizacional da empresa;

XI. Conceitos de Gestão de Pessoas;

XII. Agregando Pessoas;

XIII. Aplicando Pessoas;

XIV. Contratação do Trabalhador;

XV. Folha de Pagamento;

XVI. Remuneração e Cálculos Trabalhistas;

XVII. Rescisão de Contrato de Trabalho.

4. Auxiliar de Almoxarifado

Conteúdo Programático:

I. Estoque e Transporte de Materiais;

II. Noções básicas de almoxarifado, estoque, transporte de materiais;

III. Manual de Organização de Almoxarifados;

IV. Descentralização do Almoxarifado e Utilização do Sistema Kanban;

V. Controle de Almoxarifado;

VI. Funções do Auxiliar de Almoxarifado;

VII. Noções de Estoque e Logística;

VIII. Competências Exigidas no Mercado;

IX. Estratégias e Gestão de Logística;

5. Noções Básicas em Vigilância Epidemiológica

Conteúdo Programático:

I. **Bases Históricas;**

II. **Bases Conceituais;**

III. **Investigação Epidemiológica de Casos e Epidemias;**

IV. **Doenças;**

V. **Acidentes por Animais Peçonhentos;**

VI. **Ecossistema;**

VII. **Conceito de Vigilância Epidemiológica;**

VIII. **História da Vigilância Epidemiológica;**

IX. **Epidemiologia;**

X. **Mensuração das Doenças;**

XI. **Incidência e Prevalência;**

XII. **Coeficiente de Ataque;**

XIII. **Coeficiente de Mortalidade;**

XIV. **Elementos de Vigilância;**

XV. **Mecanismos para Obtenção de Dados;**

XVI. **Controle de uma Epidemia;**

XVII. **Medidas de Tendência Central.**

6. Portaria e Controle de Acesso

Conteúdo Programático:

I. **Controle de Acesso;**

II. **Segurança e Proteção Preventiva em Portaria;**

III. **Atendimento;**

IV. **Porteiro Residente;**

V. **Sistemas de Comunicação;**

VI. **Relacionamento Interpessoal;**

VII. **Noções de Direito Penal;**

VIII. **Prevenção/ Combate a incêndios.**

7. Básico em Atendimento e Recepcionista Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. **Ética em Serviços de Saúde;**

II. **Qualidade em Serviços de Saúde;**

III. **Sigilo Profissional;**

IV. **Terminologias em Serviços de Saúde;**

V. **O uso da Tabela AMB e CID – Classificação Internacional de Doenças;**

VI. **Recepções Hospitalares;**

VII. **Relações Humanas na vida e no trabalho;**

VIII. **Administração de Conflitos;**

IX. **Humanização na Saúde;**

X. **A Cortesia no Atendimento;**

XI. O Trabalho em Equipe;

XII. Linguagem Corporal;

XIII. Etiqueta Profissional;

8. Noções Básicas de Ética Para Profissionais de Radiologia

Conteúdo Programático:

I. Ética e Moral;

II. A Ética no Cotidiano;

III. Atendimento Ético a Pacientes;

IV. Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas;

V. Ética em Saúde.

9. Segurança e Gerenciamento de Crises

Conteúdo Programático:

I. Crise e Gerenciamento: Conceitos Fundamentais;

II. Características da Segurança e Gerenciamento de Crises;

III. Doutrinas do Gerenciamento;

IV. Critérios de Ação;

V. Classificação dos Graus de Risco;

VI. Níveis de Resposta;

VII. Cuidados Necessários;

VIII. Noções sobre Crises em Geral;

IX. Como Agir e Gerenciar uma Crise;

X.	**Noções Sobre Segurança Pública.**

10. Básico de Recepcionista

Conteúdo Programático:

I. **Introdução;**

II. **Perfil Ideal da Recepcionista;**

III. **Marketing Pessoal;**

IV. **Etiqueta Social;**

V. **Ética Profissional;**

VI. **Comunicação;**

VII. **Relacionamento Intrapessoal e Interpessoal;**

VIII. **Atendimento ao Cliente;**

IX. **Qualidade de Atendimento ao Público;**

X. **Atendimento Telefônico.**

11. Gestão e Fiscalização de Contratos

Conteúdo Programático:

I. **Recomendação de Sindicância;**

II. **Recomendação de rescisão de contrato;**

III. **Modelo de Comunicação com o preposto;**

IV. **Modelo de Comunicação com setores da Administração;**

V. **Modelo de Comunicação com terceiros;**

VI. **Modelos de Registros;**

VII. **Visita às instalações da empresa;**

VIII. **Serviço irregular;**

IX. **Providências da empresa;**

X. **Solicitação de material;**

XI. **Gestão e Fiscalização de contratos públicos;**

XII. **Qualidade na Licitação;**

XIII. **Controle do recebimento do objeto.**

12. Princípios Básicos de Biossegurança

Conteúdo Programático:

I. **Recomendações Gerais;**

II. **Apoio à Biossegurança;**

III. **Objetivos do Documento;**

IV. **Descrição das Responsabilidades;**

V. **Vestimenta e Equipamentos;**

VI. **Vestimenta Obrigatória para os Funcionários da Área Técnica;**

VII. **Equipamentos de Proteção Individual;**

VIII. **Equipamentos de Proteção Coletiva.**

13. Noções Básicas de Limpeza Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. Introdução: Limpeza Hospitalar;

II. Tipos de limpeza na área hospitalar;

III. Processos e procedimentos de limpeza;

IV. Equipamentos e ferramenta de limpeza;

V. Máquinas;

VI. Produtos;

VII. Biossegurança;

VIII. Higienização das mãos;

IX. Higiene pessoal;

X. Aparência;

XI. Desenvolver uma boa limpeza;

XII. Segurança.

14.Noções Básicas de Auxiliar de Laboratório

Conteúdo Programático:

I. Espectrofotometria;

II. Colorimetria;

III. Trasmitância;

IV. Regras Básicas de Segurança;

V. Permanência no Laboratório;

VI. Manuseamento de Produtos Químicos;

VII. **Procedimentos em Caso de Acidente;**

VIII. **Classes de Fogos e Agentes Extintores;**

IX. **Histórico da Cultura de Células;**

X. **Tipos de culturas;**

XI. **Células Primárias, Células Estabelecidas e Células Transformadas.**

15. Noções Básicas em Auxiliar de Hemodinâmica na Radiologia

Conteúdo Programático:

I. **O Papel da Hemodinâmica na Radiologia;**

II. **História da Hemodinâmica;**

III. **Avaliação Hemodinâmica Macro e Micro-circulatória no Choque Séptico;**

IV. **Radiologia Intervencionista – Desobstrução das Artérias;**

V. **Cateterismo Cardíaco;**

VI. **Termos Comumente Utilizados na Hemodinâmica;**

VII. **Reutilização de Produtos Médicos hospitalares;**

16. Gestão de Qualidade

Conteúdo Programático:

I. **Mudança de Paradigmas no Século XXI;**

II. **Controle e Prevenção de Desvios de Qualidade;**

III. **Ciclo PDCA;**

IV. **Ferramentas de Gestão de Qualidade;**

V. **Técnicas para Identificação de Pontos Fracos;**

VI. **Projeção Futura de Negócios;**

VII. **Ações para Aumentar a Competitividade;**

VIII. **Melhoria da Qualidade de Produtos e Serviços;**

IX. **Sustentabilidade dos pequenos empreendimentos.**

17. Gestão de Recursos Humanos

Conteúdo Programático:

I. **Estratégias Organizacionais e Competências Humanas;**

II. **Mapeamento de talentos;**

III. **Recrutamento e seleção;**

IV. **Admissão do empregado;**

V. **Jornada de trabalho e Férias;**

VI. **Encargos e Previdência Social;**

VII. **Ética;**

VIII. **Mercado de trabalho e competências;**

IX. **Ferramentas de recursos humanos.**

18. Procedimentos Iniciais de Biossegurança no Combate ao COVID 19

Conteúdo Programático:

I. **Novo Coronavírus – Covid-19;**

II. **Registro e Coleta dos exames;**

III. **Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19;**

IV. **Precauções padrão;**

V. **Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19;**

VI. **Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies;**

VII. **Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19.**

19. Noções Básicas de Coleta de Sangue e Hemoterapia

Conteúdo Programático:

I. **Processo de Coleta de Sangue;**

II. **Técnicas de Coleta;**

III. **Materiais Utilizados;**

IV. **Higienização em Postos de Coleta;**

V. **Hemoterapia e Coleta de Sangue;**

VI. **Tipos Sanguíneos;**

VII. **Captação e Triagem de Doadores de Sangue;**

VIII. **Coleta de Sangue e Coletas Especiais;**

IX. **Processamento, Transporte e Estocagem;**

X. **Produtos Criopreservados;**

XI. **Biologia Molecular e Transfusão.**

20. Noções Básicas de Descarte de Resíduos em Farmácia Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. **Descarte de medicamentos;**

II. **Riscos à Saúde: exposição de crianças, adultos e população Vulnerável;**

III. **Agressão ao meio Ambiente – contaminação da água, do solo e de animais;**

IV. **Política Nacional de Resíduos Sólidos – Lei 12305 de 2/8/2010/10;**

V. **Resíduos Advindos de Área de Isolamento;**

VI. **Resíduos alimentares de Área de Isolamento;**

VII. **Resíduos de Laboratório de Análises Clínicas;**

VIII. **Resíduos de laboratórios de Atendimento Ambiental.**

IX. **Resíduos de Sanitários de Unidade de Internação;**

X. **Descarte Correto de Medicamentos Vencidos;**

XI. **Descarte de Medicamentos em Estado Sólido.**

21. Recomendações Básicas Sobre Atendimento Hospitalar em Tempos de COVID 19

Conteúdo Programático:

I. **Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19;**

II. **Precauções padrão;**

III. **Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19;**

IV. **Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies;**

V. **Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19;**

VI. **Origem e História;**

VII. **Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem.**

22. Noções Básicas de cuidados a Ferias

Conteúdo Programático:

I. **Procedimentos Básicos em Enfermagem;**

II. **Anatomia e Fisiologia da Pele;**

III. **Processo de Reparação Tissular;**

IV. **Manual de Curativos;**

V. **Tratamento e Cicatrização de Ferimentos;**

VI. **Fase Inflamatória;**

VII. **Estado Imunológico;**

VIII. **Classificação das Feridas;**

IX. **Fisiologia da Cicatrização;**

X. **Princípios Básicos para Realização de Curativos;**

XI. **Fases do Processo de Cicatrização;**

XII. Fatores que Afetam a Cicatrização;

XIII. Técnica de Curativo.

23. Neurointensivismo

Conteúdo Programático:

I. VE isquêmico;

II. AVE hemorrágico;

III. Síndrome hipertensão intracraniana / TCE;

IV. HSA aneurismático;

V. Analgesia, sedação e delirium na UTI;

VI. Diagnóstico de morte encefálica;

VII. Status epiléptico / EMENEC;

VIII. Avaliação TC crânio / princípios básicos

24. Procedimentos Administrativos CEP

Conteúdo Programático:

Este módulo apresenta os procedimentos e documentos necessários para registro inicial, renovação de um registro existente e alteração de dados de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Trata da importância dos relatórios obrigatórios, sua estrutura e itens necessários para sua elaboração. Além disso, demonstra como funciona o processo de indicação dos CEPs pela Conep e as formas de contato.

Carga Horaria: 2 horas

Link: https://edx.hospitalmoinhos.org.br/course/credenciamento-cep-2021

25. Documentos Obrigatórios em Protocolos de Pesquisas

Conteúdo Programático:

Todos os protocolos de pesquisa que envolvem seres humanos devem ser submetidos ao Sistema CEP/Conep. A submissão é realizada via Plataforma Brasil, e envolve uma série de documentos que são necessários para que o processo de submissão seja concluído e o protocolo seja apreciado pelo Sistema. Este módulo apresentará os documentos obrigatórios que constituem um protocolo de pesquisa, e outros documentos quando aplicáveis. Irá demonstrar suas formas de elaboração.

Carga Horaria: 2 horas

Link: https://edx.hospitalmoinhos.org.br/course/documentos-obrigatorios-em- protocolos-de-pesquisa-2021

26. Modulo I - Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Internação Adulto

Conteúdo Programático:

I. **Acolhimento e recepção de residentes; Entrega de folders e rotinas dos andares; Treinamento do sistema; Orientação sobre a rotina hospitalar e do enfermeiro.**

II. **SAE - O conjunto de propedêutica e processos terapêuticos, com enfoque no atendimento ao paciente em internação na clínica médica, cirúrgica e cardiológica, pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos abrangendo a Taxonomia de diagnósticos da NANDA.**

III. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem e o acesso ao Sistema MV/ SBAR -LIMEIRA,Tânia Roberta et al. Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem, SBAR,Situation-Background- Assessment-Recommendation: validação e aplicação.**

Rev Bras Enferm. 2022;75(6)/ https://www.scielo.br/j/reben/a/rK7G6VycSgQjmGQV77VfHPK/?format=pdf&lang=pt

IV. Segurança do paciente: São todos os estudos e práticas para diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente.

V. PCIH- O Programa de Controle de Infecções Hospitalares: medidas de prevenção de infecção.

VI. Terapia intravenosa e tipos de cateteres sondas, drenos e tubos

VII. Terapia intravenosa e tipos de cateteres sondas, drenos e tubos

VIII. Cuidados com feridas em traumas: ferimento por arma branca e fogo; trauma crânio encefálico, tórax, abdômen e MMSSII.

IX. Avaliação bimestral;

X. Cuidados com feridas em traumas: ferimento por arma branca e fogo; trauma crânio encefálico, tórax, abdômen e MMSSII.

XI. Cuidados em feridas agudas, crônicas e coberturas

XII. Cuidados em feridas: agudas, crônicas e coberturas

XIII. HACR: Humanização, Acolhimento e Classificação de Risco em Urgência e Emergência e Atendimento ao Trauma. / Avaliação e tratamento do doente.

XIV. Monitorização hemodinâmica;

XV. Cinemática do trauma;

XVI. Avaliação da cena;

XVII. Avaliação bimestral;

27. Modulo II - Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Queimados

Conteúdo Programático:

I. Assistência de enfermagem nas patologias neurológica (trm e tce) + aneurisma e avc;

II. Assistência de enfermagem nas patologias cardiovasculares;

III. Assistência de enfermagem nas patologias cardiovasculares;

IV. Avaliação bimestral;

V. Conceito, epidemiologia, fisiopatologia, classificação, cálculo da superfície corporal queimada;

VI. Curativo dos pacientes queimados; oficina de enfaixamento; cuidados com o paciente grande queimado.

VII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: atendimento ao politraumatizado;

VIII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: atendimento ao

politraumatizado;

IX. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: traumatismo crânio encefálico;

X. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: trauma torácico;

XI. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: trauma de face;

XII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: trauma abdominal;

XIII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: trauma músculo- esquelético;

XIV. Avaliação bimestral.

28. Modulo III – Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Unidade de Terapia Intensiva

I. Conjunto de propedêutica e processos terapêuticos, sob enfoque do atendimento do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos metodológicos das normas e padronizações de procedimentos, planos de cuidados e protocolos, abrangendo a Taxonomia de diagnósticos da NANDA.

II. Escalas de avaliação neurológica e escores de avaliação de mortalidade;

III. Drogas vasoativas e alta vigilância;

IV. Punção e cuidados com pressão arterial invasiva;

V. Sedação os cuidados de enfermagem;

VI. Ventilação mecânica invasiva;

VII. Ventilação mecânica invasiva;

VIII. Eletrocardiograma;

IX. AVALIAÇÃO BIMESTRAL;

X. Assistência cardiovascular de emergência; Anatomia e eletrofisiologia cardíaca;

XI. Ritmos de Parada Cardiorrespiratória;

XII. Taquicardias, Bradicardia;

XIII. Síndrome Coronariana aguda;

XIV. Acidente Vascular Cerebral.

XV. Emergência ao paciente de IAM (protocolo);

XVI. Avaliação bimestral.

29. Modulo IV - Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Neonatologia e Pediatria.

I. A cadeia de sobrevivência e serviços médicos de emergência para atendimento em pediatria. A notificação e a injuria, a violência infantil;

II. Avaliação do paciente pediátrico e neonatal /Exame físico ao recém-nascido e pacientes pediátricos;

III. RCP/ TOT em pediatria e neonato

IV. Desconforto respiratório por obstrução de vias aérea e outras causas de insuficiência respiratória,

V. Desconforto respiratório por obstrução de vias aérea e outras causas de insuficiência respiratória;

VI. Emergências cardiovasculares;

VII. Traumas e queimaduras; manejo do tce em pediatria;

VIII. Traumas e queimaduras;

IX. Emergências toxicológicas;

X. Avaliação bimestral;

XI. Crise convulsiva;

XII. Anafilaxia manejo clínico;

XIII. Estudo da terapia intravenosa (cateteres);

XIV. **Tubos, sondas e drenos utilizados na pediatria; acesso venoso;**

XV. **Principais modos de ventilação invasiva na pediatria**

XVI. **Morte encefálica em pacientes pediátricos e como lidar com luto;**

XVII. **Avaliação bimestral.**

30. Módulo I - Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Clínica Médica e Cirúrgica

I. **Apresentação dos Serviços do Setor farmacêutico;**

II. **O ciclo da assistência farmacêutica;**

III. **Mecanismo da dor;**

IV. **Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs);**

V. **Uso clínico dos glicocorticóide;**

VI. **Síndrome de Cushing;**

VII. **Anti-histamínicos;**

VIII. **Opióides;**

IX. **1ª Prova Bimestral;**

X. **Avaliação da Proteína C reativa;**

XI. **Uso Clínico dos Bloqueadores Neuromusculares;**

XII. **Uso Clínico dos Anestésicos Gerais Intravenosos;**

XIII. **Anestésicos Inalatórios;**

XIV. **Análise de exames laboratoriais;**

XV. **Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica;**

XVI. **Abordagem clínica das dislipidemias;**

XVII. **Farmacovigilância no contexto hospitalar;**

XVIII. **2ª Prova Bimestral**

31. Módulo II – Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Traumatologia e Ortopedia

I. **Hemostasia e Anticoagulantes;**

II. **Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes;**

III. **Avaliação do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPA);**

IV. **Varfarina: farmacodinâmica, farmacocinética e interações medicamentosas;**

V. **Heparinas: farmacodinâmica, farmacocinética e interações medicamentosas;**

VI. Manejo de Paciente com Hemorragia

VII. Antiplaquetários

VIII. Classificação e fisiopatologia das queimaduras; Procedimento cirúrgico e processo de cicatrização no paciente queimado

IX. Anemia;

X. Abordagem Clínica da Hipocalemia

XI. Hipovitaminose

XII. Avaliação Final.

32. Módulo III - Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Situações Especiais

I. Modelo de Prática clínica farmacêutica;

II. Microrganismos Causadores de infecções;

III. Microrganismos Causadores de infecções 2

IV. Uso clínico das Penicilinas

V. Sedação e Analgesia Durante a Ventilação Mecânica;

VI. Uso clínico das Cefalosporinas e Uso Clínico;

VII. Uso clínico dos Carbapenêmicos e monobactâmicos;

VIII. Uso clínico dos Glicopeptídeos e Aminoglicosídeos

IX. Uso clínico dos Macrolídeos, Linezolida e licosamidas;

X. Uso clínico dos Tigeciclina, Rifamicinas;

XI. Uso clínico dos Antiprotozoários;

XII. Uso clínico dos Antifúngicos;

XIII. Uso clínico dos Antivirais;

XIV. Uso clínico das Fluoroquinolonas;

XV. Avaliação Final

33. Módulo IV - Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva

I. Uso Clínico dos hormônios tireoidianos;

II. Profilaxia de LAMG e Uso clínico dos Antisecretores;

III. Uso clínico dos Antieméticos e pro-cinéticos;

IV. Uso clínico dos Antiflatulantes;

V. Uso clínico dos Laxativos;

VI. Uso clínico dos Antidiarreicos sintomáticos, antiespasmódicos e correlatos;

VII. Qualificação de artigo;

VIII. Uso de fibras e probióticos em pacientes críticos;

IX. Prova;

X. Uso clínico dos Medicamentos utilizados no choque vascular e Uso clínico dos Antiarrítmicos;

XI. Drogas vasoativas e o uso de TNE;

XII. Uso clínico dos Bloqueadores adrenérgicos centrais Bloqueadores dos canais de cálcio e Uso clínico dos diuréticos;

XIII. Uso Clínico dos Anticonvulsivantes;

XIV. **Manejo do delirium;**

XV. **Ansiolíticos;**

XVI. **Neurolépticos;**

XVII. **Avaliação Final.**

34. MÓDULO I – Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências Clínicas: Médica, Cirúrgica, Especialidades.

I. **Avaliação Fisioterapêutica no paciente adulto**

II. **Análise de exames laboratoriais (Gasometria)**

III. **Oxigenoterapia;**

IV. **Mecanismos fisiopatológicos da toxicidade do oxigênio**

V. **Aspiração TraquealAnálise de exames laboratoriais (Hemograma e Leucograma)**

VI. **Suporte Básico de Vida**

VII. **Radiografia de tórax**

VIII. **Análise de exames laboratoriais (marcadores inflamatórios e de**

hemostasia)

IX. Avaliação Fisioterapêutica no paciente séptico

X. Disfagia e síndromes aspirativas

XI. Visão da fisioterapia na sarcopenia e caquexia;

XII. Pneumonias

XIII. Técnicas de remoção de secreção e expansão pulmonar

XIV. Acidente Vascular

XV. EncefálicoTCE/TRM – Escala Asia

XVI. Avaliação Bimestral

XVII. Mobilização Precoce

XVIII. Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes

XIX. Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica

35. MÓDULO II – Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Situações Especiais, Traumatologia e Ortopedia. – Ortopedia, Geriatria e Queimados

I. **Etiologia e Epidemiologia do Trauma;**

II. **Caracterização e classificação do trauma – Diagnóstico cinético funcionalFarmacologia aplicada à reabilitação de pacientes com doenças crônico degenerativas**

III. **Hipotensão Postural e Intolerância Ortostática no ambiente hospitalar**

IV. **Reabilitação intrahospitalar nas DPOC**

V. **Abordagem fisioterapêutica no trauma de membros inferiores**

VI. **Avaliação da força e da resistência muscular no ambiente hospitalar**

VII. **Fraturas e fixadores de membros inferiores. Abordagem fisioterapêutica**

VIII. **Avaliação no Idoso**

IX. **Fraturas e fixadores de tórax e pelve. Abordagem fisioterapêutica**

X. **Particularidades no atendimento do paciente Idoso com doenças neurológicas**

XI. **Fragilidade, Equilíbrio e quedas: Prevenção, avaliação e tratamento**

XII. **Morte e Cuidados paliativos no ambiente hospitalar**

XIII. **Nutrição e exercício no paciente idoso**

XIV. **Doenças vasculares arteriais e venosas. Doença arterial obstrutiva periférica**

XV. **Avaliação Bimestral**

XVI. Classificação e fisiopatologia das queimaduras; Procedimento cirúrgico e processo de cicatrização no paciente queimado

XVII. Formação de Cicatriz hipertrófica e quelóide e suas complicações; Tratamento das cicatrizes. Prescrição e uso de malha compressiva. Massagem cicatricial.

36. MÓDULO III – Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Atendimento.

I. Anatomo-fisiologia do sistema cardiorrespiratório;

II. Fisiologia respiratória

III. Interação coração-pulmão na ventilação mecânica

IV. Discussão sobre o capítulo de Fisioterapia (III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica – 2007);

V. Como iniciar a ventilação mecânica: princípios práticos e teóricos;

VI. Avaliação do paciente crítico;

VII. Monitorização hemodinâmica do estado de choque, Drogas vasoativas;

VIII. Insuficiência Respiratória – Classificação;

IX. Sedação e Analgesia Durante Ventilação Mecânica

X. Assincronias e Novos Modos em VM;

XI. **Ventilação Mecânica na Asma e no DPOC;**

XII. **Ventilação Mecânica na Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e Associada a VM (PAV);**

XIII. **Ventilação Mecânica na Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) ou Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA): Diagnóstico, Recomendações e Cuidados;**

XIV. **Bioenergética / Introdução à gasometria arterial;**

XV. **Ventilação na Posição PRONA e Circulação Extracorpórea;**

XVI. **Avaliação Bimestral;**

XVII. **Ventilação Mecânica no Paciente com Sepse;**

XVIII. **Desmame da Ventilação Mecânica**

37. MÓDULO IV – Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva em Situações Especiais

I. Anátomo-fisiologia aplicada à neonatologia e pediatria;

II. Doença das membranas hialinas;

III. CPAP e Surfactante; Uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva em Pediatria e Neonatologia;

IV. Oxigenioterapia aplicada à Pediatria e Neonatologia;

V. Semiologia neonatal e pediátrica;

VI. Princípios da ventilação mecânica em neonatologia e pediatria

VII. Recursos de monitorização cardiorrespiratória; Recursos e técnicas respiratórias em Neonatologia e Pediatria

VIII. Desmame da ventilação mecânica em Neonatologia e Pediatria

IX. Ventilação mecânica em pacientes neurocríticos

X. Ventilação mecânica em situações especiais (tópicos avançados)

XI. Manobras de titulação de PEEP e recrutamento alveolar

XII. Síndrome pós cuidados intensivos (PICS);

XIII. Assistência Fisioterapêutica em Urgência e Emergência (Pronto Socorro)

XIV. Manejo da dor em pacientes críticos

XV. Alterações Morfológicas/Respiratórias no paciente queimado;

XVI. Avaliação Bimestral;

XVII.	**Ventilação Mecânica no paciente queimado;**
XVIII.	**Mobilização precoce na UTI no paciente queimado**

7.25.2 Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde

7.25.2.1 Procedimento Operacional Padrão - Pop Engenharia Clínica

ÁREA: ENGÉNHARIA CLÍNICA

TAREFA: MANUTENÇÃO PREVENTIVA.

LOCAL DE EXECUÇÃO: ENGENHARIA CLÍNICA, SETORES DO HOSPITAL (CLIENTES), CENTRAL DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS.

EXECUTANTE: TÉCNICO EM EQUIPAMENTO BIOMÉDICO; ENGENHEIRO CLÍNICO E FORNECEDOR EXTERNO.

RESULTADOS ESPERADOS:

- **POSSUIR EQUIPAMENTOS CONFIÁVEIS**

MATERIAL NECESSÁRIO:

- **CALENDÁRIO ANUAL DE PREVENTIVAS, CALIBRAÇÃO e ÍNSPEÇÃO;**
- **SOFTWARE DE ENGENHARIA CLÍNICA;**
- **FERRAMENTAS PARA MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS;**
- **EPI DE ACORDO COM A SITUAÇÃO ESPECÍFICA.**

ATIVIDADES:

1. **A EQUIPE INTERNA CHECA NO SISTEMA AS MANUTENÇÕES PREVENTIVAS DO PLANO QUE ESTÃO PROGRAMADAS PARA O MÊS. AS MANUTENÇÕES PREVENTIVAS INTERNAS SÃO EXECUTADAS PELOS TÉCNICOS INTERNOS. AS MANUTENÇÕES PREVENTIVAS EXTERNAS SÃO EXECUTADAS POR TERCEIRIZADOS . O PLANO VARIA COM AS ESPECIFICIDADES DE CADA EQUIPAMENTO, OBEDECENDO CRONOGRAMA DEFINIDO CONFORME AS DIRETRIZES DO FABRICANTE;**

2. A EQUIPE INTERNA IMPRIME Ó CHECK LIST PARA A REALIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA DO EQUIPAMENTO, EM CASO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INTERNA;

3. O TÉCNICO VAI AO SETOR, E INFORMA AO RESPONSÁVEL A NECESSIDADE DA DISPONIBILIDADE DO EQUIPAMENTO PARA REALIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA, CONFORME CRONOGRAMA DEFINIDO PREVIAMENTE NO PLANO DE

MANUTENÇÃO QUE O SETOR RECEBE NO INÍCIO DO ANO;

4. O TÉCNICO REALIZA A MANUTENÇÃO PREVENTIVA, DE ACORDO COM O CHECK LIST DE CADA EQUIPAMENTO. O PROCEDIMENTO PODE ACONTECER NO LOCAL OU NA OFICINA, DEPENDENDO DO PROCEDIMENTO DE MANUTENÇÃO *À*

SER REALIZADO;

5. O TÉCNICO REGISTRA AS INFORMAÇÕES NO CHECK LIST DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA., DEPOIS REGISTRA AS INFORMAÇÕES NO SISTEMA E DÁ BAIXA. (FECHA) A ORDEM DE SERVIÇO PROGRAMADA, QUE FOI ABERTA AUTOMATICAMENTE.

6. NO CASO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EXTERNA, O PLANO É ACORDADO COM 0 FORNECEDOR EXTERNO ANUALMENTE. A REALIZAÇÃO É FEITA NOS DIAS PROGRAMADOS. OS TÉCNICOS TERCEIRIZADOS SERÃO ACOMPANHADOS

PELA EQUIPE INTERNA DA ENGENHARIA PARA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS. DEPOIS DE EXECUTADA, A EMPRESA ENTREGA O CHECK LIST OU CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA E OS DADOS SÃO

PASSADOS PELA EQUIPE INTERNA DA ENGENHARIA PARA O SISTEMA DE ENGENHARIA CLÍNICA;

7. A EQUIPE INTERNA DEVOLVE O EQUIPAMENTO PARA UTILIZAÇÃO NO SETOR (MANUTENÇÃO INTERNA) OU ACOMPANHA A EMPRESA TERCEIRIZADA NA DEVOLUÇÃO DO EQUIPAMENTO EM CASO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EXTERNA.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- AS MANUTENÇÕES PREVENTIVAS TÊM QUE SEGUIR O CRONOGRAMA PROPOSTO NO PLANO DE MANUTENÇÃO.

AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE:

- COMUNICAR AO ENGENHEIRO DA ENGENHARIA CLÍNICA DA UNIDADE;
- CASO NÃO HAJA CONTRATO DE PREVENTIVA OU CALIBRAÇÃO OU IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO PELOS TÉCNICOS, É NECESSÁRIO SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO PELO SISTEMA.

- DIRETORIA APROVAÇÃO DATA

- APROVAÇÃO SCIH REVISOR DE ÁREA DATA

7.25.2.2 Cronograma de Execução dos Planos de Manutenção – Engenharia Clínica - MENSAL

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO (HERSO-CME)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
ALTA	AUTOCLAVE HORIZONTAL HIVAC II - B0110-716P (BAUMER)	PREVENTIVA-08-AGOSTO																	›														
ALTA	AUTOCLAVE HORIZONTAL	PREVENTI																	›														

| | | |

	SAH0100-060(BAUMER)	MANAL						
MÉDIA	OSMOSEREVERSAH0100-060(BAUMER)	PREVENTIVASEMANAL	›	›	›	›	X	
ALTA	TERMODESI	PREV			›			

NFECTORATWE2000400P(BAUMER) ENTIVA-08-AGOSTO

CENTRAL DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICO (HERSO-CENTRALRECUPERACAO)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														

| | | |

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO PM 9000 (MINDRAY)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO PM 9000 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														

| | | |

| | | |

| | | |

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO UMEC 12 (MINDRAY)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO UMEC 12 (MINDRAY)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO UMEC 12 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO UMEC 12 (MINDRAY)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO UMEC 12 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO UMEC 12 (MINDRAY)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO UMEC 12 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														

CONSULTÓRIO (HERSO-CONSULTORIO)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO VITAL WAVE (INDUMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO VITAL WAVE (INDUMED)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														

DEPOSITO HEMODIALISE (HERSO-HEMO)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	APARELHO DE HEMODIALISE 4008 B (FRESENIUS)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	APARELHO DE HEMODIALISE 710500C (B.BRAUN)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	APARELHO DE HEMODIALISE 710500C (B.BRAUN)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														

INTERNAÇÃO BUCO/NEURO/TRAUMA/PED(HERSO-INTERNABUCO)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														

INTERNAÇÃO CLÍNICA (HERSO-INTERNACLINICA)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO DX2022 (DIXTAL)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														

INTERNAÇÃO TRAUMATOLOGIA (HERSO-INTERNATRAUMA)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO DX2022 (DIXTAL)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO DX2022 (DIXTAL)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO DX2022 (DIXTAL)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														

PEQUENOS PROCEDIMENTOS (HERSO)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														

UTI (HERSO-UTI1)

Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
MÉDIA	MONITOR MULTIPARA METRICO BENEVIEW	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 -																	X														

| | | |

| | | |

| | | |

7.25.3 Possuir parceria com instituições de ensino, ou suas próprias para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública em concordância com o Plano Estadual de Saúde vigente

ANEXO – PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO

7.25.4 Projeto de hospital ensino para a unidade

INTRODUÇÃO

Ao definir a saúde como um direito social e eleger a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil colocou-se, desde 1988, em consonância com as tendências existentes nos países mais avançados, e a grande ampliação na cobertura do sistema público de saúde foi um ganho incontestável dos últimos 22 anos.

Entre as questões que se colocam como desafios para a continuidade do desenvolvimento do SUS, podemos destacar a formação de profissionais de saúde aptos a enfrentarem os problemas de saúde prioritários da população brasileira; a pesquisa, o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e terapias, bem como a incorporação de tecnologias desenvolvidas alhures, para atender adequadamente a estes problemas; e, finalmente, a garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde, imprescindíveis para concretizar a integralidade da assistência.

Em todos esses temas, a contribuição dos Hospitais de Ensino (HEs) é condição fundamental para que se consiga efetivamente melhorar a saúde de todos os brasileiros.

O desenvolvimento da assistência realizada pelos HEs, bem como de suas atividades didáticas e de pesquisa, por vezes estruturou-se de forma isolada dos demais serviços assistenciais, razão pela qual é muito importante discutir e aperfeiçoar sua integração com a rede SUS.

Nossa Proposta no sentido de aprimorar a participação do HE no SUS, em benefício à assistência médica de toda a população usuária do sistema, sem excluir a importância

destes serviços, na formação de recursos humanos e na produção de conhecimentos, tecnologia e pesquisa em saúde.

A NECESSIDADE DE INTEGRAÇÃO DOS HES NA ASSISTÊNCIA DO SUS

O SUS está organizado de forma a prestar a assistência à saúde da população por meio de uma rede descentralizada de serviços de saúde.

Esta organização leva em conta que as doenças mais comuns da população exigem, em grande parte dos casos, medidas terapêuticas que podem ser desenvolvidas de forma ma eficaz e menos custosa por serviços de atenção básica ou primária em saúde, como as Unidades Básicas de Saúde ou as Unidades de Saúde da Família, atualmente sob gestão municipal.

Além disso, as doenças crônicas e degenerativas, que se tornam cada vez mais importantes, são mais bem atendidas nestas unidades de saúde, pois exigem cuidados prolongados e orientação constante aos pacientes, sendo adequado que tais atendimentos se desenvolvam próximo ao domicílio dos pacientes.

Por outro lado, os atendimentos especializados, que necessitam de orientação diagnóstica ou terapêutica, devem ser encaminhados para serviços de saúde mais complexos, de caráter secundário ou terciário, que servem de referência especializada regional e estadual para a rede de atenção básica de saúde municipal.

Os HE exercem seu principal papel na oferta de procedimentos de alta complexidade e de referência para o SUS em São Paulo.

Segundo levantamento do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) da Secretaria de Estado da Saúde para o ano de 2008, enquanto o conjunto dos hospitais do SUS/SP realizou em média 6,3% de internações de alta complexidade no total de suas internações, os HE realizaram cerca de três vezes mais, ou seja, 18% de internações de alta complexidade.

Da mesma forma, enquanto o conjunto das unidades ambulatoriais do SUS/SP realizaram em média 31% de atendimentos de alta complexidade no total dos atendimentos ambulatoriais, os HE realizaram cerca de 51% de atendimentos de alta complexidade em

relação ao total. Este percentual maior de atividades voltadas à medicina de terceiro nível tem evidentemente um custo mais elevado do que aquele de unidades de saúde mais voltadas ao atendimento primário e secundário de saúde. Assim, é evidente que os HE necessitam de uma forma de financiamento diferenciada em relação aos demais hospitais do sistema.

Embora sejam unidades de maior complexidade que a média dos demais serviços do SUS/SP, constata-se que os HE ainda realizam uma grande proporção de atendimentos de média e baixa complexidade, tanto internação como ambulatorial, casos que poderiam ser encaminhados para outros serviços do sistema. A realização de procedimentos de baixa complexidade nos HE apresenta vários inconvenientes, entre os quais: utiliza-se um serviço de alta capacidade instalada, com pessoal especializado e, portanto, com atendimentos em média mais custosos para procedimentos simples que seriam mais bem realizados em unidades básicas de saúde; os pacientes, na busca do atendimento continuado no HE para problemas básicos de saúde, são forçados a deslocamentos frequentes para fora de seu município, pois os HE são habitualmente localizados em municípios maiores, polos de sua região; finalmente, os atendimentos de baixa complexidade realizados no HE bloqueiam as agendas para os procedimentos de maior complexidade, provocando o surgimento de filas de espera e demanda reprimida, que prejudicam os pacientes, pois atrasam seu atendimento.

Além disso, para diversos procedimentos médicos de alta complexidade, como as cirurgias cardíacas, a qualidade do procedimento é diretamente relacionada com sua prática e frequência, isto é, é preciso que as equipes realizem um número de procedimentos anuais para garantirem os melhores resultados, como já está descrito na literatura científica de saúde.

As transições demográficas, epidemiológicas e tecnológicas também contribuem para mudanças nos perfis das doenças, que exigem novas práticas e cuidados com os pacientes como, por exemplo, para idosos, para os que necessitam de internações prolongadas, tratamentos paliativos, como no câncer e outros semelhantes. Atualmente, estes casos ocupam leitos e atendimentos dos HE, sem benefícios reais aos pacientes e com prejuízo de outros atendimentos que poderiam ser realizados por estas unidades. Estas condições exigem formas inovadoras de acompanhamento, como o atendimento domiciliar ou a

ocupação de unidades de saúde menos complexas do SUS, que muitas vezes permanecem com leitos ociosos.

Estes são alguns dos motivos que tornam fundamental a regulação dos atendimentos realizados pelos HE, privilegiando os atendimentos especializados e referenciais, as cirurgias mais complexas, entre outros, que podem ser disponibilizadas para uma ou mais regiões do Estado e, em alguns casos, e dependendo da raridade do procedimento, até mesmo para o país.

Certamente, o sucesso das medidas para estabelecer referências e contrarreferências entr os HE e os demais serviços do SUS depende do

O ENSINO E A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA DOS HE NO SUS

É reconhecido o papel dos HE do SUS na formação e capacitação de pessoal para a área pública ou privada de saúde.

Por exemplo, no Brasil, existem cerca de 29,2 mil médicos residentes, dos quais 34% são do Estado de São Paulo (9,9 mil médicos residentes). Deste total, 6,3 mil médicos residentes são de vagas oferecidas pelos 37 HE do Estado (ou 66% do total).

Nunca é demais destacar a importância e o desafio que é a questão da formação e alocação dos médicos e outros profissionais para que se integrem ao SUS, atendendo às necessidades de saúde da população.

A formação do médico, sem deixar de lado os avanços tecnológicos, deve estimular e valorizar sua participação no atendimento e na resolução dos problemas mais comuns da área da saúde. Este fato tem favorecido a discussão acadêmica sobre as possíveis mudanças curriculares para que os médicos possam se integrar adequadamente ao SUS, tal como ocorreu em outros países com sistemas universais de saúde, como a Inglaterra e o Canadá, que valorizam o médico generalista.

Entretanto, uma vez que se propõe o atendimento dos casos referenciados pelo HE, assim como a realização de procedimentos de alta complexidade, por vezes é colocada a questão de como garantir o necessário campo para que seus alunos possam ter a formação generalista de forma adequada.

Como já referido no item anterior, não existe nenhuma incompatibilidade entre a assistência de alta complexidade nos HE e o ensino das práticas de atenção básica em saúde, desde que sejam estabelecidas parcerias entre os HE e outros serviços de saúde do sistema (extramuros), de caráter geral (de internação ou ambulatoriais), que possam atender às necessidades acadêmicas sem qualquer tipo de prejuízo assistencial.

De fato, existem inúmeros exemplos de iniciativas de integração entre o ensino e a assistência na área da saúde. Dentre elas, destacam-se os Centros de Saúde-Escola, unidades de atenção primária em saúde, que recebem alunos e residentes para formação neste tipo de atenção, por meio de parceria entre as faculdades de medicina e as Secretarias de Saúde, desde a década de 1970.

Na década de 1980, foram incentivados no país, pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), e desenvolvidos em diversos estados, programas de integração docente-assistencial, envolvendo as faculdades e os serviços de saúde pública, por vezes com abrangência de distritos de saúde, bem como propostas de aproximação entre o ensino e a atenção em saúde local por meio de internatos em saúde coletiva ou rurais, assim como de residências médicas em saúde comunitária.

A SES tem estimulado seus hospitais universitários a estabelecerem parcerias para gestão de hospitais gerais e outros serviços (inclusive AME) que podem auxiliar neste sentido. As experiências conseguem atender ao duplo objetivo de integrar e garantir o ensino de qualidade com as necessidades assistenciais do SUS.

OBJETIVOS DO PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE HE

I - garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade da atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pelos HE;

II - garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, priorizando as áreas estratégicas do SUS;

III - estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS;

IV - garantir a inserção dos HE na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação efetiva nas políticas prioritárias do SUS;

V - estimular a participação dos HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS;

VI - integrar os HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS; e

VII - apoiar as demandas de mudanças do perfil da formação médica ao nível de graduação e residência médica, conforme previsto no Programa Mais Médicos.

DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

DOS REQUISITOS GERAIS E ESPECÍFICOS PARA CERTIFICAÇÃO

Requisitos gerais:

I - ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde, para programas de residência médica e em outras áreas profissionais da saúde;

II - dispor de convênio ou contrato formal de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e a IES, caso o hospital não pertença à mesma instituição que desenvolve as atividades, com implantação de mecanismos atuantes na gestão das atividades de pesquisa e ensino;

III - possuir oferta de programas de residência médica, ou em outras áreas profissionais da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), excetuando-se os casos previstos no §1º do art. 8;

IV - possuir, no mínimo, 80 (oitenta) leitos operacionais, no caso de hospitais gerais;

V - possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais, no caso de hospital especializado ou maternidade;

VI - prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta sob regulação do gestor do SUS; e

VII - possuir instrumento contratual formal vigente com o gestor do SUS.

Requisitos específicos:

I - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

- Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa;

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Comissão de Óbitos;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica; e
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;
- Comitê Transfusional;
- Comissão de Residências em Saúde;
- Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal;
- Comissão de Biossegurança; e
- Comissão de Ética no Uso de Animais;

II - participar dos programas e políticas prioritárias do SUS, incluindo as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, de acordo com seu perfil assistencial;

III - constituir-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea;

IV - disponibilizar para a regulação do SUS os serviços contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais;

V - garantir o direito do usuário ao acompanhante e à visita aberta, dispondo de condições técnicas, humanas e de ambiência;

VI - adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade;

VII - garantir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipamentos de acordo com o porte e perfil assistencial do hospital, com no mínimo:

a) patologia clínica, dentro ou fora do ambiente hospitalar, com coleta no hospital;

b) radiologia simples no ambiente hospitalar;

c) acesso a eletrocardiografia;

d) acesso a ultrassonografia;

e) acesso a endoscopia digestiva;

f) equipamentos e insumos para suporte avançado de vida e transporte seguro;

g) Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional;

h) assistência farmacêutica, assistência nutricional, processamento e esterilização de roupas e materiais, transporte sanitário, higiene e limpeza, e demais serviços assistenciais e de apoio, próprios ou terceirizados, conforme normas vigentes; e

i) equipe multiprofissional compatível com o porte e perfil assistencial do hospital, segundo o regramento vigente;

IX - manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos;

X - atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS; e

XI - garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente:

a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente;

b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente;

c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa);

d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos; e

e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos, de acordo com o perfil assistencial da instituição, a ser implementado no prazo máximo de 02 (dois) anos.

CERTIFICAÇÃO DE HE 1 PARA HERSO

Os requisitos gerais e específicos de para serem certificados como HE, deverá ser definida, de acordo com suas características, a sua tipologia, que pode ser:

I - Hospital de Ensino Tipo I (HE-I); ou

II - Hospital de Ensino Tipo II (HE-II).

Para ser certificado como HE-I, o hospital deverá:

I - abrigar, quando demandado por instituição de ensino do Município ou Região de saúde, em caráter permanente e contínuo, as atividades curriculares da totalidade dos alunos em internato médico curricular obrigatório por área de atuação ou, no mínimo, 20 (vinte) alunos respeitando carga horária de até 35% (trinta e cinco por cento) do total de horas do curso, conforme definido nas diretrizes curriculares do curso de medicina;

II - ser cenário de prática para atividades hospitalares da residência de medicina geral de família e comunidade, em caso da existência de programa de residência no Município ou na Região de saúde;

III - ofertar, em caráter permanente e contínuo, pelo menos 2 (dois) programas de residência médica, próprios ou conveniados, em áreas prioritárias para o SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% (oito por cento) de seu número total de leitos operacionais; e

IV - garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os programas de residência, respeitando-se o mínimo de:

a) 1 (um) preceptor com carga horária de 20 (vinte) horas semanais para cada 3 (três) residentes ou 1 (um) preceptor com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para cada 6 (seis) residentes; e

b) 1 (um) preceptor para cada 12 (doze) alunos de internato, de acordo com a legislação vigente.

Quando o hospital não possuir programas de residência médica e, comprovadamente, servir de campo de prática para o projeto de expansão dos cursos de medicina, este terá até 2 (dois) anos a contar da data da visita de certificação para implantá-los, sob pena de cancelamento da certificação.

Quando se tratar de hospital especializado ou maternidade, este deverá ofertar cursos de residência de acordo com sua área de atuação.

DA SOLICITAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO DE HE

Para solicitar a certificação como HE, o HERSO deverá encaminhar ofício à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) contendo os seguintes dados:

I - nome do estabelecimento hospitalar;

II - número do registro do estabelecimento hospitalar SCNES;

III - nome do responsável pela solicitação da certificação;

IV - nome e número do CPF do responsável pela HE; e

V - e-mail, telefones e contatos do responsável pela solicitação da certificação.

- Após o recebimento do ofício de que trata o art. 11, a CGHOSP/DAHU/SAS/MS encaminhará ao estabelecimento hospitalar solicitante o endereço eletrônico ("link")

do Sistema FORMSUS, para preenchimento do formulário e declarações anexas que serão assinadas pelo dirigente do estabelecimento hospitalar.

- O formulário de que trata o "caput" será analisado pela Comissão Interministerial de Certificação, que verificará o cumprimento dos requisitos gerais e específicos fixados pelos arts. 5º e 6º.
- Após a verificação de que trata o § 1º, no caso de adequação, será agendada visita ao estabelecimento hospitalar solicitante para verificação "in loco" do atendimento aos requisitos gerais e específicos, fixados pelo arts. 5º e 6º, e das exigências par definição da tipologia do HE como HE-I ou HE-II, e requisitos adicionais.
- Os documentos comprobatórios originais de cumprimento dos critérios exigidos deverão ser apresentados por ocasião da visita dos certificadores na forma do § 2º, e poderão ser requisitados para verificação a qualquer momento pelos Ministérios da Saúde e da Educação.
- A visita de avaliação ao estabelecimento hospitalar de que trata o § 2º será realizada pelo Grupo Técnico de Certificadores dos Ministérios da Saúde e da Educação, gerando relatório de visita, que posteriormente será analisado pela Comissão Interministerial de Certificação de Hospitais de Ensino, a qual deverá emitir parecer conclusivo.
- Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda ao estabelecimento hospitalar parecer favorável à certificação como HE, será editado ato específico d Ministros de Estado da Saúde e da Educação certificando o estabelecimento de saúde como Hospital de Ensino.
- Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda ao estabelecimento hospitalar parecer indicando um Termo de Ajuste, o estabelecimento hospitalar deverá, dentro do prazo estabelecido, atender às pendências listadas.
- O Termo de Ajuste somente poderá ser indicado em processos de renovação da certificação e quando houver pendências passíveis de solução até o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias após emissão do parecer.

- A documentação comprobatória ao cumprimento das pendências de que trata o § 6º deverá ser enviada à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, para análise e encaminhamentos.
- O não atendimento ao Termo de Ajuste no prazo definido pela Comissão implicará no cancelamento imediato e automático da certificação da instituição.
- Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda parecer desfavorável à certificação como HE, o estabelecimento hospitalar, caso comprove que as pendências que motivaram o parecer desfavorável foram sanadas, poderá solicitar novamente sua certificação como HE, dando início a um novo processo.

DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

A documentação relacionada ao cumprimento dos requisitos gerais, específicos, e relacionada à definição da tipologia do HE, deverá estar disponível para verificação no estabelecimento hospitalar, por ocasião da visita do Grupo Técnico ou, a qualquer tempo, por solicitação da Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino.

O cumprimento dos requisitos gerais de que será analisado pela Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino através do SCNES e de outros meios que considerar pertinentes.

O estabelecimento hospitalar deverá informar os dados de identificação da(s) Instituição(ões) de IES a que esteja vinculado à Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino.

Os requisitos serão comprovados através da seguinte documentação:

I - cursos de graduação, pós-graduação, residências médicas e residências em áreas profissionais da saúde:

a) relação nominal de alunos e grade curricular do internato em medicina e outros cursos, especificando locais, duração e serviços onde cada estágio se realiza, emitidos pela(s) coordenação(ões) do(s) curso(s);

b) relação dos alunos matriculados no(s) curso(s) de pósgraduação "stricto sensu", com seu(s) respectivo(s) conceito(s) na CAPES, e descrição das atividades que são desenvolvidas no hospital, emitida pelo coordenador do programa de pós-graduação;

c) lista nominal dos residentes, médicos ou em área profissional da saúde, matriculados por ano, nos respectivos programas especificando locais, duração e serviços das atividades, emitida pelo Coordenador de Residência Médica ou em Área Profissional da Saúde local;

II - docentes e preceptores:

a) relação dos docentes e preceptores de residência médica, por programa, com titulação e vínculo institucional emitida pela Comissão de Residência Médica (COREME), com a respectiva carga horária de dedicação ao ensino e ou preceptoria da residência; e

b) descrição do acompanhamento docente nas atividades na unidade hospitalar para estudantes de graduação em medicina e das outras áreas da saúde, de pós-graduação, com relação dos nomes, titulação e carga horária, emitida pela(s) coordenação(ões) do(s) curso(s);

III - Comissões Assessoras:

a) atas das reuniões das respectivas Comissões Assessoras nos últimos 12 (doze) meses; e

b) relatório gerencial das comissões, com metas e indicadores acompanhados nos últimos do: meses;

IV - papel no sistema de saúde, políticas prioritárias e regulação do acesso:

a) documento que defina o papel do hospital no sistema loco-regional de saúde, forma de contratualização, formas de regulação do acesso, mecanismos de referência e contra-referencia com os demais pontos de atenção da RAS; emitida pelo gestor local do SUS;

b) descrição da participação do hospital nas políticas prioritárias do Ministério da Saúde e da rede loco-regional de saúde, incluindo a forma de participação nas redes temáticas de atenção à saúde, estando ou não inserida em plano de ação regional/PAR específico, emitida pelo gestor local do SUS;

c) comprovação de atividades de cooperação técnica de ensino e pesquisa com o SUS, emitidos pelo gestor local do SUS; e

d) cópia do contrato/convênio e seus aditivos com metas pactuadas com o gestor local regional para o estabelecimento hospitalar e Plano Operativo Anual;

V - serviço de urgência e emergência: documento que comprove a implantação de Acolhimen com Classificação de Risco informando o protocolo utilizado, quando contar com Serviço de Urgência e Emergência ou Maternidade, emitido pelo Diretor do hospital;

VI - garantia aos direitos do usuário: documento emitido pelo estabelecimento hospitalar informando:

a) regras praticadas para as visitas;

b) regras praticadas para acompanhantes para crianças, idosos e gestantes; e

c) aos usuários, os horários praticados para a visita aos pacientes, as normas utilizadas para a permanência de acompanhantes e a política adotada para o atendimento aos casos obstétricos; e VII - segurança do paciente:

a) documento ou ato normativo que institui o Núcleo de Segurança do Paciente nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Nº 36, de 25 de julho de 2013; e

b) Plano de Segurança do Paciente implementado ou em processo de implementação.

Os critérios adicionais de que trata art. 10 serão comprovados através da seguinte documentação:

I - critério adicional I:

a) cópia do convênio/contrato de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e as IES para desenvolvimento das atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de ensino e pesquisa;

b) descrição dos mecanismos organizacionais para gestão das atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de pesquisa e ensino no estabelecimento hospitalar;

c) projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de pesquisa no estabelecimento hospitalar e na IES;

d) relação de grupos de pesquisa, pesquisadores e linhas de pesquisa desenvolvidas no estabelecimento hospitalar nos últimos dois anos; e

e) relação de projetos financiados por agências de fomento públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, relação de avaliação de tecnologias em saúde, das pesquisas concluídas e das publicações dos últimos dois anos;

II - critério adicional II:

a) descrição da estrutura física utilizada para ensino na unidade hospitalar, salas de aula com sua capacidade e equipamentos disponíveis, emitido pela direção do hospital;

b) descrição das instalações da biblioteca da unidade hospitalar e/ou IES conveniada e dos portais virtuais acessíveis pelos residentes e alunos, emitido pela direção do hospital ou da IES; e

c) descrição dos portais virtuais acessíveis pelos residentes e alunos, no âmbito da unidade hospitalar, emitido pela direção do hospital;

III - critério adicional III: documento emitido pela COREME comprovando a adoção de critérios estabelecidos pelo PROVAB nos exames de ingresso aos programas de residência oferecidos pelo estabelecimento hospitalar;

IV - critério adicional IV: descrição dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS praticados no hospital com:

a) acolhimento e rede: informar o protocolo utilizado e tempos de espera para atendimento de acordo com o protocolo;

b) clínica ampliada: descrição do projeto de organização de módulos de cuidado e/ou unidades de produção do hospital com constituição de equipes multiprofissionais, projeto de implementação de Prontuário Integrado (único) executado ou em execução;

c) cogestão: descrição da composição, periodicidade de reuniões e pautas do colegiado geral ou de unidades;

d) ambiência: projeto cogerido de ambiência executado ou em execução;

e) valorização do trabalho e do trabalhador: programas de prevenção de riscos no processo de trabalho executado ou em execução; e

f) defesa dos direitos dos usuários: serviço de Ouvidoria implementado;

V - critério adicional V:

a) mapa dos riscos assistenciais descritos e gerenciados nos diferentes processos de trabalho do estabelecimento hospitalar; e

b) relatório sobre os programas para a garantia da Segurança Assistencial com indicadores e ações de melhorias desenvolvidas, contemplando minimamente, entre outras que se apliquem ao funcionamento da unidade hospitalar em questão:

1. as iniciativas institucionais relacionadas à identificação correta dos pacientes;
2. administração e guarda segura dos medicamentos;
3. segurança dos procedimentos cirúrgicos;
4. prevenção de quedas;
5. prevenção de úlceras por pressão;
6. registros adequados e seguros nos prontuários dos pacientes;
7. higienização das mãos;
8. prevenção de infecções; e
9. gerenciamento dos resíduos de saúde;

VI - critério adicional VI:

a) rotinas operacionais, fluxos e resultados das ações em vigilância epidemiológica e controle de infecções no estabelecimento hospitalar, conforme legislação vigente;

b) rotinas operacionais das áreas de hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância, padronização de medicamentos e avaliação de tecnologias em saúde (ATS) ou relatório da gerência de risco do hospital; e

c) rotinas operacionais das áreas de vigilância em saúde do trabalhador;

VII - critério adicional VII: relação dos programas institucionais de desenvolvimento de recursos humanos e de educação permanente, descrevendo o setor responsável no estabelecimento hospitalar ou na IES com relatório de ações anteriores com proposta para o exercício vigente, incluindo a relação nominal dos participantes;

VIII - critério adicional VIII: Relatório emitido pela direção com análise crítica dos resultados dos indicadores de gestão adotados no hospital e relatório gerencial sobre o comportamento dos programas institucionais direcionados para a qualidade hospitalar; e

IX - critério adicional IX: regimento interno com descrição do organograma do hospital, lista dos constituintes de seus colegiados gestores e atas das cinco últimas reuniões. Parágrafo único. Caso julgue necessário e pertinente, a Comissão Interministerial de Certificação solicitará outros documentos necessários à comprovação dos requisitos gerais, específicos dos critérios para a classificação segundo a tipologia do HE e dos critérios adicionais.

CHECKLIST PARA IMPLANTAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO NO HERSO PROPOSTA PELA GESTÃO DO ICEM:

1. Levantar todos os documentos necessários para busca da certificação
2. Produzir as documentos possíveis ao atendimento
3. Validar todo os documentos produzidos e dispor para o setor de qualidade divulgar;
4. Programar treinamento da equipe envolvida a execução das atividade apelo departamento do DEPE;
5. Certificar a equipe treinada pelo DEPE;
6. Monitorar a execução dos documentos e fluxos com indicadores de qualidade validados pela "comissão de educação" que será implantada pela nova gestão composta por membros do RH, setor de qualidade e DEPE;
7. Com equipe treinada, documentos validados e indicadores alcançados em no mínimo 80% será solicitado pela gestora ICEM a certificação pela equipe do MEC;
8. Para a visita será garantido pela gestora todos os mecanismos necessários;
9. Em fase de existirem alguns ajustes e ou adequações apontados pelo órgão certificador, garantiremos a execução dos mesmos dentro dos prazos estabelecidos.

O ICEM tem o compromisso de valorizar e fomentar o ensino, pesquisa e extensão no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO para isso, garantirá com incrementos de estrutura tecnológica, RH e estrutura física para dar condições da certificação de HE

8 QUALIDADE SUBJETIVA

8.1 ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Paradigma

Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio, não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade".

É preciso restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e população. empenhando se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa. e: afirmação: de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

Tradicionalmente a noção de acolhimento no campo da sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável; ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos,

Ambas as noções têm sua importância, entretanto: quando tomadas. isoladamente os processos de trabalho em saúde se restringem ação e descomprometida com os processos de responsabilização de produção de vínculo. Neste funcionamento o objetivo principal é o repasse do problema tendo Como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra se daí a questão do acesso comumente trabalhado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco e agravo, o funcionamento de agendas restritivas dos profissionais de saúde funcionando a moda privada de clientela cativa e num modelo médico centrado, sem ação de vínculo e responsabilidade, principalmente num HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO de referência para Doenças.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa no qual a grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, arranjos desagregadores para suprir a falta de uma remuneração justa, a precarização da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de referência e contra referência

O que vemos é que este funcionamento tem produzido sofrimento e precarização da vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde,

A reversão deste processo nos convoca a acolher o desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida e traçar nestas a coprodução de compromissos singulares reativando o protagonismo dos sujeitos, usuários e profissionais de saúde. Não há como constituir se como sujeito e agir como tal, fora das estratégias de constituição das subjetividades que cada contexto oferece, o Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho.

Assim, o Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ações que devem ocorrer em todos os locais e momentos da Unidade.

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

Numa reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.

Em mudanças estruturais na forma de gestão da unidade ampliando: Os espaços democráticos de discussão/decisão, os espaços de escuta, as trocas e decisões coletivas.

Uma postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades dê saúde. trazidas pelo usuário.

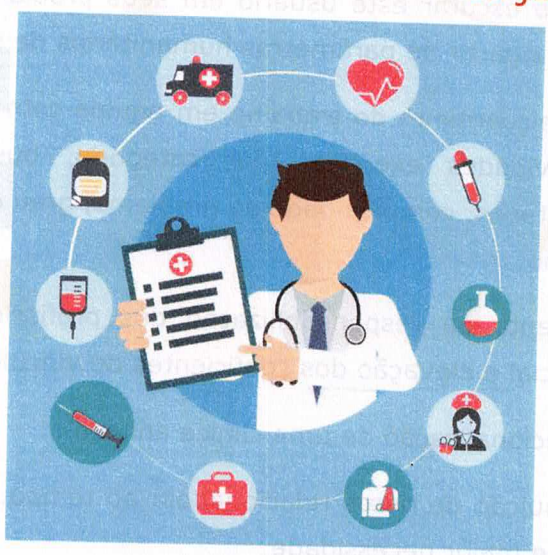
Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, deverão ser acolhidas por profissionais capacitados. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

Neste funcionamento o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e capilariza se em inúmeras outras ações, que partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e do sujeito demandante, possibilita analisar:

- A adequação da área física.
- As formas de organização dos serviços de saúde.
- A governabilidade das equipes locais.
- A humanização das relações em serviço.
- Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.
- O ato da escuta.
- O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.
- O Acolhimento como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e produção de saúde.
- O Acolhimento como dispositivo tecno assistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessibilidade. Tais indagações, quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência e a "si" como profissional de saúde objetivam:

- A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada.
- A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários em relação a forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por categoria, buscando o atendimento por tipos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde, em seu contexto existencial e elevação dos coeficientes de vínculo e confiança entre eles.
- A operacionalização de uma clínica afiliada .
- A diminuição de riscos relacionados: ao tempo. do atendimento na intervenção em casos de maior necessidade.
- O aumento da satisfação do paciente.

8.1.1 Manual Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários e Acompanhantes na Emergência conforme de Classificação de Risco



8.1.1.1 Manual de Recepção e Orientação Social Para Pacientes e Familiares

Além da recepção cordial, das instruções verbais, dos eventuais esclarecimentos de dúvidas, também verbais, o paciente e acompanhante receberão um manual para orientação como a seguir:

"Prezado(a) Paciente",

Esperamos que sua estada conosco seja breve e que tenha pronta recuperação. A finalidade deste manual é procurar orientá-lo e ao seu acompanhante sobre as rotinas da Unidade Assistencial de Saúde, dos procedimentos habituais e dos serviços disponíveis, para seu conforto e segurança durante sua permanência conosco.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

O paciente em sua unidade saúde, após atendimento terá sua solicitação, e devidas documentações emitidas, será disponibilizado no sistema de regulação,

O HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO de acordo com seu fluxo de atendimento estabelecido, abre atendimento ao paciente;

A equipe entra em contato, ou via sistema on-line, o paciente agenda seu atendimento;

A equipe entra em contato confirma os dados, do paciente, confirma tipo de atendimento que será disponibilizado, informa, quando for caso do transporte gratuito de pacientes dos municípios da macrorregião atendida, bem como data horários e aspectos prévios necessários a serem seguidos pelo paciente, para atendimento de consultas, exames, tratamentos terapêuticos e/ou cirurgias de pequeno porte, quando este for o caso. A equipe informa ainda os canais, telefone, internet sistema, email, para dirimir qualquer duvida do paciente, informará como está estruturado o funcionamento do setor que o paciente terá acesso.

O paciente chega à Unidade.

O paciente ou acompanhante dirige se a recepção.

O Auxiliar Administrativo da recepção realiza o cadastro dos dados de identificação do paciente no sistema, imprime o citado documento, e entrega ao paciente/ acompanhante e solicita que o paciente se dirija ao Acolhimento.

O enfermeiro realiza o Histórico de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco) com o apoio do Técnico de Enfermagem.

Nota 01: Os pacientes com dificuldade de locomoção deverão dirigir se ao consultório de Enfermagem enquanto o acompanhante providencia o cadastro dos dados de identificação do mesmo.

A classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou. testemunhas)
- Uso de medicações.
- Verificação de sinais vitais.
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.
- O enfermeiro encaminha pacientes de acordo com o grau de necessidade e temp terapêutico.
- O médico realiza a história da doença.
- O médico registra a hipótese diagnóstica
- O médico solicita exames quando necessário.
- O médico define a conduta médica.
- O enfermeiro evolui o paciente, apraza as medicações e presta os cuidados de enfermagem necessários com o apoio do técnico ou auxiliar de enfermagem.
- O médico reavalia o paciente e atesta a sua alta conforme condições clínicas.

RESPONSABILIDADES

Auxiliar Administrativo da recepção:

- Coletar dados para cadastro elou identificação,
- Imprimir o Formulário de Atendimento.
- Orientar o paciente/ acompanhante a dirigir se ao Acolhimento.

Equipe de Enfermagem:

- Realizar o Histórico de Enfermagem.
- Realizar o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco).

- Realizar a Evolução de Enfermagem.
- Realizar as anotações dos cuidados prestados ao paciente.
- Viabilizar exames e procedimentos.
- Orientar a alta ambulatorial.

Equipe Médica

- Levantamento da História da Doença.
- Realizar a Hipótese Diagnostica.
- Solicitar exames quando necessário.
- Definir a conduta médica.
- Reavaliar a conduta estabelecida e evolução do paciente.
- Atestar a alta ambulatorial

Serviço Social

- Esclarecer e orientar os pacientes/acompanhantes sobre seus direitos.
- Orientar os pacientes/acompanhantes sobre as normas e rotinas da instituição.
- Viabilizar a realização de exame.
- Solicitar ambulância para transporte dos pacientes.
- Apoiar e acolher os familiares.
- Segue abaixo o fluxo do pronto atendimento:

ATENDIMENTO MÉDICO E ENFERMAGEM

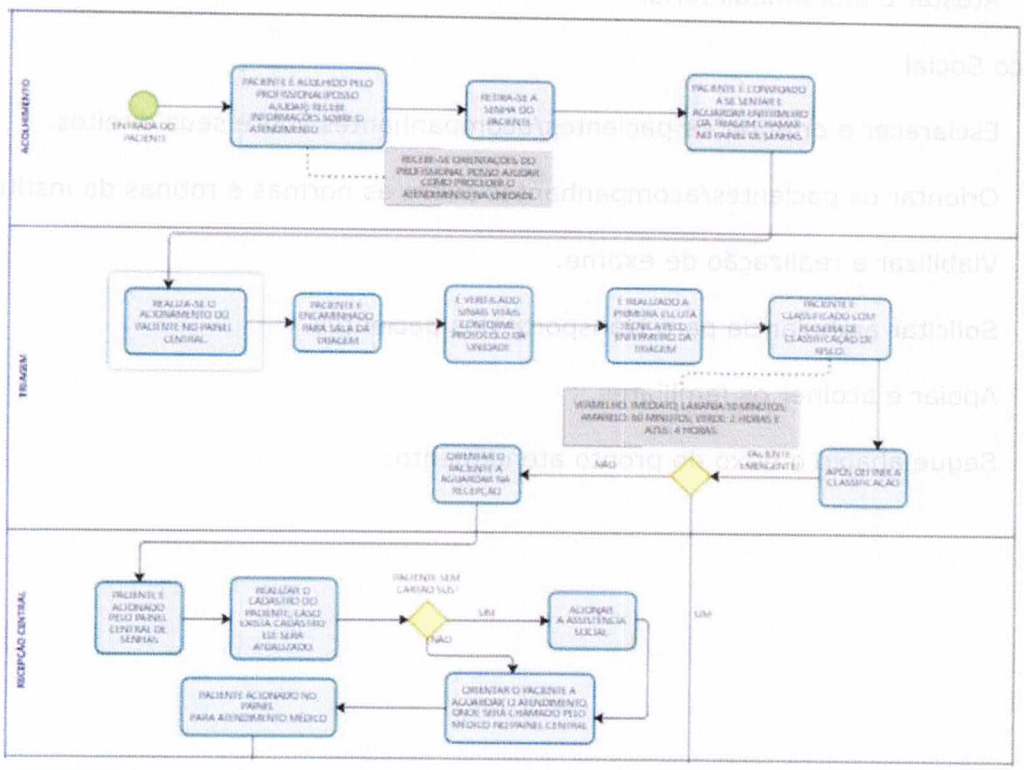
O paciente terá assistência permanente dos médicos plantonistas, para eventuais intercorrências.

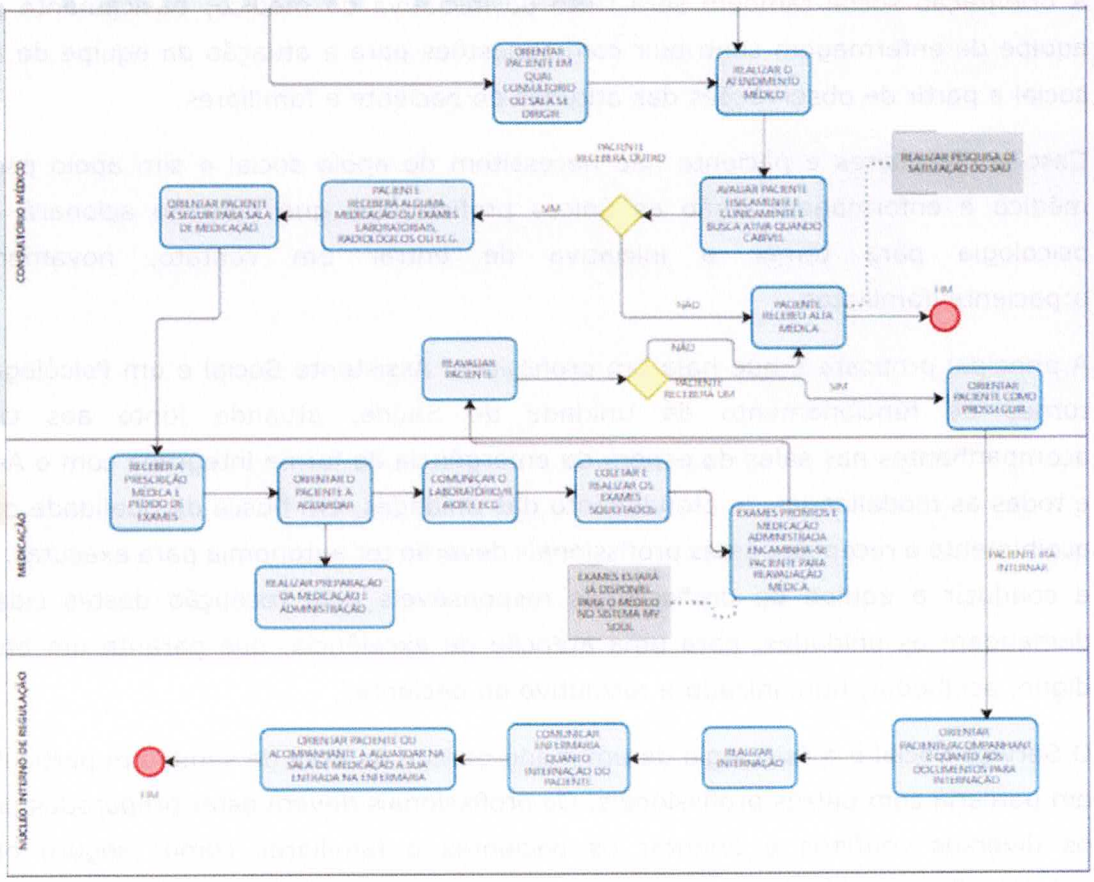
A Divisão de Enfermagem da Unidade manterá, nas enfermeiras, técnicos de enfermagem que atuam e prestam cuidados aos pacientes durante 24 horas (7h00 às 07h00) de segunda a segunda - feira de forma ininterrupta.

Os cuidados de Enfermagem serão prescritos pela enfermeira, que além de desenvolver planos de assistência individualizada será também, responsável pela execução da prescrição médica.

É vedada a interferência de acompanhantes/visitantes na assistência e na enfermagem do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

Segue abaixo o fluxo do atendimento:





ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES

Os critérios para eleger o usuário e os familiares para apoio psicológico e assistência social serão definidos pelo médico responsável pelo caso, sendo informado ao Diretor Técnico quando houver dúvidas sobre o procedimento a ser adotado.

A definição do atendimento psicossocial ao usuário e familiares será formada por meio de iniciativa do médico responsável pelo paciente ou a partir de Sugestão orientação da enfermagem, que são os profissionais que estão intimamente envolvidos com o .paciente e familiares e podem avaliar com mais exatidão a necessidade de tal tipo de apoio psicológico.

A orientação social também será fruto da iniciativa do médico; basicamente podendo a equipe de enfermagem contribuir com sugestões para a atuação da equipe de assistência social a partir de observações das atitudes do paciente e familiares.

Caso os familiares e paciente não necessitem de apoio social e sim apoio psicológico o médico e enfermagem serão os únicos profissionais que poderão acionará a área de psicologia para tomar a iniciativa de entrar em contato, novamente, Com o:pacientevfamiiiates,

A principal proposta é que haja um profissional Assistente Social e um Psicólogo todos o turnos de funcionamento da Unidade de Saúde, atuando junto aos cidadãos e acompanhantes nas salas de espera da emergência de forma integrada com o Ambulatório e todas as modalidades de atendimento das unidades, em busca de qualidade da atenção, acolhimento e recepção. Estes profissionais deverão ter autonomia para executar, coordenar e conduzir a equipe de profissionais responsáveis pela recepção destes cidadãos que demandam as unidades, para uma atenção de excelência, que garanta um atendimento digno, acolhedor, humanizado e resolutivo ao paciente.

O Serviço Social e a Psicologia de um modo geral e na área da saúde em particular, atuam em parceria com outros profissionais. Os profissionais devem estar preparados para tender os diversos conflitos e orientar os pacientes e familiares como: seguro obrigatório, indenização de acidente de trabalho, encaminhamento, localização de familiares, trabalho em rede com instituições, ou mesmo atuar como retaguarda médica social nos casos de moradia inadequada ou residências distantes, tudo de acordo com a necessidad apresentada pelos pacientes.

A atuação do psicólogo abrange a assistência psicológica aos pacientes/familiares, em situações de crise e em emergência, pelo apoio e orientação e pelas psicoterapias breves, inclui também a interação em outras situações e oportunidades e o desenvolvimento de uma comunicação própria com os usuários, isto favorece a prevenção, evitando o agravamento e a permanência de determinados problemas que venham a interferir na interação com os demais profissionais e refletir na adesão tratamento

Estas serão as principais atividades desenvolvidas pelo apoio psicossocial nas unidades de saúde, ambulatórios:

Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas), humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seu acompanhante.

Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo.

Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos [acompanhantes.

Trabalhar junto ao cidadão/ acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco, no sentido de salvar vidas.

Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes,

Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes.

Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pelo agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente, durante sua permanência na Unidade de Saúde.

Visitar pacientes das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e psicológicos com fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas da Unidade.

Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros.

Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade de saúde.

Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica).

Contatar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes.

Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral.

Fornecer assistência psicológica aos familiares em caso dê óbito.

Convocar o paciente para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento.

Contatar por telefone elou telegrama a alteração de datas de agendamento de consultas.

Orientar os familiares elou paciente sobre a importância e necessidade de doação de sangue.

Inserir usuários especiais ria rotina, após a avaliação do caso.

Trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, ;riscos e agravos para o tratamento médico.

Reforçar a importância de campanhas e multidões que a unidade de saúde realizar.

Executar demais atividades afins,

Para melhor desempenho do trabalho faz se necessário: que o profissional de Serviço Social tenha como perfil:

Ser dinâmico/ proativo. Ter boa aparência.

Ser resolutivo/ser pontual.

Ser educado/ Simpático/ Receptivo

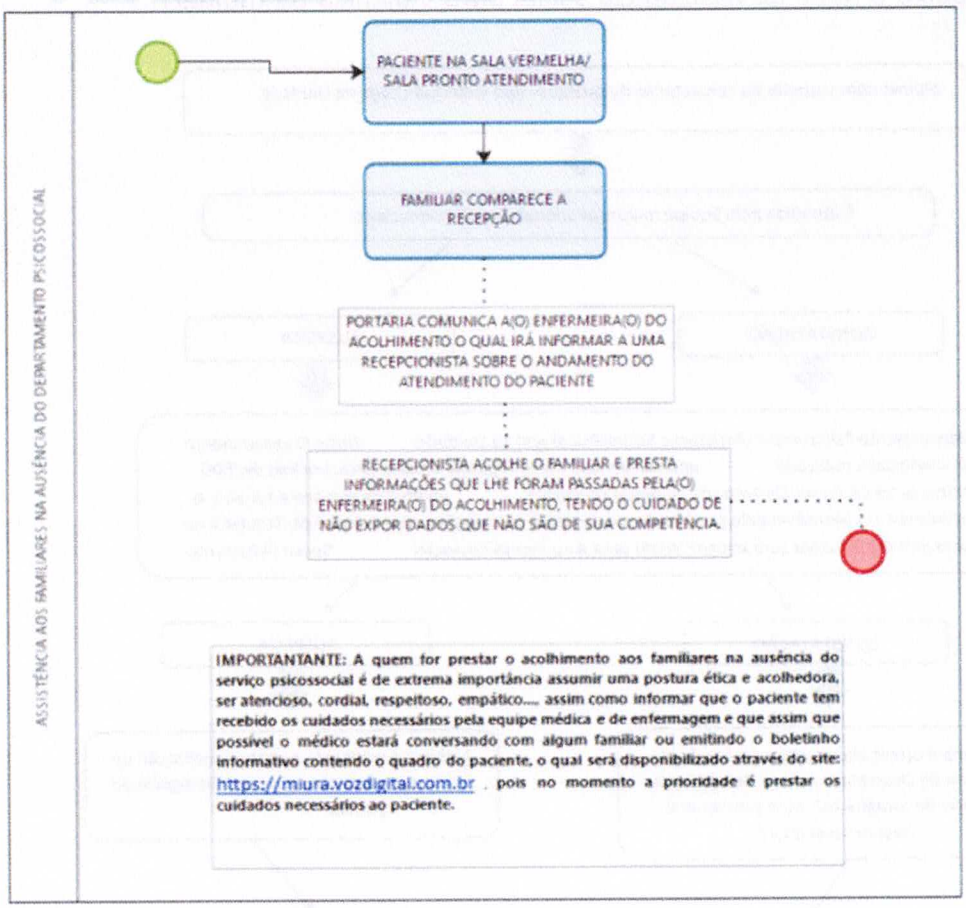
Saber fazer abordagem de forma adequada.

Ter pontualidade

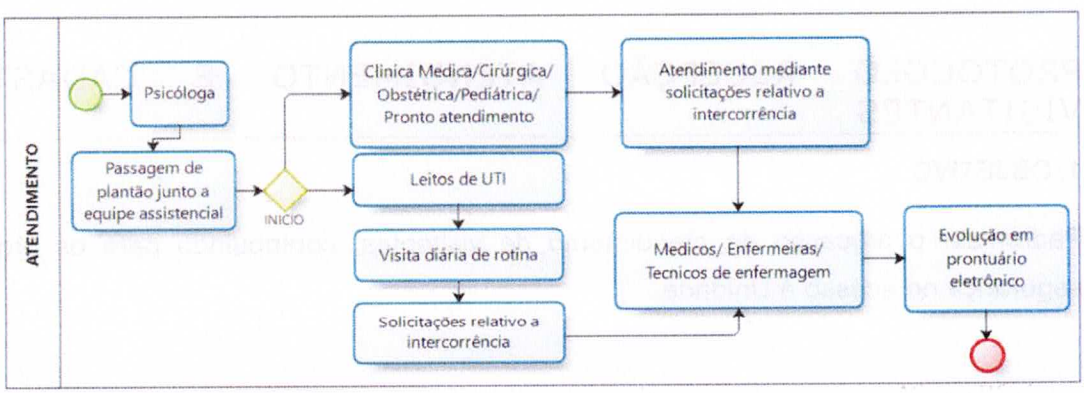
Ser articulador (articular a equipe para soluções de problemas)

• Ser acolhedor (visão humanizada).

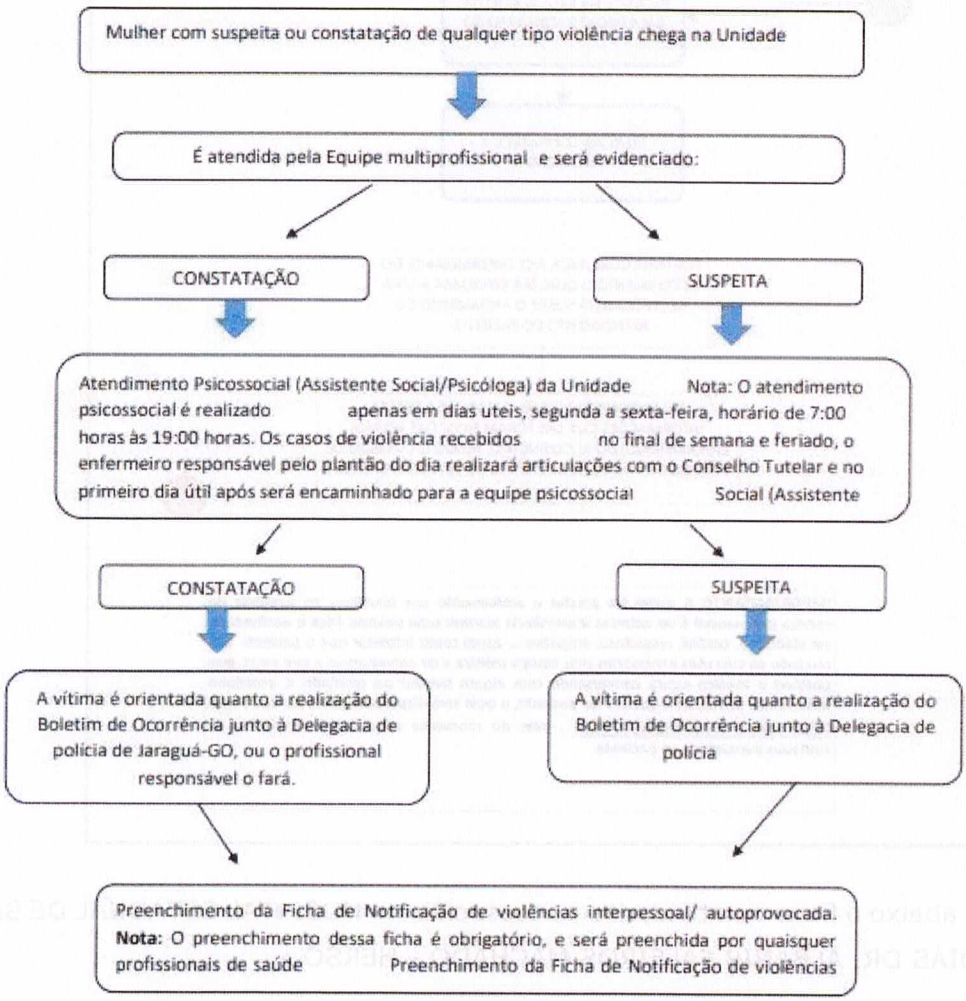
Segue abaixo o fluxo de assistencia psicossocial na ausência do departamento psissocial:



Segue abaixo o fluxo de atividades psicossociais no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO :



Segue abaixo o fluxo de assistência social para violência da mulher:



PROTOCOLO RECEPÇÃO ATENDIMENTO E CADASTRO E VISITANTES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento de visitantes, contribuindo para os protocolos de segurança no acesso à Unidade.

2. DEFINIÇÕES

Não Aplicável.

3. SIGLAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

MV PORTARIA

GTAE – Grupo Tático de Ações e Escolta

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

4. APLICAÇÃO

Recepção Social

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Entrega de senhas	Agente Executor
	Receber o visitante cumprimentando-o gentilmente e com presteza, falando em tom audível e compreensível, sempre utilizando o tratamento Senhor (a).	"Posso Ajudar" Ambulatorial
2	Retirar a senha para atendimento à Visitante e orientá-lo a aguardar sempre que possível sentado, para chamada pelo painel de senhas. Visitantes à pacientes em UTI's deverão ser orientados que não necessitam de senha, e aguardar sempre que possível, sentado para chamada conforme UTI para seu atendimento e identificação.	"Posso Ajudar" Ambulatorial
N°	Atendimento e Cadastro de Visitantes	Agente Executor

1	Receber o visitante cumprimentando-o gentilmente e com presteza, falando em tom audível e compreensível e sempre utilizando o tratamento Senhor (a).	Recepcionista
2	Recolher a senha, e identificar o motivo da visita, se administrativa ou à pacientes.	Recepcionista
3	Solicitar documento pessoal de identificação, com foto. É obrigatória apresentação, verificar se já existe cadastro no nome do visitante, se negativo proceder com o mesmo, caso tenha, conferir número de documento de identificação.	Recepcionista
4	Visitantes Administrativos (Externos, Colaboradores): Ao identificar qual o setor a ser visitado, entrar em contato para informar sobre a solicitação de ingresso, e buscar autorização para tal liberação. Realizar o cadastro no MVPORTARIA, informando obrigatoriamente o nome de quem autorizou a entrada. Imprimir a pulseira de identificação de cor CINZA, orientando-o a anexá-la na altura do peito no lado esquerdo, e que faça uso da mesma, durante todo seu tempo de permanência na Unidade, entregando-a ao vigilante na sua saída.	Informação
5	Visitantes à Pacientes Internados em Enfermarias e UTI's: Sendo permitida a entrada de 1 visitante por dia, tendo a visita a duração de 30 minutos. As visitas à pacientes nas Enfermarias acontecem as 3ª, 5ª e Sábados nos seguintes horários: Enfermarias 15h30min às 16H30 As visitas à pacientes em UTI's ocorrem de 2ª a 6ª nos seguintes horários:	Informação

	Visitantes à Pacientes Internados em UTI's UTI's: Das 14h30min às 15h00min Visitas Religiosas: São permitidas de Segunda à Sexta: 17h00min. Finais de Semana: 14h00min. A identificação do visitante religioso ocorrerá mediante apresentação de documento próprio de identificação e da instituição religiosa; exceções em caso iminente de morte, a Coordenação do andar deverá ser comunicada se o mesmo não apresentar o documento da instituição religiosa. O visitante deverá aguardar a liberação da equipe médica; e/ou assistencial para ingresso. Registrar a entrada no MVPORTARIA, imprimindo a pulseira de identificação de cor CINZA e orientando a inseri-la conforme protocolo	
6	Realizar a chamada para os visitantes das UTI's as 14h00min.	Recepcionista
47	Orientar e auxiliar os visitantes a dirigirem-se ordeiramente em fila aos guichês 1 e 2 com o documento de identificação em mãos.	Recepcionista "Posso Ajudar"
18	Realizar o cadastro no MVPORTARIA, imprimir a pulseira de identificação de cor cinza, entregá-la orientando que a insira no punho do membro superior direito, e na impossibilidade deste, no esquerdo, e que aguarde pelo acolhimento do serviço de Psicologia, orientado que ao término da visita, entregue sua pulseira de identificação ao vigilante.	Recepcionista

Nº	Restrições de visitas	Agente Executor
1	Identificar através de informativo emitido pelas Gerências e Coordenações, as restrições de visitas à pacientes ou áreas administrativas, acionando imediatamente a Supervisão de Recepção e Apoio Operacional, caso haja intercorrências quanto a restrição. Visitas ao paciente apenado internado em leito de carceragem, só será permitida para o seu advogado após a apresentação do documento de autorização emitido pelo GTAE, e apresentação do documento de identificação com foto (Carteira OAB - Obrigatória a apresentação). Informar ao agente da carceragem, sobre a visita ao paciente apenado, informando o nome do visitante. Pacientes com mandado de prisão em aberto ou sob investigação, a visita pelo agente da Polícia Civil, será permitida após a apresentação de sua identidade funcional, pois este na maioria das vezes apresenta-se descaracterizado. Já para o agente da Polícia Militar fardado e em serviço, sua liberação é livre de identificação.	Recepcionista

6. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Queda do sistema.	Os atendimentos serão realizados conforme os planos de contingência, que se apresentam sob forma de formulários a serem preenchidos, que se encontram em pasta acessível para os colaboradores. Após o restabelecimento do

	sistema, os dados deverão ser registrados no MVPORTARIA de forma fidedigna. Para visitantes externos, à pulseira de identificação, será anexada etiqueta com os seguintes descritores: NOME COMPLETO, SETOR A SER VISITADO, DATA DE ENTRADA. Já para visitantes à pacientes internados: NOME COMPLETO, NOME DO PACIENTE, Nº DO LEITO, DATA E HORA DA ENTRADA.
Queda de energia.	Os atendimentos serão realizados conforme os planos de contingência., que se apresentam sob forma de formulários a serem preenchidos, que se encontram em pasta acessível para os colaboradores Após o restabelecimento da energia, os dados deverão ser registrados no sistema MVPORTARIA de forma fidedigna. A pulseira de identificação será preenchida de forma manual em letra de forma maiúscula contendo os seguintes descritores: NOME COMPLETO, SETOR A SER VISITADO, DATA DE ENTRADA. Já para visitantes à pacientes internados: NOME COMPLETO, NOME DO PACIENTE, Nº DO LEITO, DATA E HORA DA ENTRADA.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

8. ANEXOS

Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

PROTOCOLO ORIENTAÇÕES AOS ACOMPANHANTES NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

1. APRESENTAÇÃO:

- Em resposta à pandemia do novo Coronavírus – COVID – 19 – em 03 de fevereiro de 2020 o governo brasileiro o Ministério da Saúde, declarou estado de Emergência de Saúde Pública e Importância Nacional (ESPIN) e, nos termos de Plano Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID – 19) e considerando-se:

- as Recomendações para acompanhantes e/ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante pandemia de covid-19 (M.S., BRASIL, 2020);

- a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 - Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2);

O HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO institui normativa para acompanhantes e visitantes de pacientes internados nesse hospital.

As seguintes orientações têm efeito imediato como medidas de prevenção.

OBJETIVOS:

Reduzir a circulação de pessoas, durante visitas e acompanhamento de pacientes;

Evitar aglomeração de pessoas;

Garantir a segurança dos pacientes, da população e dos profissionais.

ABRANGÊNCIA E APLICAÇÃO:

Unidades de internação, emergências, exceto Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivo Neonatais. Acompanhantes de pacientes internados

ACOMPANHANTES:

É autorizada a permanência de 01 (um) acompanhante **apenas** para pacientes:

1) com 60 anos de idade ou mais (conforme o Estatuto do Idoso- Lei 10741/03 art. 16); devido ao contexto da pandemia, **desde que apresente dependência.**
2) portadores de necessidades especiais;
3) no pré-parto (indução e trabalho de parto), parto, pós-parto imediato, podendo acompanhar a puérpera até o Alojamento Conjunto, quando deverá sair do hospital. O acompanhante deve residir no mesmo domicílio da paciente (Ofício-Circular – SEI no. 17/2020/SUPRIN/HUUFSC-EBSERH).
4) menores de 18 anos (o acompanhante deverá ser pai, mãe ou o responsável);

Em casos de pacientes que não atenderem os critérios acima definidos, mas que a equipe assistente considere necessária a presença de um acompanhante (como pacientes com extrema dependência, doença psiquiátrica grave ou sofrimento emocional agudo, risco de suicídio, iminência de óbito) poderá ser liberada a presença de acompanhante. A equipe deverá registrar em prontuário e o enfermeiro de turno deve enviar email para o Serviço de

Controle de Infecção Hospitalar: scih@hospitalGOIÂNIA.org.br contendo o nome do paciente, quarto, leito, motivos da necessidade de acompanhante e o nome dos profissionais da equipe que autorizou.

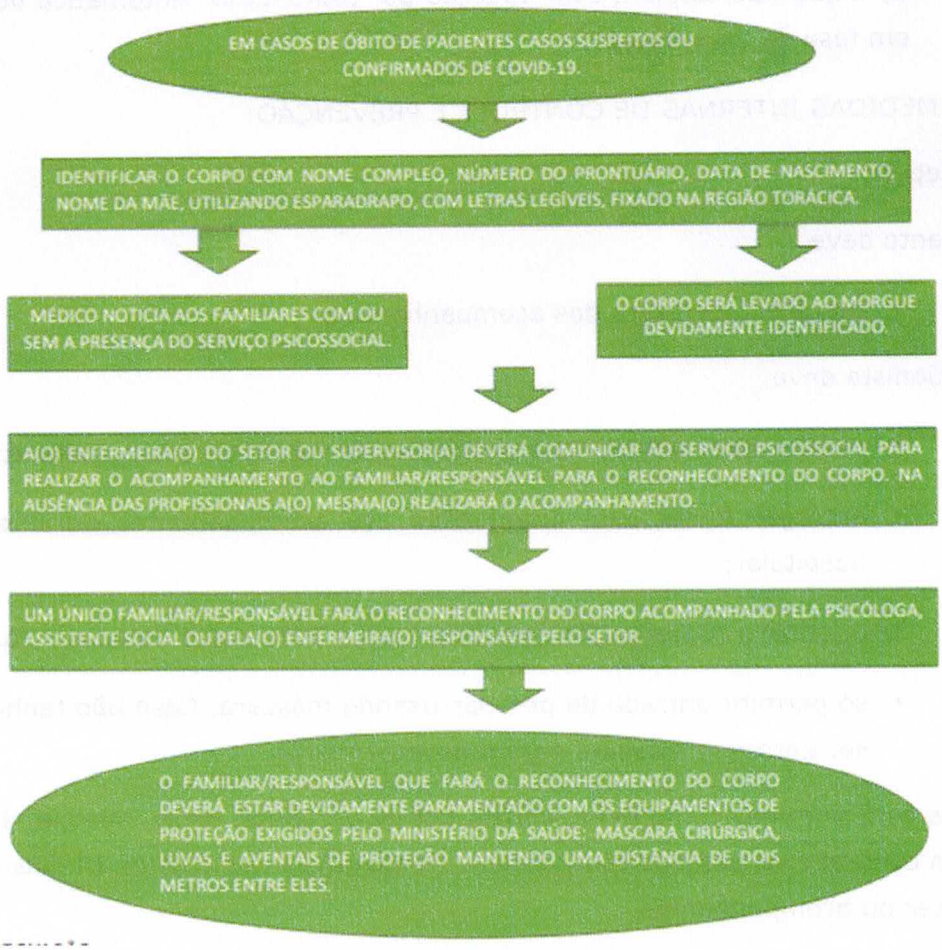
A autorização de acompanhante deve ser assinada pelo enfermeiro do turno.

A necessidade da permanência de acompanhante deve ser diariamente reavaliada.

Os profissionais de saúde devem estar alertas para identificar casos suspeitos da COVID19 entre os acompanhantes.

A troca de acompanhantes deverá ser realizada no mínimo a cada 12h;

Segue abaixo o fluxo de reconhecimento de corpo em casos suspeitos ou confirmados pela COVID-19:



As seguintes pessoas poderão ser acompanhantes:

1) Com idade entre 18 a 59 anos;

2) que não sejam portadoras de doenças crônicas consideradas de risco (ex. HAS, DM);

3) que estejam bem de saúde, sem sintomas como coriza, dor de garganta, tosse, febre, dor no corpo ou diarreia.

4) que não tenham tido contato próximo com pessoas com síndrome gripal ou infecção comprovada por SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias.

5) que não estejam com infecção por SARS-CoV2 sintomática ou assintomática em fase de transmissão.

3. MEDIDAS INTERNAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO:

Na recepção.

O vigilante deve:

- medir temperatura dos acompanhantes;

Recepcionista deve:

- solicitar preenchimento e assinatura do termo do acompanhante;
- entregar folder com orientações aos acompanhantes durante a internação hospitalar;
- orientar a higienização com álcool gel a 70% antes de entrar no hospital;
- só permitir entrada de pessoas usando máscara. Caso não tenha trazido, deve ser entregue máscara para o acompanhante.

Pessoas com sintomas como febre, coriza, dor de garganta, tosse, mialgia, diarréia; ou que tiveram contato com pessoas com suspeita de COVID19 nos últimos 14 dias não podem ser visitantes ou acompanhantes.

Os acompanhantes deverão cumprir o Decreto Municipal Nº 21519 DE 29/04/2020, qu torna OBRIGATÓRIA a utilização de máscaras **durante toda a permanência no hospital**. Acompanhantes que não aceitem usar máscara durante a internação devem ser **proibido**s de permanecer no hospital.

Na unidade de internação:

O acompanhante deve ser orientado a:

- realizar higiene das mãos com álcool gel ou água e sabão antes e depois de tocar no paciente, leito ou áreas próximas do paciente.

- informar imediatamente um profissional da equipe de saúde da unidade caso desenvolva sintomas.
- permanecer junto do leito de seu familiar; não se aproximar de outros leitos e não ter contato físico com outros pacientes ou acompanhantes;
- não circular pelas dependências do hospital; permanecer o menor tempo possível em áreas comuns, como refeitório, lanchonetes, etc.
- manter os cuidados de higiene, unhas curtas, não usar adornos (brincos, anel, pulseira, colar, etc), manter cabelos presos;
- evitar trazer SAUolas e bolsas; se limitar ao mínimo necessário de pertences;
- evitar aglomeração nas salas de recepção, nos corredores e nos quartos, respeitando a distância de 1 metro e meio entre as pessoas;
- Não sair do quarto, como para receber visitas na área externa do hospitalar;
- Higienizar o celular com produto de desinfecção disponibilizado pela instituição.

Quando houver necessidade de entrega de pertences dos pacientes internados sem acompanhantes, a mesma deve ocorrer preferencialmente no período das 11 às 16:45h. O técnico em secretariado ou um profissional da equipe de enfermagem da unidade assistencial **deve buscar os pertences na recepção de visitas**. Em hipótese alguma os pertences poderão ser deixados na recepção. O familiar deve aguardar que algum profissional da unidade possa retirar. A entrega dos pertences ao paciente será realizada diretamente pela equipe de enfermagem da unidade após higienização dos mesmos.

Qualquer dúvida, entrar em contato com enfermeiro do setor e/ou Chefe de Unidade.

Ao comparecer para consultas e exames, não trazer crianças para o âmbito hospitalar (ambulatórios, salas de recepção);

Não será permitido acompanhantes e/ou visitantes com quadro de infecção de vias aéreas superiores ou outra infecção.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

7. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS: (2019-nCoV). 1 ed. Brasil, 2020. 30 p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020: Orientações para a prevenção da transmissão de covid-19 dentro dos serviços de saúde. (08/05/2020). BR,2020. 33 p

8.1.2 Proposta e Metodologia e Instrução cor definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários

8.1.2.1 Introdução

O gerenciamento de risco consiste em medidas de controle e prevenção para evitar e reduzir a probabilidade de uma situação de perigo ou erro acontecer. Em instituições de saúde, uma falha pode levar a severas complicações ou até mesmo a morte do paciente. Na área da saúde, o gerenciamento de riscos tem a finalidade de implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais para garantir eficácia e eficiência operacional e oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente .

A Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de- fine gestão de riscos da seguinte forma: *"(...)aplicação sistêmica* e *continua de políticas,* procedimentos, con*dutas* e recurs*na identificação, análise, avaliação, comunicação* e controle *de* riscos e *eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana , a* integri*dade profissional,* o meio *ambiente* e *a imagem* insti*tucional",* sendo esta uma definição importante a ser seguida no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

A segurança assistencial é premissa no atendimento à saúde, fator este que faz com que o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO esteja preparado para receber o paciente, seus acompanhantes, familiares e visitantes com segurança, desde a emergência até as consultas ambulatoriais, realização de exames, procedimentos, tratamentos terapêuticos e

cirurgias. É muito importante que a família saiba como proceder durante a visitação ao ambiente hospitalar a fim de evitar exposições e de correr riscos desnecessários.

Para bem atender os visitantes/acompanhantes no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, na medida das possibilidades da estrutura física disponível para a(s) recepção(ões), buscar-se-á separar espaços para receber os visitantes/acompanhantes ,onde os mesmos poderão receber as devidas orientações de segurança para si e para os pacientes visitados. Os ambientes serão mantidos arejados ao máximo possível, de forma que possibilite circulação de ar natural e serão demarcados visualmente para evitar o contato próximo entre as pessoas, principal- mente nas salas de espera, elevadores, cadeiras e nos balcões. A rotina de higienização e limpeza dos espaços, mobiliários e equipamentos seguirá protocolos institucionais rigorosos.

Outra questão fundamental a ser considerada são as orientações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, o qual exercerá vigilância constante em todas as áreas a fim de controlar impedir ou minimizar a transmissão de infecção no hospital.

8.1.2.2 Prevenção de riscos

As principais ações que serão empregadas na prevenção de riscos no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , estão ligadas às questões de:

- Identificação das demandas que exponham a instituição, seus funcionários e seus usuários bem como a identificação das medidas de solução;
- Análise contínua dos processos de trabalho;
- Implantação de processos e procedimentos bem definidos, envolvendo a equipe multiprofissional tanto na construção quanto na capa citação , divulgação e cumprimento dos mesmos;
- Acompanhamento das ações, normas, rotinas e procedimentos, buscando a melhoria contínua dos processos;

- Internação do paciente pelo menor período possível;
- Registro e organização rigorosos da documentação;
- Comunicação institucional acessível e resolutiva;
- Controle e avaliação periódica dos processos de trabalho.

Serão elaborados, implantados e divulgados ampla- mente protocolos e fluxos que contenham as orientações que acolham e protejam os usuários internos e externos de qualquer risco no ambiente hospitalar.

De modo especial, considerando as experiências, ainda em andamento, relacionadas à pandemia COVID-19, protocolos rigorosos serão instituídos e seguidos, garantindo, assim, a segurança geral que envolve a equipe, os pacientes, seus familiares, acompanhantes e visitantes (este último, de acordo com as possibilidades orientadas pelos órgãos responsáveis pelo combate e prevenção da disseminação do SARS--*CoV*-2, no Brasil).

De forma singular e humanizada, um programa especial de visitação de irmãos será proposto para os pacientes da UTI neonatal e pediátrica, mediante a rigoroso acompanhamento pela equipe de Psicologia do Hospital. Neste caso, as visitas são agendadas e durarão cerca de15 minutos. Antes de entrar na UTI, o visitante infantil é atendido pelo serviço de psicologia e se prepara para a visita, fazendo um desenho ou um presente para o(a) irmão(ã) internado, por exemplo. Ao final, novamente terá outro momento com a equipe de Psicologia. Não há idade mínima para participação deste programa.

8.1.2.3 Prevenção e controle de riscos relacionados aos usuários

Dentre as ações que serão cumpridas no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO como medida de controlar e evitar riscos aos visitantes, acompanhantes e pacientes, destaca-se:

- Cadastro de todos os visitantes (familiares
- de pacientes, fornecedores, profissionais, religiosos, acompanhantes e outros usuários do Hospital no sistema de informação hospitalar;

- Implantação de sistema de vigilância por câmeras;
- Ajuste do tempo ideal entre um atendimento e outro (para os atendimentos agendados como consultas, exames , cirurgias e internações eletivas);
- Demarcação das áreas com circulação ou permanência restrita;
- Implantação de sistema de sinalização de solo (ou de parede) a fim de facilitar o trânsito do acompanhante/visitante dentro do hospital, contemplando estratégia de identificação das cores para daltônicos;
- Orientação constante quantos às regras **institucionais em todos os pontos** estratégicos do hospital;
- Disponibilização de profissional "posso *ajudar?*" para esclarecer e orientar qualquer dúvida dos visitantes/acompanhantes garantindo a transparênciaquanto às medidas de proteção e segurança, detalhando as diretrizes estabelecidas para manter o mandamento maior: a preservação da vida!

Os principais resultados que se espera com a adoção dos critérios e medidas de controle de risco para visitantes e acompanhantes no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO são:

- Redução e/ou eliminação da exposição dos visitantes/acompanhantes a situações que ofereçam qualquer tipo de risco;
- Aumento e melhoria contínua da qualidade do atendimento aos usuários visitantes; fortalecimento da imagem do hospital;
- Valorização e confiança nos serviços prestados;
- Prevenção de possíveis processos jurídicos e indenizações ;
- Redução de custos e economia no uso dos recursos;
- Tomada de decisão assertiva;
- Gestão proativa e preventiva; e
- Sustentabilidade institucional.

8.1.2.4 Instruções Para Visitantes E Acompanhantes De Pacientes Internados No Hospital

Para cumprir com as normas de controle de infecção, para o bom andamento do fluxo de visitantes/ acompanhantes e garantia de serviço de qualidade, seguem algumas instruções:

- Estabelecer o número mínimo de visitantes por paciente;
- Não visitar pacientes se estiver com alguma infecção (infecções respiratórias como gripes e resfriados, infecções de pele, conjuntivite, diarreia, vômito e outras doenças transmissíveis);
- Usar máscara de proteção fácil, obrigatoriamente. Caso o usuário, acompanhante e/ou visitante se esqueça, será oferecido este equipamento de proteção individual como forma de garantir a segurança de todos. Em casos em que haja indicação adicional de uso de avental e luvas, os visitantes/acompanhantes serão orientados pela equipe do Hospital.
- Visitar a pacientes internados nos isolamentos e UTis, requer orientações específicas que serão fornecidas pelos profissionais do **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.** Em situações especiais que visam a segurança do paciente e do visitante/acompanhante, as visitas poderão ser restringidas;
- Higienizar as mãos com água e sabão, ou álcool gel, antes e após contato com o paciente. Álcool em gel estará disponível em todos os pontos estratégicos do Hospital, afim de facilitar e garantir o seu uso;
- A aferição da temperatura será procedimento de rotina antes da entrada do visitante/acompanhante no hospital tanto no pronto socorro, quanto nas unidades ambulatorial e de internação. Protocolos nortearão as equipes quanto a conduta a ser seguida neste procedimento . Caso apresente aumento da temperatura ou algum sintoma que indique alteração doestado de saúde, este será conduzido a unidade de atendimento médico para avaliação e conduta.
- É obrigatória a identificação do visitante e acompanhante no sistema de informação hospitalar ;

- Informe-se antes de ir fazer a visita. Tenha os dados mínimos de identificação do paciente, pois, isso agilizará o procedimento de localização do paciente e evitará o risco de não o localizar no sistema de informação do Hospital.
- Use, sempre, a etiqueta fornecida na entrada do Hospital. É importante que o visitante seja identificado para que receba a devida atenção e que respeite os horários de entrada e saída das unidades de internação.
- Será orientado sobre a importância de se ter apenas um acompanhante por paciente nos serviços ambulatoriais, (salvo situações especiais), desde que esteja assintomático para qualquer doença, de modo especial as respiratórias.
- Flores não serão permitidas nas áreas de internação, pois, assim que começam a murchar , atraem mosquitos e outros insetos que podem incomodar o paciente. De preferência por outro presente, por exemplo, um livro.
- Ao visitar um paciente é preciso lembrar que ele está em recuperação e precisa descansar. Por isso, é importante ser breve, pois, pode evitar situações como a ansiedade, estresse, cansaço .
- Evite falar alto ou fazer barulhos desnecessários são cuidados importantes que o visitante precisa ter para não incomodar os pacientes . Se for possível, feche a porta do quarto, pois, evita exposição e estabelece privacidade .
- Evite dizer o que o paciente deve ou não fazer ou tomar. Experiência pessoal não são parâmetros de cuidado, pois, cada caso é único e só a equipe de saúde tem condições de avaliar o que deve ser feito. Dessa forma, evita-se interferência no tratamento e promove o reestabelecimento da saúde do paciente mais rápido.
- Seja positivo. Traga informações otimistas, pergunte como o paciente está, precisa de alguma coisa. Desta forma, estimula o processo de recuperação por parte do paciente e minimiza ou elimina sinais/ sintomas ou sentimentos depressivos.
- É permitida a visita de apenas um representante de segmentos religiosos por vez, desde que solicitado pelo paciente e/ou seu familiar e mediante contato prévio com o serviço de Capelania Hospitalar e uso de identificação fornecida pelo Hospital;

- É recomendável e preferível que visitantes e acompanhantes estejam na faixa etária de 18 a 59 anos e que estejam isentos de doenças agudas e/ou crônicas. Maiores de 60 anos devem estar acompanhados de um familiar.
- Não é permitida a entrada de rotina de menores para fins de visitação. No entanto, em situações especiais, considerando a individualidade de cada caso e os processos de humanização, a visita do(a) menor poderá ser autorizada, mediante autorização da equipe responsável pela assistência ao paciente.
- Objetos pessoais, principalmente de valor, não devem ser deixados nos aposento do paciente. O Hospital não se responsabiliza pela guarda dos mesmos.
- As roupas do paciente usadas no momento da internação, deverão ser levadas para casa, pois, não poderão ser lavadas nas dependências do Hospital.
- Visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente . Se for necessário, deverão ser fornecidas luvas e orientar higiene das mãos sempre que tocar o paciente.
- Vestir-se adequadamente Durante a visita. Não usar short, bermuda, chapéu, camiseta cavada, roupa transparente , calçados abertos e minissaia nas dependências do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO . As unhas devem estar aparadas e os cabelos devem ser mantidos presos.
- Em caso de situações espec1a1s, como a pandemia COVID-19, será estabelecido fluxo diferenciado para circulação de visitantes e acompanhantes no Hospital, e, de acordo com as orientações das autoridades sanitárias, se for necessário, as visitas serão suspensas.
- Importante : O HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO não repassará informações dos pacientes por telefone, salvo em condições especiais avaliadas pela equipe multiprofissional. Se necessário for, o familiar será contatado ;

AO VISITAR UM PACIENTE É PROIBIDO :

- Tirar fotos nas dependências do Hospital;
- Fumar nas dependências do Hospital, conforme Lei Federal nº 9.294 (15 de julho de 1996) e/ou estar alcoolizado;
- Entrada de menores (exceto em casos especiais, com autorização por escrito, da equipe que assiste ao paciente);
- Entrada de alimentos e medicamentos externos. Se for necessário, somente com autorização, por escrito, do enfermeiro (a) responsável pelo setor;
- Oferecer alimentos ao paciente sem autorização;
- Entrada de visitantes e acompanhantes com sintomas gripais , febre ou outra condição conhecida de fragilidade à saúde;
- Extrapolar o horário de visitas;
- Entrar com bolsas, capacetes , pacotes em todas as unidades de internação;
- Usar adornos (anéis, pulseiras, relógios, bonés, etc) em visita às UTIs;
- Ingressar com aparelho celular nas seguintes dependências: UTI, Pronto-Socorro, Raio-X e unidades de exames para evitar interferência dos equipamentos ;
- Transitar em quartos que não seja do paciente/familiar que veio visitar ;
- Sentar no leito do paciente , nem no leito que estiver desocupado;
- Solicitar pessoal da enfermagem e demais funcionários do Hospital para serviços que não sejam da competência dos mesmos;
- Entrar nos postos de Enfermagem na copa dos funcionários , nas rouparias ou qualquer outra unidade do Hospital. Mantenha -se sempre junto ao paciente que veio visitar/ acompanhar.
- Manusear por conta própria, material e equipamento que só podem ser operados por profissionais do hospital, treinados para este serviço, tais como: monitores , controles

de gotejamento de soluções e/ou medicamentos, registros de fluxo oxigênio e vácuo etc.;

- Entrar com ventiladores, circuladores de ar e/ou qualquer outro equipamento eletrônico sem a prévia autorização do enfermeiro responsável pela unidade.

Estas instruções estarão disponíveis nos canais de comunicação do Hospital juntamente com meios de contato (telefone , e-mail). Havendo situações que não foram contempladas nas instruções para o visitante/acompanhante , estas serão tratadas pontual- mente, de forma individualizada, por profissionais habilitados .

PROPOSTA DE HORÁRIOS DE VISITAS

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	HORARIO DE SEGUNDA-FERIA A DOMINGO	VISITANTES
CLÍNICA MÉDICA	14h às 15h	até 02 visitantes
CLÍNICA CIRÚRGICA	14h às 15h	até 02 visitantes
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	15h às 16h 11h as 12h (boletim médico) 20h as 21h (boletim médico) 11h as 12h (sábado)	01 visitante/ horário
ENFERMARIA	13hàs 14h 20hàs21h	01 visitante/ horário
PRONTO SOCORRO	15h às 16h	01 visitante/ horário
VISITA REGILIOSA	18h às 19h	01 visitante/ horário

8.1.3 Proposta para Implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH)

A proposta humanização está alicerçada no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH) e visa implantar rotinas para melhorar o atendimento e o trabalho dos profissionais da saúde em termos da humanização dos serviços prestados pela Unidade Assistencial de Saúde,

Em conformidade com o Manual de Humanização do Ministério: da Saúde, serão considerados os parâmetros de atendimento ao usuário e de condições de trabalho dos profissionais, para avaliação de ações que torne a Unidade Assistencial referência no Programa Nacional de Humanização da Assistência,

Com o objetivo de cuidar da dimensão humana foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH).

Os benefícios concretos do PNH alcançam a todos que dele participam:

Usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema hospitalar.

Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que o atendem não é apenas direito, mas etapa fundamental na conquista da cidadania.

Para o profissional de saúde, a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde,. pois não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e:, nele, se revalorize.

8.1.3.1 Objetivo Geral

Implantar o Acolhimento na Unidade de Saúde

8.1.3.2 Objetivos Específicos

- Redimensionar o papel dos profissionais da Unidade de Saúde na perspectiva do Acolhimento.
- Capacitar os funcionários que fazem parte da unidade de saúde, envolvendo os usuários no processo.
- Contribuir para uma melhor qualidade de atendimento e efetivação dos serviços.
- Um dos pilares que sustenta a estratégia do acolhimento é a relação entre os atores envolvidos e como compreender as percepções de trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde sobre o papel da comunicação no contexto do acolhimento.
- O acolhimento é uma abordagem prévia à clientela, melhorando e efetivando as consultas. É importante resolver o problema para facilitar e organizar o atendimento dos programas da unidade de saúde para satisfação dos profissionais de saúde e da comunidade.

Para tal fim o Instituto CEM parte dos seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim o serviço de saúde assume a sua função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar seu processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento ,. Que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo se a resolver seu problema de saúde.

- Qualificar a relação trabalhador usuário, que deve dar se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- Atender a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso diferenciado aos demais níveis de assistência.
- Comprometer se com a referência e contra referência, conforme as necessidades dos usuários.
- Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades dos pacientes.

8.1.3.3 Protocolo de Classificação de Risco

INTRODUÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, tendo por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

OBJETIVOS

- Ser instrumento capaz de acolher o paciente e garantir um melhor acesso aos serviços, de forma rápida e efetiva.
- Identificar prontamente as condições de vida do paciente para propor o melhor atendimento.
- Agir no tempo necessário de acordo com, as necessidades do paciente. e no tempo terapêutico.
- Organizar o processo de trabalho e espaço físico dá Unidade dê Atendimento.
- Informar aos pacientes e seus familiares a expectativa do tempo de atendimento e tempo de espera diminuindo a ansiedade gerada pelo que é desconhecido.
- Esclarecer a comunidade sobre as formas de atendimento realizadas na Unidade de Saúde.

- Priorizar o atendimento de acordo com os critérios clínicos, idosos, crianças, e pessoas com necessidades especiais e não por ordem de chegada
- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de saúde.
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços da unidade.
- Construir os fluxos de atendimento, considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

Finalmente cabe dizer que programas de capacitação deverão ser implantados na Unidade de Saúde, visando trazer, de fato, o acolhimento para a realidade no atendimento de saúde,

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes atendidos no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO que apresentarem os critérios de admissão da unidade.

PÚBLICO ALVO

- Pacientes oriundos de Unidades Básicas de Saúde Municipais previamente regulados.
- Paciente oriundos do Pronto Atendimento do Região Vale São Patricio.

EQUIPE ENVOLVIDA

Equipe multiprofissional: enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe médica, administrativos e profissionais da portaria/recepção.

8.1.3.4 Processo de Acolhimento e Classificação de Risco

O paciente será recebido pelo profissional "POSSO AJUDAR", ao adentrar a Unidade deverá se identificar na Portaria, onde receberá a etiqueta de identificação constando dois dados identificadores (Nome completo e Data de nascimento). Será acolhido pela equipe administrativa. Esta entrará em contato com o enfermeiro responsável pelo Acolhimento/Classificação de Risco e com o médico responsável pelo atendimento.

O paciente será avaliado pelo enfermeiro, que após o acolhimento realizará a Classificação de Risco e o registro em impresso específico (Ficha de Acolhimento com Classificação de Risco). Após a avalição inicial, será fixado na etiqueta de identificação do paciente uma tarja com a cor correspondente à sua classificação (grau de prioridade para atendimento médico).

O paciente com pequena cirurgia previamente agendada (eletiva), automaticamente receberão pulseira de identificação hospitalar com etiqueta azul. Em seguida, o atendimento será realizado diretamente pelo médico não se fazendo necessária a Classificação de Riscos para definição de prioridade no atendimento.

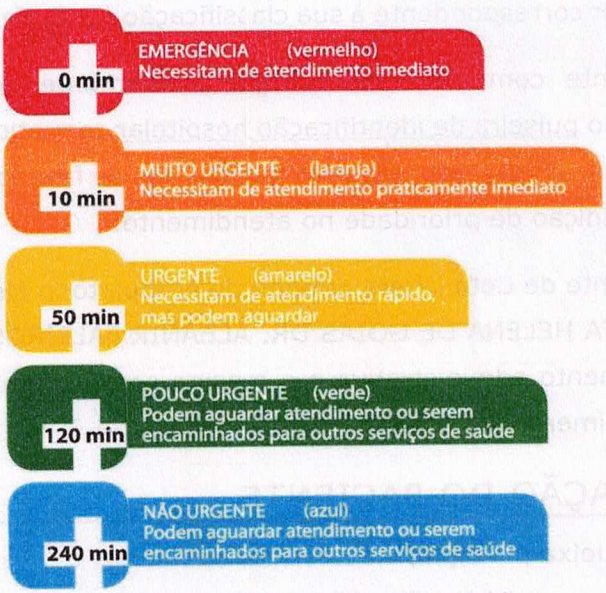
Se paciente de Cota Direta oriundo do Ambulatório Médico da próprio HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , será realizada procedimento administrativo e o mesmo será encaminhado diretamente para as unidades de atendimento solicitado.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

- Queixa principal;
- Início – evolução – tempo da queixa/doença;
- Tempo da queixa;
- Possível Diagnostico.
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2;
- Estado físico do paciente;
- Escala de dor e de Glasgow;
- Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e hábitos de vida;
- Glicemia Capilar;
- Evolução;
- Classificação de Gravidade;

CONDUTA A SER TOMADA

Os pacientes classificados aguardarão atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos conforme protocolo de Manchester.



Protocolo de Manchester: Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

8.1.4 Pop Atribuição Do Assistente Social Na Emergência

1. OBJETIVO

Assegurar a proteção integral à saúde do paciente e trabalhar em conjunto com os outros profissionais de maneira interdisciplinar, considerando o viés histórico e teórico na perspectiva dos princípios do SUS.

2. DEFINIÇÕES

A atuação do Serviço Social no HERSO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício

profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social. O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

SUS – Sistema Único de Saúde.

4. APLICAÇÃO

Emergência.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Acolher, orientar paciente e/ ou familiares quanto as rotinas institucionais;	Serviço Social
2	Realizar Anamnese Social;	Serviço Social
3	Identificar nos registros eletrônicos todas as informações de como o paciente deu entrada no hospital, principalmente telefones para contato, e se o mesmo ingressou na Unidade inconsciente/ desorientado;	Serviço Social
4	Quando necessário, verificar os pertences pessoais do paciente se há alguma informação ou documento que possa subsidiar a busca por familiares;	Serviço Social
5	Realizar busca ativa por telefones das imediações de onde o paciente foi socorrido e coletar informações que possam subsidiar a equipe no atendimento ao paciente;	Serviço Social
6	Não localizados familiares ou responsáveis até o momento da alta, ou o paciente viver em situação de rua, encaminhá-lo para uma instituição, caso o paciente queira, respeitando sua autonomia;	Serviço Social
7	Em caso de alta de pacientes com rede de apoio familiar fortalecida, entrar em contato com familiares e/ou entrar em contato com o município de origem para solicitar transporte.	Serviço Social

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Sociais, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros).

- Didáticos: ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.
- Instrucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador e impressora para registro documental no prontuário único eletrônico, Caneta, Folha A4, Prancheta, borracha e etc.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Bras. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências;
- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e nº 293/1994;
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde;
- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n}}2, Brasília: CFESS, 2010;

- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997;
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

8. ANEXOS

Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Joscineia Alves de Oliveira **Responsável Técnica SSO**	22/11/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	22/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	22/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	22/11/2022	

8.2 ATENDIMENTO

8.2.1 Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.

Para pacientes em precauções adicionais de contato, as (quantidade de pessoas e tempo de visita) e merecerão a atenção contínua da equipe de saúde, que supervisionará a adesão às orientações anteriores,

No caso de acompanhantes, recomendar se á o uso de luvas e avental. Conforme as orientações do Protocolo de Precauções Básicas e Adicionais de Contato (elaborado pelo SCIRAS) bom. esforço permanente das orientações anteriores.

Planejaremos e implantaremos, um serviço Sistematizado de orientação aos pacientes, visitantes e acompanhantes com a disponibilização de folhetos e cartazes informativos e ilustrados, que facilitará o dia a dia das equipes de saúde a comunicação com os usuários.

Visitas religiosas deverão observar as Normas Internas elaboradas pela Comissão Controle de infecção Ambulatorial (SCIRAS)

8.2.2 Proposta de Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes

Considerando que o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO seja para atendimento ambulatorial e de pequenas cirurgias, ainda assim acompanhante deve ser entendido como membro indispensável, necessário a qualidade do processo de atendimento do paciente, pois possibilita uma ajuda para o paciente e para a equipe de saúde, humaniza o serviço, efetiva direitos do paciente, torna um momento mais tênue e suportável para o paciente em situação de fragilidade.

Para o controle de infecção ambulatorial, além das normas específicas da unidade de saúde, observaremos o seguinte:

A equipe de saúde da unidade deverá:

- Orientar e supervisionar os acompanhantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade de Saúde, antes e após o contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a unidade.
- Orientar e supervisionar os acompanhantes a ficarem sempre junto ao paciente que está acompanhando e a não entrar em contato com Esclarecer as dúvidas.

O acompanhante deverá:

- Contribuir para manter a higiene e a ordem do locai
- Contribuir para manter a harmonia e o silêncio
- Não tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos; que são atividades exclusivas da equipe de saúde.
- Não se sentar ou apoiar se no leito: do, paciente, tampouco nos leitos desocupados. Obedecer ao tempo estipulado para a troca de acompanhantes, embora a unidade não deva enrijecer tal processo, pois desumaniza.
- Para pacientes em precauções adicionais de contato, aos acompanhantes, recomendar se ao uso de luvas e avental conforme as orientações do Protocolo de Precauções Básicas e Adicionais de Contato (elaborado pelo SCIH), com esforço permanente das orientações anteriores.
- Concomitantemente a isso, planejaremos e implantaremos um serviço sistematizado de orientação aos pacientes e acompanhantes com a disponibilização de folhetos e cartazes informativos e ilustrados, que facilitará o dia a dia das equipes de saúde e a comunicação com os usuários da Unidade de Saúde.

8.2.2.1 Acompanhantes E Visitantes

- Deve dirigir se à Central de Informações e Identificação para obter a autorização de entrada com o paciente.

- Após receber a autorização, aguardar o horário em local indicado.
- Cada paciente somente poderá ter o número de acompanhantes determinado pela Unidade, sempre maiores de 12 anos.
- Pacientes menores até 14 anos e maiores de anos tem o direito a um acompanhante. Os demais pacientes somente terão direito a um acompanhante mediante solicitação, por escrito, do médico assistente elou da enfermeira, Coordenadora da Enfermagem.

REPOUSO

O acompanhante deve permanecer no ambiente em silêncio enquanto a consulta encontra se em andamento.

SILÊNCIO

O silêncio é muito importante para a recuperação do paciente. Evite o USO de celular dentro dos consultórios.

8.2.2.2 Informações Sobre Pacientes

Não será fornecida nenhuma Informação por telefone sobre qualquer estado clínico do paciente. Durante a consulta médica o acompanhante poderá falar com o médico assistente para obter mais detalhes do estado, clínico ou quaisquer outras dúvidas que desejem esclarecer.

IMPORTANTE:

- Acompanhantes devem lavar as mãos antes e após a saída da Unidade de Saúde contribuindo com a prevenção de infecção hospitalar.
- Evitar circular nas outras áreas do ambulatório, corredores e Posto de Enfermagem. Os aparelhos sonoros (TV, rádio, etc.) devem ser utilizados com volume em nível baixo.
- Proibido fumar nas dependências internas da Unidade.
- Proibido mexer nos equipamentos hospitalares destinados ao uso dos pacientes, assim como qualquer outro.

- Os colaboradores da Unidade não estão autorizados a receber gratificações dos pacientes elou acompanhantes.
- Proibido entrar com comida para o paciente sem a autorização do Serviço de Nutrição da Unidade.

8.2.2.3 Normas sobre Acompanhantes Pessoa com Deficiência:

Em atendimento as normas estabelecidas, que versa sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência:

A **LEI No 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000.**, que estabelece a Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), onde foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

A LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. , estabelece que é definido como direito ao Acompanhante, onde acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal. No Art. 22. À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral.

§ 1º Na impossibilidade de permanência do acompanhante ou do atendente pessoal junto à pessoa com deficiência, cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento justificá-la por escrito.

§ 2º Na ocorrência da impossibilidade prevista no § 1º deste artigo, o órgão ou a instituição de saúde deve adotar as providências cabíveis para suprir a ausência do acompanhante ou do atendente pessoal.

LEI No 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000., Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências

Art. 1o As pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.

8.2.2.4 Normas sobre Acompanhantes dos Idosos

O Estatuto do Idoso, em Art. 16., descreve que ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito, e segue:

Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita: Ver tópico (36 documentos)

I - pelo curador, quando o idoso for interditado;

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; Ver tópico (15 documentos)

III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil pa consulta a curador ou familiar; Ver tópico

IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

8.2.2.5 Normas sobre Acompanhantes das Crianças e Adolescentes

O Artigo 12, do Estatuto da Criança e Adolescente, dispões que os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

O objetivo das diretrizes descritas é de oferecer orientações às equipes de atendimento, assim como equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa portadora deficiência, e ou necessidades especiais, idosos e crianças, e envolve ações de âmbito ambulatorial (avaliações, clínicas, acompanhamentos e reabilitação).

8.2.2.6 Manual de Orientações ao Paciente e Acompanhante

Orientações Gerais

De acordo com as recomendações sanitárias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) previstas para situação de pandemia, orientamos que pessoas:

Apresentando sintomas respiratórios e/ou diagnóstico ativo de COVID-19 (mesmo que assintomáticos) não devem se dirigir ao hospital até terem, pelo menos, duas semanas do início dos sintomas ou do diagnóstico e 72h sem sintomas;

Pertencentes ao grupo de risco e crianças não devem se dirigir ao hospital na qualidade de acompanhantes/visitantes;

Orienta-se retirar a máscara descartável ao sair do hospital, descartá-la no lixo, higienizar as mãos com álcool gel ou lavar as mãos com água e sabão e colocar sua máscara pessoal (tecido);

A higienização de mãos é fundamental. Lembre-se de realizar esta prática constantemente, antes e após tocar superfícies, utilizando solução alcoólica ou água e sabão.

Visitas Presenciais

No momento, não estão autorizadas para pacientes internados. Sugerimos e incentivamos

visitas virtuais, por meio de vídeos chamadas ou ligações.

Visitas religiosas estão autorizadas de forma breve. Com documentos pessoais e de comprovação pela entrada social. A visita só será liberada com a aprovação da equipe responsável pelo cuidado do paciente. (Lei 9.982, de 14/07/2000)

Visitas Médicas (médicos de fora da unidade)

Será permitido entrada nos andares e UTIs, deve se apresentar sua credencial na recepção de visitas. A(o) recepcionista irá ligar para (o) Coordenador e verificar o melhor horário para a entrada do mesmo;

Fica expressamente proibido o médico(a) visitante manipular o prontuário médico do paciente.

Visita UTI



Nas UTIs (Unidades de Terapia Intensiva não temos horário de visitas físicas apenas vídeos chamadas que são todos os dias.

Horário 13h*

*Este horário poderá ser alterado em função de intercorrências com a(o) paciente. Essa conduta se faz necessária porque a assistência ao paciente internado é prioritária;

Acompanhantes

Matutino: 08h - 09h 30min



Noturno: 20h - 21h 30min

Não serão permitidas trocas fora dos horários preestabelecidos.

Permitido apenas acompanhantes maiores de 18 anos - exceto em situações previamente avaliadas com o setor de psicologia;



Kit Higiene Pessoal

Horário de entrega: 08h - 20h

Dias: segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira

Será necessário trazer para a(o) paciente: Sabonete, escova de dente, creme dental, antitranspirante, hidratante corporal (produtos de higiene pessoal) e roupas intimas

Na Unidade de Internação será permitido acompanhante para paciente que tenha esse direito previsto em Lei (idosos e menores de idade) ou paciente que necessite desse cuidado durante o período de estadia na instituição, conforme avaliação das equipes de cuidado multiprofissional e médica, minimizando a circulação e a exposição de pessoas; (Lei 10.741/2003; Lei 8.069/1990; Lei 13.146/2015; Lei 11.108/2005)

Todos devem chegar antes do horário da troca de acompanhante e se dirigir à recepção principal munidos de documentos pessoais para identificação;

Acompanhante e visitante deverão portar seu adesivo de identificação enquanto permanecerem no hospital, não sendo permitida a troca de identificação entre acompanhantes de outros leitos;

A troca de acompanhantes será informada pela equipe de Enfermagem podendo ocorrer no andar de internação ou na Recepção (Piso Térreo);

Quando sair do hospital, o visitante/acompanhante deverá devolver sua identificação aos guardas da portaria;

Será autorizada a entrada na instituição apenas do acompanhante que ficará com o paciente, a fim de evitar aglomeração;

Deve-se dar preferência para acompanhantes que fiquem por período prolongado e que não pertençam às populações de risco para complicações;

O acompanhante, quando presente, e o paciente devem evitar a circulação em áreas públicas do hospital;

Somente é permitido acompanhante de mesmo sexo

nas enfermarias femininas e masculinas. Exceções deverão ser autorizadas pela Coordenação de Enfermagem;

Não será permitida a entrada no Hospital de acompanhantes ou visitantes com sinais de uso de drogas lícitas ou ilícitas;

A equipe assistencial pode solicitar que o acompanhante saia do quarto para realização de procedimentos;

O hospital trabalha, com reciclagem de resíduos, gentileza dispensar o lixo nas lixeiras corretas. Na dúvida pergunte ao pessoal da limpeza. Ajude o meio ambiente!

PROIBIDO

É proibido fumar nas dependências do Hospital, incluindo área externa conforme medida adotada.

Lei Federal nº 9294/96

REFEIÇOES ACOMPANHTES

Almoço e jantar para todos os acompanhantes;

SILÊNCIO

O Silêncio é parte importante do tratamento!

Ajude-nos a manter o ambiente calmo e tranquilo.

O acompanhante/visitante que não cumprir as normas descritas terá sua autorização de permanência cancelada;

Medidas de Segurança:

- As refeições aos pacientes são de acordo com a dieta prescrita pela(o) nutricionista;
- Cada paciente possui uma dieta específica de acordo com o estado de saúde. Não forneça alimentos fora da dieta, isso pode prejudicar a recuperação da(o) paciente.

- Qualquer transporte interno da(o) paciente será realizado através de cadeiras de rodas ou macas;
- Ao encontrar placas escritas "Isolamento" na porta do quarto do paciente, procure orientação no Posto de Enfermagem antes de entrar. Pacientes e acompanhantes em isolamento de contato, respiratório ou aerossóis devem seguir as normas propostas;
- O Hospital de Urgências de Goiás não se responsabiliza pelos pertences ou valores dos pacientes/acompanhantes;
- Evite trazer bolsas e mochilas;
- Evite tocar/encostar na(o) paciente ou em qualquer objeto do ambiente da Unidade de Internação (cama, armários, equipamentos);
- É proibido sentar na cama da(o) paciente;
- É proibido tirar a máscara, permaneça de máscara por tempo integral e higienize suas mãos com álcool ou com sabão;
- Os televisores das enfermarias devem permanecer em volume baixo e após as 22h serão desligados;
- Pacientes, acompanhantes e visitantes devem respeitar as áreas restritas aos colaboradores como: rouparia, expurgo e outros;
- Para diminuir o risco de contaminação e segurança do visitante/acompanhante, são recomendados: roupas que cubram o corpo; sapatos fechados, que cubram o peito do pé; cabelos longos preferencialmente presos; bem como evitar o uso de adornos, brincos, pulseiras, relógios, anéis etc.;
- **É terminantemente proibido o fluxo de acompanhantes e visitantes no hospital, sendo obrigatória a permanência em tempo integral junto ao paciente;**
- A liberação para fotografia ou gravação/vídeo chamada envolvendo o paciente deve ser consentida pelo paciente ou seu responsável legal;
- O uso de imagem envolvendo colaboradores da Instituição não é autorizado;

Segurança do Paciente

PACIENTE CONSCIENTE DO CUIDADO

Identificação Correta



Quando você receber a pulseira de identificação, verifique se todos os seus dados estão corretos.

- Traga seus documentos para o hospital.
- Verifique se os profissionais conferiram sua identificação
- Muitas pessoas têm nomes iguais ou parecidos.
- Por isso, é importante que você verifique se o medicamento que está chegando tem os mesmos dados que a sua pulseira.
- Todos os leitos possuem placas de identificação.



NUNCA TIRE SUA IDENTIFICAÇÃO.

ELA É ESSENCIAL PARA EVITARMOS OS ACIDENTES E DEVE FICAR COM antes de medicá-lo ou iniciar a cirurgia.

Verifique se as suas informações estão corretas!

COMUNICAÇÃO EFETIVA



Tanto Os profissionais quanto os pacientes precisam entender o que está acontecendo, desde a informação sobre um exame até o tratamento realizado.

NÃO SAIA COM DÚVIDAS DO HOSPITAL!

SEMPRE TIRE TODAS AS SUAS DÚVIDAS COM A EQUIPE E REPASSE TODAS AS INFORMAÇÕES REQUISITADAS. PARTICIPE DO SEU CUIDADO!

SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS

Se houver qualquer efeito colateral após o uso de algum medicamento. avise a equipe responsável pelo seu cuidado. Fale o que você sentiu após o uso,

Se trouxer algum medicamento de casa, avise a equipe assistencial.

Pergunte sempre qual medicação estão administrando e a sua importância para o tratamento do

LEMBRE-SE: A EQUIPE DE SAÚDE DEVE PERGUNTAR SEU NOME COMPLETO E CONFERIR A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS OU REALIZAÇÃO DE QUALQUER PROCEDIMENTO

CIRURGIA SEGURA

Antes da Cirurgia Informe sobre problemas respiratórios, alergias, diabetes, hipertensão;

Tire as dúvidas sobre a cirurgia, anestesia e procedimentos a que vai ser submetido;

Após a Cirurgia

Informe ao médico sobre situações de inflamação (dor vermelhidão,

CERTIFIQUE-SE SE O LOCAL DA SUA CIRURGIA FOI CORRETAMENTE MARCADO COM UM SÍMBOLO ANTES DE IR PARA O CENTRO CIRÚRGICO;

Leia com atenção o Termo de Consentimento e tire todas as suas dúvidas;

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



A higienização das mãos é a medida individual mais eficaz para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Fique atento!! Antes de iniciar o cuidado o profissional deve higienizar as mãos. PARTICIPE DO SEU CUIDADO!

Antes de iniciar o cuidado o profissional deve higienizar as mãos, se ele não fez, peça com educação para que ele realize.

PREVENÇÃO DE QUEDAS

PROCURE NÃO CAMINHAR SOZINHO, PEÇA AJUDA AO ACOMPANHANTE OU A EQUIPE DE SAÚDE.

Use calçados Antiderrapantes;
Verifique se o caminho está livre de obstáculos e se está seco;
Mantenha sempre as grades do leito elevadas;
Verifique com a equipe se a medicação que você utiliza causa tontura

A queda é um evento que pode ***agravar*** o quadro de saúde do paciente. Alguns pacientes têm maior probabilidade ou risco de sofrer queda. Por essa razão adotar as orientações dadas pela equipe de saúde são muito importantes e você pode nos ajudar.



PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

SIGA AORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE; MOVIMENTE-SE QUANDO POSSÍVEL NO INTERVALO DE 2 HORAS. EVITE LESÕES POR PRESSÃO!

Mantenha a pele sempre hidratada (use creme hidratante); Estimule a alimentação e a ingestão de água conforme orientação da equipe multidisciplinar;

Atentar para mudança de posição do paciente com frequência, fazendo uso de travesseiros para que ele mantenha a posição. Evite posicionar o paciente sobre uma lesão existente.

Mantenha a pele seca e confortável; Caso utilize fralda, comunique a equipe de saúde para não permanecer com a pele úmida por muito tempo.

8.2.3 Atendimento Portadores De Necessidades Especiais / Idosos/ Crianças

Temos consciência da

necessidade de cuidados especiais que essas pessoas com certo nível de dependência exigem. Porém, é possível estimular a autonomia de acordo com sua individualidade.

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 24% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, o que corresponde a mais de 45 milhões de habitantes. O Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009 define pessoas com deficiência como aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

O conceito de deficiência está em processo de evolução, acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelos portadores de deficiência.

Um dos marcos dessa evolução foi na década de 1960, formulou-se um conceito que incluía a relação entre as limitações da pessoa portadora de deficiência, o ambiente em que vive e a comunidade. Em 1982, após ter declarado o ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência.

A ONU aprovou o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência no dia 03 de dezembro, mais tarde esse dia foi instituído como o Dia Internacional das Pessoas com Deficiência. Esse Programa ressalta que essa população tem o direito a oportunidades iguais às dos demais cidadãos, bem como de usufruir das melhorias nas condições de vida advindas do desenvolvimento econômico e social. O documento trouxe diretrizes que devem ser consideradas na formulação de políticas, planos e programas, em áreas como saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, legislação, dentre outras.

Aqui no Brasil, a **Constituição de 1988** determina que é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências. Amparando esse segmento da população, também podemos destacar alguns documentos:

- Lei nº 7.853/89 – Sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social;
- Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei nº 10.048/00 – Estabelece prioridades ao atendimento;
- Lei nº 10.098/00 – Determina critérios para a promoção da acessibilidade;
- Decreto nº 3.298/99 – Dispões sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência;
- Decreto nº 5.296/04 – Regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00. 2002 – Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, lançada em 2002, tem como propósitos proteger a saúde da pessoa com deficiência, reabilitar sua capacidade funcional

e desempenho, contribuindo para a inclusão social e prevenção de agravos que determinam o aparecimento de deficiências.

Segundo o Ministério da Saúde, o principal objetivo da Política é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários. O foco desta política são as deficiências motora, visual, auditiva, mental e múltipla. As principais diretrizes contemplam:

- Promoção da qualidade de vida;
- Prevenção de deficiências;
- Atenção integral à saúde;
- Melhoria dos mecanismos de informação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Organização e funcionamento dos serviços.

8.2.3.1 Normas Atendimento Ao idoso

Em atendimento as normas estabelecidas, instruídos pelo Estatuto do Idoso - Lei 10741/03 | Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, que em seus Artigos, descreve:

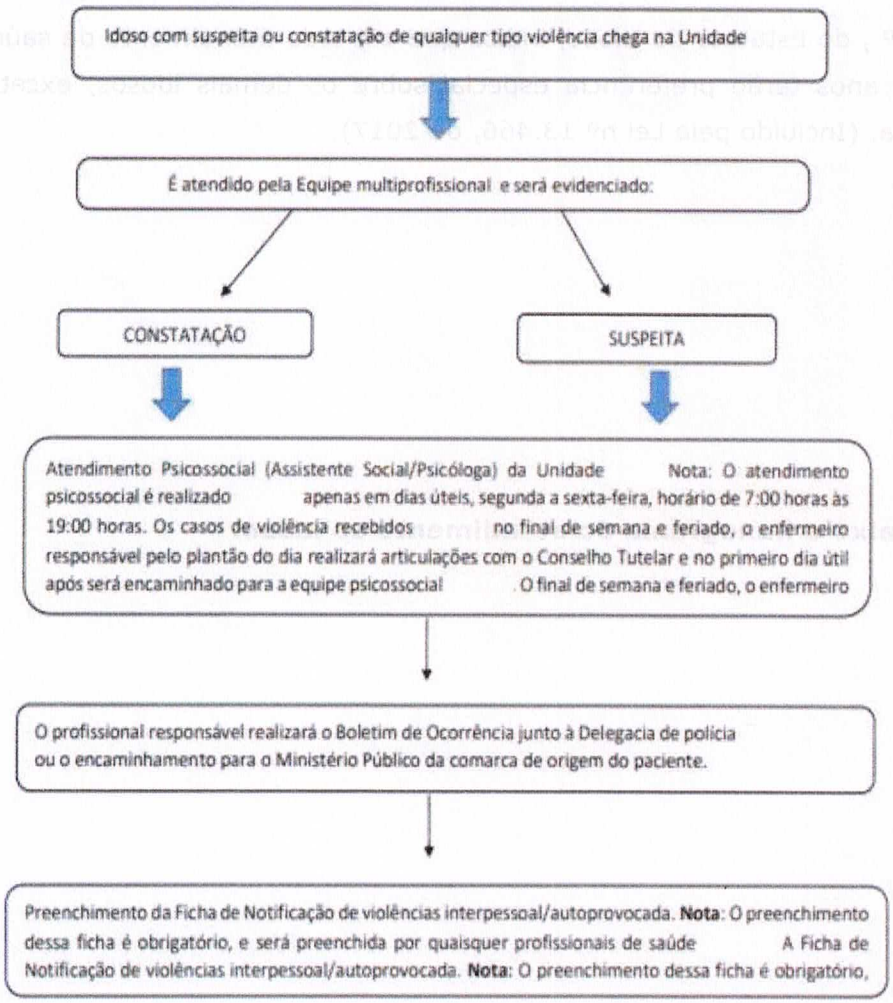
Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2 º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Sobre Atendimento:

O Artigo 7º , do Estatuto do Idoso, indica que em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. (Incluído pela Lei nº 13.466, de 2017).

Segue abaixo o fluxograma do atendimento ao idoso:



8.2.3.2 Normas Atendimento Crianças e Adolescentes

Em atendimento as normas estabelecidas, instruídos pela LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, define que: Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

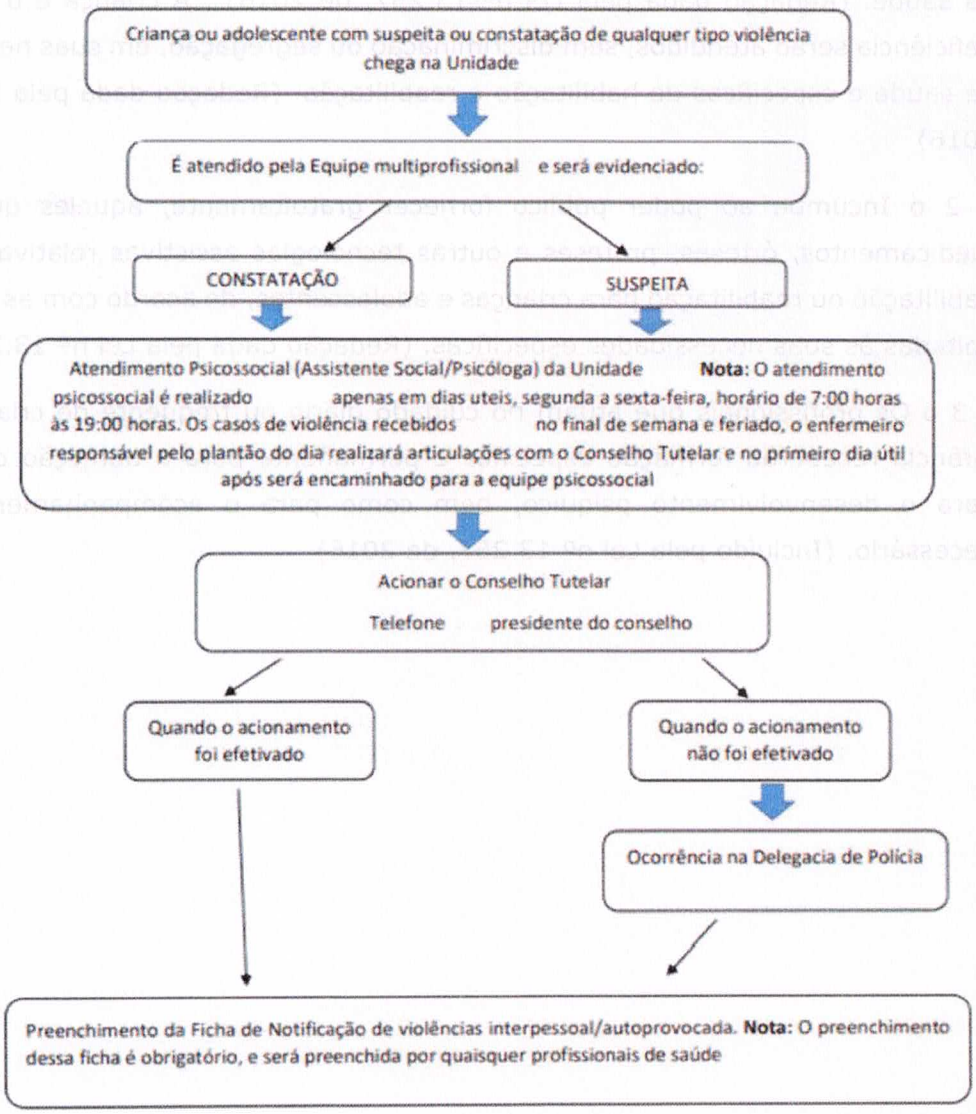
A redação dada pelo Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado

o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016) . A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 2 o Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 3 o Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016)

Segue abaixo o fluxograma do atendimento a violência da criança ou adolescente:



8.3 Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.

8.3.1 Definição

A Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (OUVSUS) é o setor responsável por receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS; tem como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

A OUVSUS foi criada em 2003 e, atualmente, integra a Diretoria de Integridade (DINTEG) do Ministério da Saúde (MS); além de supervisionar as atividades de ouvidoria no âmbito do MS, compete à DINTEG fomentar e apoiar a promoção da transparência, do acesso à informação e da participação social; ainda na área de ouvidoria, deve estimular e promover a avaliação dos serviços públicos prestados pelo SUS.

A Lei nº 13.460, de 26/06/17, informa que para garantir seus direitos, o usuário poderá apresentar manifestações perante a administração pública acerca da prestação de serviços públicos, as quais serão dirigidas à ouvidoria do órgão. Para isso, a OUVSUS disponibiliza os seguintes canais de atendimento: telefone (Disque Saúde 136), internet, carta e atendimento presencial.

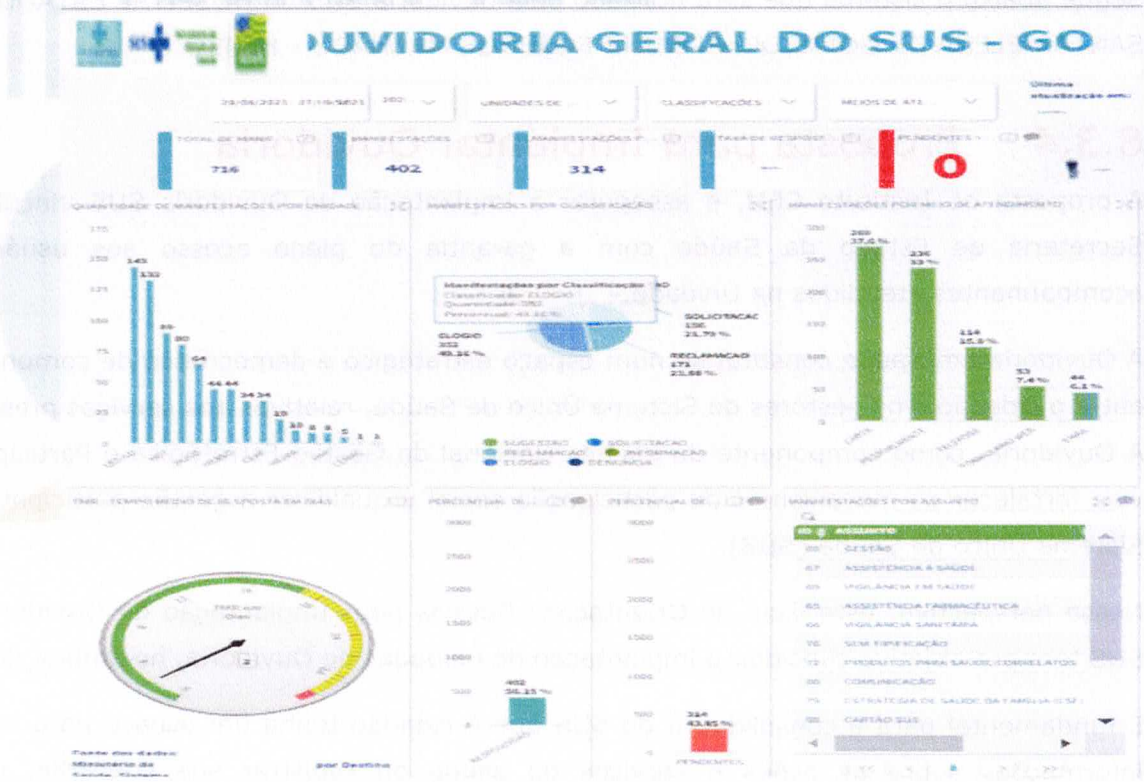
Para a melhoria da prestação dos serviços ofertados pelo SUS, o aspecto determinante a ser considerado relaciona-se à forma de atuação das Ouvidorias, que confirmam o elo entre o cidadão e a administração pública federal ao receber, examinar e encaminhar as diversas manifestações recebidas. Nessa perspectiva, a OUVSUS busca ampliar e consolidar a Rede de Ouvidorias do SUS, isto é, Ouvidorias que compartilhem a mesma concepção de trabalho, contribuindo para que a gestão e a sociedade, em parceria, lutem por serviços de qualidade.

8.3.2 Acesso a Ouvidoria

A manifestação deve ser registrada sempre que o cidadão:

- Solicitar assistência (Ex: consultas, atendimentos, tratamentos, exames, medicamentos);
- Relatar uma insatisfação (Ex: insatisfação com algum profissional de saúde, demora no atendimento, falta de material na unidade de saúde, falta de medicamento, etc.);
- Denunciar uma irregularidade (Ex: Não cumprimento de carga horária pelo profissional de saúde, Cobrança por procedimentos cobertos pelo SUS, Negligênci médica, etc.);
- Obter uma instrução, orientação, esclarecimento ou ensinamento relacionado à saúde (Ex: Funcionamento do SUS, como conseguir medicamentos pelo SUS, Sistema de Regulação, etc.);
- Registrar elogios e/ou sugestões relacionados à saúde (Ex: elogiar o atendimento recebido / o profissional que o atendeu, sugerir a Inclusão de medicamento no SUS / contratação de profissionais, etc.).

Segue abaixo o sistema que será utilizado pela ouvidoria SUS no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO :



8.3.3 Sistema Nacional de Ouvidorias

A promoção e a estruturação de canais abertos e acessíveis de comunicação com a população são fundamentais. Por essa razão, é compromisso dos gestores do SUS a implementação de ouvidorias estruturadas e articuladas entre si, nas três esferas de governo, voltadas à inserção dos (as) cidadãos (ãs) nos processos de formulação, de acompanhamento, de avaliação e de controle das políticas públicas de saúde.

O processo de organização sistêmica das Ouvidorias do SUS, instituídas pelos entes federados, teve início em 2007, com a utilização do Sistema Informatizado OuvidorSUS, regulamentado pela Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007, que atendeu à necessidade de comunicação eficaz entre as Ouvidorias do SUS.

Todos os estados da Federação contam com Ouvidorias do SUS implantadas. O esforço, atualmente, é expandir sua implantação no âmbito municipal.

Segue abaixo o sistema que será utilizado pela ouvidoria SUS no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO :

8.3.4 Proposta para Implantar Ouvidoria

A proposta do Instituto CEM, é assegurar a implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

A Ouvidoria em Saúde constitui-se num espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, este Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS tem por objetivo subsidiar a implantação de unidades de Ouvidoria, no âmbito do SUS.

É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando a melhoria do atendimento prestado.

Para tanto, faz-se necessário implantar uma unidade de Ouvidoria com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos e ser eficaz na busca de soluções. Além disso, as manifestações recebidas nas Ouvidorias do SUS devem ser sistematizadas e organizadas em relatórios gerenciais para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas, servindo como referência para mudanças positivas da política de saúde.

Mediante o presente guia, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/SGEP/MS), por meio da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, disponibiliza cooperação técnica para estados e municípios na implantação e implementação de Ouvidorias. Nosso desafio é formar uma rede de Ouvidorias do SUS organizadas no Sistema Nacional de Ouvidoria - SNO, de forma integrada, garantindo a efetiva participação social

na construção de um SUS cada vez mais eficaz e na busca da melhoria da qualidade vida para todos os cidadãos brasileiros.

8.3.4.1 Introdução

O Ministério da Saúde, a partir da responsabilidade inerente ao gestor federal, desenvolve estratégias e ações para melhorar o atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS, mediante a adoção de mecanismos inovadores que venham possibilitar a participação dos usuários no mesmo, com o intuito de promover sua consciência sanitária, afirmar o direito à saúde e consolidar o SUS.

O Pacto pela Saúde estabelece diretrizes operacionais por meio dos seus componentes pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. No Pacto de Gestão, uma das ações apontadas para o fortalecimento da participação e controle social é o apoio a implantação e implementação de Ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

Nessa perspectiva, o Pacto pela Saúde, documento enunciador da política nacional de saúde desde o ano de 2006, efetiva-se como parte da consolidação do SUS, com o objetivo de promover e viabilizar instrumentos de gestão para aprimorar e qualificar o atendimento aos cidadãos brasileiros. O Pacto redefine as responsabilidades de cada gestor, seja ele, federal, estadual ou municipal, por meio da adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), e estabelece metas e compromissos de forma a suprir as necessidades de saúde da população, com garantia de integralidade e equidade, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse contexto, essa diretriz do Pacto de Gestão vem sendo cumprido por meio da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - ParticipaSUS, de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), ampliando e fortalecendo a participação da comunidade. A ParticipaSUS imprime a gestão estratégica e participativa no sistema de saúde, com a adoção de práticas e mecanismos inovadores que favorecem avanços tanto para a gestão, quanto para o controle social do SUS.

Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta da população em geral, com espaço de recepção das manifestações dos cidadãos,

para melhor qualificar a gestão do SUS, nos três níveis de governo. A Ouvidoria é, por excelência, esse espaço.

A implantação da Ouvidoria do SUS, estruturada e articulada entre as três esferas de governo, com a participação do cidadão, contribui para o fortalecimento da democracia e da gestão participativa no SUS, com a correspondente ampliação do processo de controle social e com a corresponsabilização do cidadão na gestão do SUS.

8.3.4.2 O papel das Ouvidorias

As Ouvidorias do SUS são unidades de importância estratégica para a gestão

do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, as Ouvidorias contribuem para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde.

Nas Ouvidorias do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela

busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias. Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a demanda e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas.

Em tal contexto, as Ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão.

O processo de escuta do cidadão se dá individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

8.3.4.3 Base Legal das Ouvidorias

A Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, foi dado início à

regulamentação do Sistema Único de Saúde, como sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, administrado pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, com a necessária participação da população na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde.

Historicamente, elegeram-se marcos que têm trazido avanços na institucionalização de instrumentos que regulamentam a participação popular na gestão da saúde, como, por exemplo, a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada. A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social, porém sua identidade é distinta. Ela auxilia e complementa a ação dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria.

As Ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apóiam-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei n.º 8.080/90. A aplicação dos princípios previstos na Lei nº. 8.080/90 e das diretrizes elencadas na Constituição Federal à atuação das Ouvidorias do SUS, possibilita afirmar que:

Universalidade

Todo cidadão tem o direito de se manifestar junto ao Poder Público, quanto ao sistema de saúde. Compete, pois, colocar serviços de Ouvidoria ao alcance da população de modo a permitir o uso do direito de opinião do cidadão.

Equidade

Todo cidadão deve contar com pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria, seja pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail ou ainda pela imprensa, de forma que atenda a sua necessidade, independentemente da localidade ou situação social. Compete aos níveis administrativos do SUS divulgar e difundir formas e meios de acesso à disposição dos cidadãos.

Integralidade

As demandas recebidas na Ouvidoria sobre o sistema de saúde devem ser processadas sob um tratamento que abranja, tanto quanto possível, os aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Regionalização

Este princípio pauta-se pela maior eficácia e transparência geradas pela aproximação das políticas de saúde aos cidadãos, bem como pelo reconhecimento da heterogeneidade e da desigualdade social e territorial, por meio da identificação e do reconhecimento das diferentes situações regionais e suas peculiaridades. Assim, o serviço de Ouvidoria deve estar presente em todas as secretarias estaduais de saúde; nas secretarias de saúde das capitais; nas cidades com mais de 100 mil habitantes; nas cidades-pólo; e nas sedes dos consórcios municipais e das regiões de saúde, a ser acordado nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIB´s), Conselhos de Saúde e demais estruturas do SUS.

Hierarquização

Na organização da rede de Ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos de estruturação do SUS.

Participação da comunidade

Compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de Ouvidoria com os respectivos Conselhos de Saúde.

Descentralização

Deve ser apoiada a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. O princípio da descentralização das ações e dos serviços de saúde, por definição, é o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Portanto, a descentralização promove a participação da sociedade em todo o processo de decisão e controle da gestão e constitui um desafio permanente para mudanças substantivas na gestão responsável da Administração Pública.

Nesse sentido, a ouvidoria estabelecerá vínculos com as entidades de representação política dos gestores administrativos, envolvendo os conselhos, as Secretarias Estaduais e Municipais, unidades de saúde e outros órgãos da área de saúde, para incentivar a abertura de canais de comunicação entre gestores e sociedade.

As experiências de Ouvidorias implantadas nas três esferas de governo têm contribuído para a construção de um Sistema Nacional de Ouvidoria (SNO). A estruturação do SNO contempla uma rede articulada de Ouvidorias com capacidade de integrar as demandas sociais em saúde, no sentido de sistematizá-las nas esferas de governo. O processamento e a leitura das manifestações captadas poderão dotar o nível federal de informações pertinentes para a formulação de políticas nacional de saúde.

Historicamente, no Brasil, a primeira tentativa de regulamentar a figura do Ouvidor e da Ouvidoria se deu em 1923, através do deputado constituinte José de Souza Mello.

Em 1998, a chamada Comissão de Notáveis, que era liderada pelo jurista Afonso Arinos, tentou introduzir o instituto do Ouvidor no texto constitucional brasileiro.

Apesar das tentativas, o fato é que hoje ainda inexiste uma base legal consolidada a respeito do assunto. No entanto, dispositivos de alguns instrumentos legais e normativos servem de referência e respaldam a implantação de Ouvidorias, como seguem:

Constituição Federal de 1988

Artigo 37, parágrafo 3º, inciso I. Prevê a existência de uma lei que discipline

as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços.

Artigo 196 a 200. Definição da saúde como direito de todos e dever do estado e instituição do SUS, que tem, como uma de suas diretrizes, a da participação da comunidade. Entende-se que a implantação de Ouvidorias é uma forma de consolidar esta diretriz.

- Pacto de Gestão do SUS (Portaria GM/MS nº 399/2006)

Eixo 7, tópico 7.1, alínea 'e'. Prevê o apoio à implantação e implementação de Ouvidorias nos municípios e estados como ação de fortalecimento para o processo de participação social no SUS.

- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS (Portaria GM/MS nº 3.027/2007)

Vislumbra a implantação de Ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS.

- Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde e competências das áreas que o integram, conferindo ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS a missão de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidorias de saúde.

- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.820/2009)

Contém dispositivo que garante aos cidadãos o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das Ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, sigilo e confidencialidade.

8.3.4.4 Requisitos Basicos para Implantar ou Implementar a Ouvidoria

Para implantação de uma unidade de Ouvidoria do SUS os seguintes passos são previstos:

- Mobilização para a criação da Ouvidoria.
- Definição no organograma.
- Clareza quanto aos objetivos de implantação da Ouvidoria.
- Estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho).
- Divulgação do serviço para a comunidade.

- Mobilização para a criação

A primeira etapa para implantação de uma Ouvidoria é a de definição de sua necessidade dentro do órgão ao qual estará vinculada. Segue-se o apoio em sua efetivação, para que possa cumprir seu papel com legitimidade e autonomia.

Para isso, os gestores do SUS e os administradores dos estabelecimentos de saúde, bem como seus funcionários e a comunidade alvo, devem estar conscientes das atribuições da Ouvidoria e dispostos a colaborar com seu trabalho. Assim, a secretaria ou o estabelecimento de saúde pode organizar palestras e oficinas internas com essa finalidade.

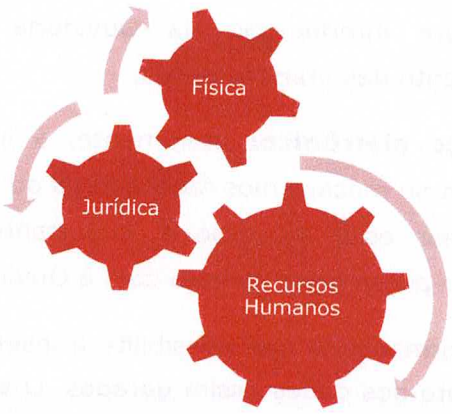
- Definição de Organograma

A Ouvidoria, por ser um instrumento de gestão, será inserida no organograma HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e articulada ao nível central de gestão

Clareza quanto aos objetivos de implantação da Ouvidoria

Tratam-se dos propósitos a serem alcançados pela Ouvidoria, podendo ser relacionados:

- Ampliar a participação dos cidadãos na gestão do SUS.
- Possibilitar à instituição a avaliação contínua da qualidade das ações e dos serviços prestados.
- Subsidiar a gestão nas tomadas de decisões e na formulação de políticas públicas de saúde.
- Estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho):



-Estrutura Física

Deve-se observar:

- Espaço físico determinado.
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao cidadão.
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados).
- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço.
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.
- Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigil

Portanto, o local escolhido deve ser adequado para a execução das funções de Ouvidoria, tais como acolhimento das manifestações, incluindo espaço específico e adequado para o atendimento presencial, análise e acompanhamentos das manifestações e gestão dos dados da Ouvidoria. Será criado de um espaço reservado para garantir um acolhimento privativo ao cidadão.

É importante que os responsáveis pela implantação da Ouvidoria estejam atentos a acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais, como rampa de acesso, banheiro com adaptações, entre outros.

Para a adequação do espaço ao trabalho de Ouvidoria sugere-se que o local possua mobiliário, mínimo, como cadeira, mesa, armário (material de escritório em geral), computador, impressora, aparelho telefônico e fax.

Disponibilidade de linha telefônica: a linha telefônica deverá estar disponível para o atendimento ao cidadão e para interlocução da Ouvidoria com sua rede para encaminhamento e acompanhamento das manifestações.

Acesso à Internet e endereço eletrônico: atualmente, a internet e os meios de comunicação eletrônicos tornaram-se mecanismos facilitadores do acesso do cidadão. Para que Ouvidoria possa acompanhar esse processo é importante viabilizar um e-mail institucional para o qual o cidadão possa fazer contato com a Ouvidoria.

A Ouvidoria terá um sistema informatizado que possibilite a inserção das manifestações, sua categorização e gerenciamento dos dados assim gerados. O sistema implantado deve garantir a segurança dos dados inseridos e gerenciados. Além disso, é importante que esse

sistema facilite o processo de encaminhamento das manifestações de maneira que a Ouvidoria e sua rede utilizem o mínimo de documentos impressos.

Os recursos aqui elencados são os mínimos (ou básicos) para a criação da estrutura de uma Ouvidoria.

- Instrumento Normativo

Uma vez estruturada fisicamente a Ouvidoria, é importante que ela passe a existir também de direito, vale dizer, que seja formalizada e institucionalizada por meio de um instrumento normativo de criação/regulamentação. Diversos são os meios que podem ser utilizados para essa finalidade, de acordo com a estrutura e regras locais, sejam eles, lei; decreto; resolução; portaria, além de outros.

Por ser o instrumento que possui um processo mais rígido de elaboração e revogação, que passa pelo Poder Legislativo local e, por isso, confere à Ouvidoria maior legitimidade e concretude.

No instrumento normativo de criação/regulamentação da Ouvidoria podem constar, entre outros, os seguintes assuntos:

- Localização da Ouvidoria na estrutura organizacional da instituição a que pertence (previsão no organograma institucional);
- Definição do vínculo com a instituição, ressaltando-se a necessidade de autonomia de suas ações, lembrando que a ParticpaSUS, por entender a Ouvidoria como um instrumento de gestão, defende que seu vínculo seja com o gestor;

Atribuições e competências da Ouvidoria, inclusive com a previsão de estabelecimento de rede de parcerias e cooperação com outros órgãos e entidades ligadas direta ou indiretamente à instituição;

Cargos e funções destinados à composição dos recursos humanos da Ouvidoria.

Prazos: algumas Ouvidorias estabelecem os prazos para a resposta de demandas nesses instrumentos normativos. Para isso, recomenda-se que os prazos sejam previamente acordados entre as partes envolvidas no processo de tratamento das manifestações e ratificados pelo gestor.

- Recursos Humanos

Os profissionais que venham atuar na Ouvidoria devem ter formação e capacitação compatível com a função, mediante análise de perfis e dependerá das condições e necessidades locais.

Vale ressaltar que os profissionais das Ouvidorias do SUS são como agentes do processo de educação para a cidadania e responsáveis pelo acolhimento das demandas que chegam as Ouvidorias.

A Ouvidoria precisa contar com, no mínimo, os recursos humanos abaixo discriminados:

- Responsável pela Ouvidoria.
- Tele-atendente (para os que tiverem a Central de Atendimento por telefone) e Suporte administrativo para atividades burocráticas e administrativas e para o tratamento da demanda

A capacitação é um fator determinante para que a equipe da Ouvidoria realize um trabalho consciente e qualificado.

- Características da Equipe



Os profissionais serão exclusivos para a Ouvidoria. Não há como atender a Ouvidoria e a outro setor simultaneamente..

- Designação do Ouvidor

A designação do Ouvidor dependerá de como foi estruturada a Ouvidoria e dos entes envolvidos em sua constituição. A escolha do responsável poderá ser feita pelo gestor ou resultar de processo democrático ampliado com participação do usuário, trabalhador e gestor.

Não há obrigatoriedade quanto a denominação do cargo de Ouvidor. A instituição poderá designá-lo como Diretor, Encarregado, Assessor, Técnico, Ouvidor ou outro, desde que conste no documento de criação da Ouvidoria a denominação e a função daquele(s) que será(ão) responsável(eis) pela Ouvidoria.

- Características do Ouvidor

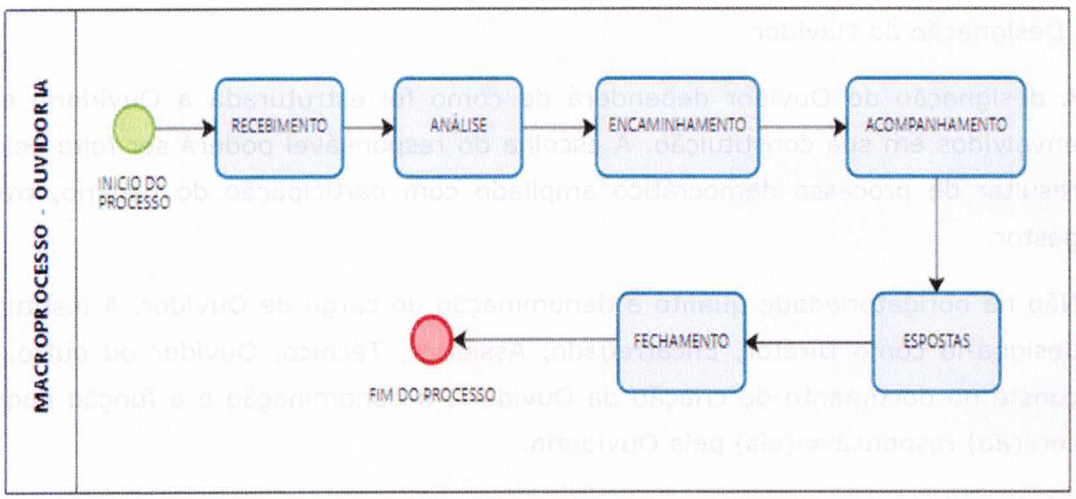


- Estrutura de Fluxo de Trabalho

O fluxo de trabalho aqui entendido envolve o caminho percorrido pela manifestação do cidadão internamente e externamente à Ouvidoria.

- Fluxo de trabalho interno

Refere-se aos processos de recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento, resposta e fechamento das demandas.


MACR OPR OCESSO - OUVIDOR IA
INICIO DO PROCESSO
RECEBIMENTO
ANÁLISE
ENCAMINHAMENTO
ACOMPANHAMENTO
ESPOSTAS
FECHAMENTO
FIM DO PROCESSO

Quadro 1 – Fluxo de Trabalho Interno

ETAPA	PROCEDIMENTO
1ª - Recebimento	As demandas poderão ser recebidas na Ouvidoria por meio de correspondências diversas, correspondência eletrônica, pessoalmente, telefone e outros. É importante que a Ouvidoria observe os processos de recebimento de documentos já implantados em sua instituição (protocolo de documentos) para que os documentos da Ouvidoria sigam os mesmos processos.
2ª - Análise	O período de análise é compreendido como a etapa pela qual a Ouvidoria deverá analisar o teor da manifestação, verificar se há dados suficientes para dar continuidade ao processo, se há a necessidade de colocar a demanda em sigilo, e para qual o local deverá ser encaminhada.
3ª - Encaminhamento	Após a análise, a demanda que tenha dados suficientes deverá ser encaminhada para a área responsável pela sua resolução. É importante que o cidadão tenha conhecimento do encaminhamento dado a sua manifestação.
4ª - Acompanhamento	A Ouvidoria deverá acompanhar o trâmite da demanda para agilizar e intermediar as ações deverá, também, avaliar a resposta do setor, órgão ou entidade e, se não for satisfatória, procurar a instância imediatamente superior para nova avaliação.

5ª - Resposta ao Cidadão	Manter o cidadão informado sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS. Cada Instituição estabelecerá o modo mais adequado para a tramitação das demandas, tendo em vista sua organização e necessidade.
6ª - Fechamento	Uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalte-se que não necessariamente a resposta satisfatória significa atendimento.

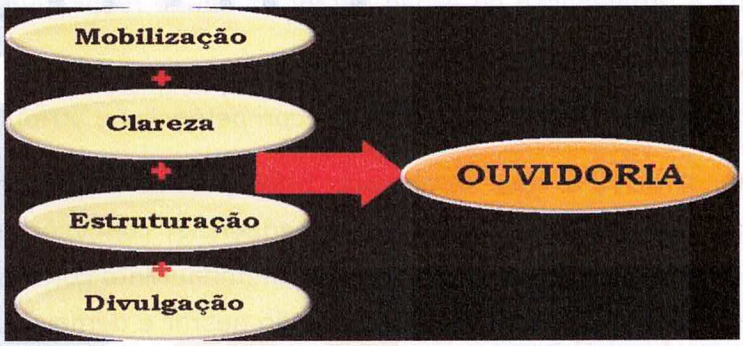
Fonte: SGEP/MS.

- Fluxo de trabalho externo

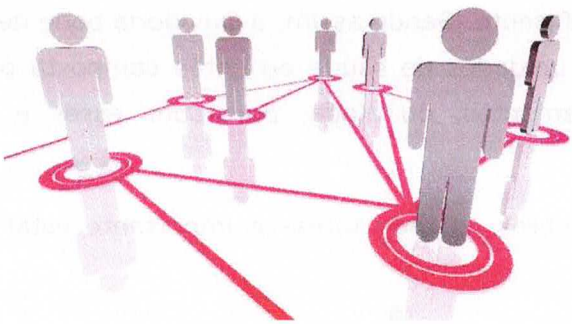
Refere-se aos processos que envolvem o encaminhamento da demanda para as áreas responsáveis, com o estabelecimento de como as demandas serão encaminhadas para as áreas competentes, quando isso não ocorrer via sistema informatizado.

A Ouvidoria Geral do SUS atua por meio de um sistema informatizado, o OuvidorSUS, que permite a otimização de todos os processos de trabalho que permeiam sua ação.

O Sistema OuvidorSUS foi desenvolvido pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS em parceria com o Departamento de Informática do Ministério da Saúde – DATASUS, implantado em 2006. O Sistema tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das Ouvidorias do SUS, facilitar a democratização das informações em saúde, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações, além de gerar relatórios gerenciais; e, também a definição de prazos para o tratamento das demandas.



8.3.4.5 Estabelecendo a rede da Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde



Uma Ouvidoria se constitui de estrutura física, de organização jurídica, de recursos humanos e de sua rede. A origem dessa palavra vem do latim "retis", que significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento e estrutura reticulada a palavra foi ganhando novos significados ao longo do tempo. Nas duas últimas décadas prevaleceu a noção de alternativa prática de organização que possibilita processos capazes de responder às demandas com flexibilidade, conectividade e descentralização das suas estruturas integrantes.

A Ouvidoria é responsável por receber as manifestações, analisar e encaminhar para a área responsável, constituindo, assim, o canalizador e intermediador das manifestações do cidadão. Isso significa que a rede de uma Ouvidoria pode ser entendida como a extensão desse processo, pois para o trabalho da Ouvidoria ser efetivo é necessário que essa possua articulação com as áreas responsáveis para a resolução da demanda. A rede nada mais é do que as áreas, órgãos ou instituições que serão responsáveis por responder ou resolver as demandas acolhidas.

Para a estruturação de uma rede, inicialmente, é necessário que a equipe da Ouvidoria apreenda a organização do órgão gestor da saúde respectivo, para que a estruturação da rede não fira a organização do mesmo.

Também se faz necessário conhecer as competências e atribuições de cada

área que integrará a rede. Estabelecer uma rede, assim, significa em primeiro lugar, seguir os princípios e diretrizes do SUS e, na sequência: conhecer as competências e atribuições das áreas que integrarão a rede para encaminhamento correto das manifestações; seguir e respeitar a lógica e a organização do órgão gestor e demais instituições envolvidas; discutir com equipe, a gestão e com os parceiros as propostas de fluxos, prazos, processos de trabalho, responsabilidades e agentes responsáveis em cada ponto da rede.

Deve-se analisar, ainda, o perfil das entidades que farão parte da rede, de forma que o percurso da demanda seja rápido e eficiente. Sendo assim, a Ouvidoria pode determinar se a rede será composta por todas as unidades de saúde ou então composta por todas as unidades de saúde e seus departamentos, ou ainda, por todos esses e ainda suas superintendências.

Na discussão com os parceiros membros da rede torna-se importante estar atento aos tópicos seguintes:

- Definição dos objetivos da implantação da Ouvidoria do SUS.
- Importância da Ouvidoria para a gestão e para as áreas envolvidas.
- Canais de entrada e fluxos propostos para a estruturação da rede, inclusive relatórios gerenciais.
- Disponibilização de responsáveis em cada ponto para responder as demandas e pactuação de processos de trabalho com cada integrante da rede.
- Responsabilização definida nas respostas aos cidadãos (Ouvidoria versus da rede).
- Definição de prazos para resposta, formalmente (por lei, decreto, portaria) ou não, mas sempre discutido com a rede.
- Divulgação de informações.
- Colaboração com o desenvolvimento das ações de cada área.
- Fundamento ético quanto ao tratamento das demandas.

As ouvidorias do SUS compõem uma grande rede nacional – o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS – que tem por objetivo proporcionar ao cidadão maior agilidade na resposta às suas manifestações e demandas junto aos órgãos gestores de saúde.

Em suma, o que deverá determinar a composição da rede é:

(a) responsabilidades e competências em resolver problemas;

(b) fluxos voltados para a agilidade do processo, sem desrespeitar a estrutura e o funcionamento dos órgãos participantes;

(c) promoção de compreensão e receptividade em relação à Ouvidoria;

(d) disponibilidade de pessoal para dar andamento aos processos inerentes a uma Ouvidoria do SUS.

As Ouvidorias do SUS, estão integradas, e serão compartilhados compromissos com os cidadãos. Sendo assim, é necessário que a rede tenha conhecimento do processo de trabalho da Ouvidoria, das atribuições da Ouvidoria, das particularidades das demandas sigilosas e em anonimato, da ética envolvida no tratamento da manifestação do cidadão, visto que essa poderá tratar de assuntos relativos a colegas de trabalho ou do próprio interlocutor.

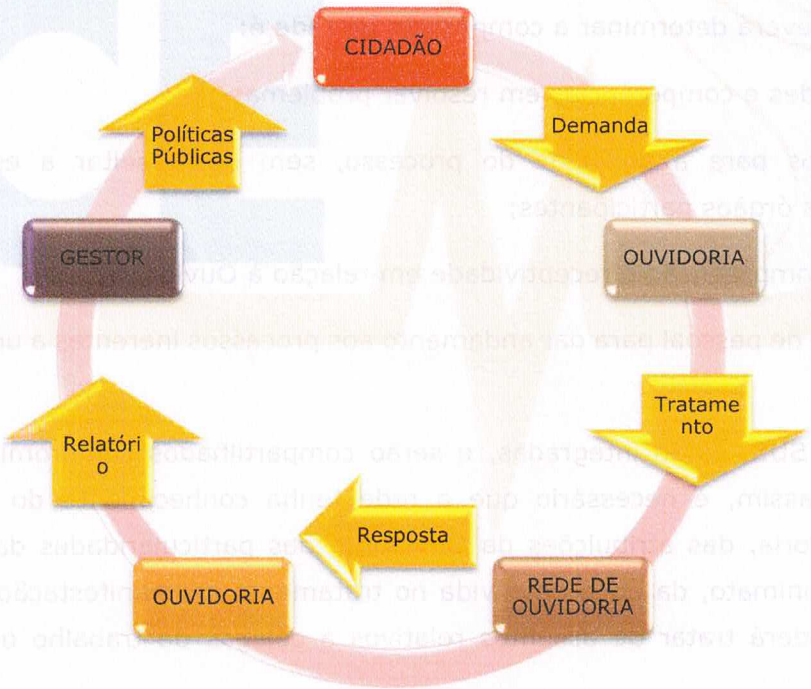
No quadro abaixo a distinção entre membros de uma rede e parceiros, aspecto sistematizado:

Quadro 2 – Membros de Rede e Parceiros

MEMBROS DE REDE	PARCEIROS
Fazem parte da estrutura da secretaria da instituição.	Não necessariamente fazem parte da estrutura da instituição (corpo de bombeiros, exército, ministério público)
Possuem competência direta para responder ou atender demandas	Papel auxiliar na resolução de problemas

Fonte: SGEP/MS.

8.3.4.6 Processos de Trabalho da Ouvidoria



As Ouvidorias do SUS, além de constituírem-se em um espaço para acolhimento das manifestações dos cidadãos, com reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações, são canais democráticos de comunicação que também se destinam a disseminar informações, visando maior efetividade no desenvolvimento de um espaço de cidadania.

O termo disseminar está associado à idéia de difundir, espalhar, "semear", aplicando-se a informações dirigidas não só para o cidadão, mas para os atores do SUS em geral. Tais informações podem ser consideradas verdadeiras ferramentas de gestão. Além disso, a disseminação da informação contribui com eficácia e valor estratégico no fortalecimento da cidadania e na democratização de informações em saúde.

Pode-se dizer que o grande desafio da Ouvidoria do SUS é o de atuar de forma pautada no compromisso e na transparência de suas ações, incentivando as práticas de democratização de informações em saúde como estratégia de controle social. Para tanto, o papel de disseminar informações deve ser um norteador das práticas de todos que atuam nas Ouvidorias do SUS.

A organização dos processos de trabalho numa Ouvidoria do SUS deve seguir algumas recomendações:

- Estabelecer a Ouvidoria como responsável para receber as manifestações no âmbito da saúde. É importante discutir essa ação com as áreas da adminstração que recebem demandas próprias, para que esse trabalho fique centralizado na Ouvidoria.
- Especificar as demandas que chegam à Ouvidoria com um número de tramitação interna na adminstração (como um número de protocolo).
- Estabelecer o modo de encaminhamento dessas demandas para as áreas competentes (via correspondência oficial, e-mail, por exemplo).
- Estabelecer o padrão de análise das respostas recebidas da rede pertinente bem como entrar em contato com o cidadão para informar as providências de sua manifestação.
- Será disponibilizado as informações sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, incluindo o referido informe, por exemplo, nos locais de maior fluxo da unidade.

De acordo com a experiência do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, são quatro os macro-processos de trabalho inerentes à Ouvidoria do SUS:

a-Recebimento das manifestações;

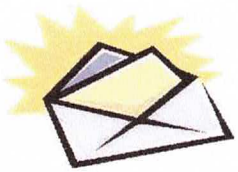
b-Análise e tratamento das demandas;

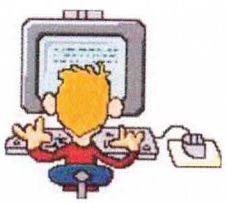
c-Resposta ao cidadão;

d-gestão da informação.

a-Recebimento das manifestações









É importante que os cidadãos tenham amplo acesso às Ouvidorias do SUS, que podem disponibilizar, entre outros, os canais seguintes: caixa de sugestões; cartas; correspondência oficial; fax; internet e telefone, além da forma presencial.

b-Análise e Tratamento das Demandas

Após receber as manifestações pelos diferentes canais de entrada, os técnicos das Ouvidorias do SUS realizam todo o processo de análise e tratamento das demandas, que envolve as etapas de: registro; classificação; tipificação; encaminhamento; e acompanhamento.

Registro

Para registrar uma manifestação, é importante ter em mente os princípios de: (a) P*erguntas de Sondagem e Confirmação* – entendidas como a operação de pesquisar, explorar, investigar cautelosamente e perguntar de forma direcionada, com o objetivo de compreender o relato do cidadão e identificar o que responder e/ou registrar., no âmbito de operações de avaliação e equilíbrio, de forma a colaborar na compreensão correta da mensagem do cidadão; (b) *Coleta de Dados:*, o que equivale dizer que uma boa sondagem contribui para qualidade da resposta e para o registro das demandas com todos os dados necessários ao processo de análise e tratamento; demandas sem dados completos podem dificultar todo o processo e até impossibilitar sua resolução.

Classificação

Todas as manifestações são classificadas de acordo com as categorias operacionais discriminadas no quadro abaixo: Quadro 3 – Classificação das Manifestações

DENÚNCIA	**Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade na administração ou no atendimento por entidade pública ou privada de saúde.**
ELOGIO	Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
INFORMAÇÃO	Comunicação, orientação ou ensinamento relacionado à saúde.
RECLAMAÇÃO	Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
SOLICITAÇÃO	Comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e serviços de saúde.
SUGESTÃO	Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do SUS.

Fonte: SGEP/MS.

É importante que todas as Ouvidorias do SUS tenham o mesmo entendimento sobre os conceitos acima.

- Tipificação

A tipificação consiste na categorização das demandas, de acordo com assuntos e subassuntos, de importância para a geração de dados precisos e para a elaboração de relatórios gerenciais fidedignos, potencializando o papel das Ouvidorias do SUS como instrumentos de gestão.

- Encaminhamento

Para o encaminhamento das demandas, é necessária a criação e o conhecimento pleno dos fluxos na rede principal ou nas sub-redes da Ouvidoria do SUS, que receberá as demandas de acordo com sua competência.

- Acompanhamento

Todo o acompanhamento do processo pode ser realizado pelo status da demanda, e pode ser otimizado com a utilização de um sistema informatizado. Além do *status*, a prioridade também deve ser considerada. É essencial a interlocução com os serviços que fazem parte da rede, responsáve diretos pela resolução das demandas.

- - STATUS DAS DEMANDAS

Este aspecto é sistematizado no quadro que segue:

Quadro 4 – Status das Demandas

NOVA	**Quando a demanda foi inserida no sistema, mas ainda não foi tratada pelo técnico.**
ENCAMINHADA	Quando o registro foi encaminhado ao órgão competente, que ainda não tomou conhecimento do mesmo.
EM ANÁLISE	Quando o registro já foi visualizado e está em análise pelo órgão competente.
CONCLUÍDA	Quando o órgão competente insere a resposta com as providências adotadas para o caso.
REENCAMINHADA	Quando a resposta do órgão competente não é satisfatória, a demanda é reencaminhada.
FECHADA	Quando a Ouvidoria considera a demanda resolvida pelo órgão competente.

Fonte: SGEP/MS.

(c) Resposta ao cidadão

Ouvidoria deve manter o cidadão informado sobre todo o processo de tramitação de sua demanda. O cidadão também deve ter possibilidade de entrar em contato com a Ouvidoria para fazer o acompanhamento, bem como para incluir novas informações em sua demanda.

As Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

(d) Gestão da Informação

A Gestão da Informação pode ser entendida como toda ação relacionada à obtenção da informação adequada. Ou seja; a informação disponibilizada de forma correta, para a pessoa indicada, a um custo adequado, no tempo oportuno, em lugar apropriado, para tomar a decisão mais acertada.

A explicação sobre gestão da informação remete à gestão dos próprios recursos de informação. Esta pode ser entendida como o processo de organizar dados para alcançar os objetivos institucionais. Visa à construção do conhecimento de modo a favorecer a reflexão e a percepção da realidade.

Alguns processos da Gestão da Informação devem ser conhecidos, de acordo com a síntese do quadro abaixo:

Quadro 5 – Processos de Gestão da Informação

Prospecção, seleção e obtenção de dados e de informação a partir de fontes oficiais.
Mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação.

Fonte: SGEP/MS.

Por meio de uma gestão adequada da informação, as Ouvidorias podem:

- subsidiar a tomada de decisão;
- formular diretrizes, políticas, programas, prioridades;
- delinear cenários futuros e atuação junto à sociedade;

Tratamento, análise e armazenamento da informação utilizando tecnologias disponíveis.
Disseminação e mediação da informação ao público interessado.
Criação e disponibilização de produtos e serviços de informação.

- estabelecer indicadores de desempenho;
- dimensionar a imagem institucional;
- atualizar os profissionais e contribuir para sua orientação técnica e administrativa.

Além disso, são capazes de: informar a população e contribuir para o fortalecimento participativo na gestão da saúde; prestar orientações básicas relativas à saúde individual e coletiva, bem como os serviços e gestão do SUS; estreitar os vínculos ente o sistema d saúde e seus usuários, (ampliando as possibilidades de acolher e minimizar os anseios da população, além de conhecer suas expectativas).

Algumas atribuições envolvidas na prática de Gestão da Informação em Ouvidoria devem ser evidenciadas, de acordo com a síntese abaixo:

Quadro 6 – Atribuições na Prática de Gestão da Informação em Ouvidoria

Organizar, analisar, interpretar e disseminar informações e demandas provenientes do Sistema OuvidorSUS
Elaborar indicadores de avaliação e monitoramento do sistema informação adotado pelo serviço de Ouvidoria
Formular e proceder a respostas aos usuários e parceiros, acerca das demandas relativas
Elaborar relatórios e periódicos gerenciais, temáticos e segmentados, cuja analise, conteúdo e linguagem devem ser ajustados ao contexto e objetivos do destinatário. As estratégias adotadas devem se orientar pela finalidade de fomentar a disseminação e apropriação comum da informação
Articular, intersetorial e interdisciplinarmente, para promover o aprimoramento dos recursos de informação e da Ouvidoria como um espaço de cidadania.

Fonte: SGEP/MS.

As Ouvidorias do SUS devem estar atentas, também, para alguns dos instrumentos de Gestão da Informação do SUS, que devem ser somados aos recursos estabelecidos localmente. Estas ferramentas possibilitam a captação, extração e análise de dados de Ouvidoria, fazendo parte de sistemas próprios da Ouvidoria Central do SUS. São elas:

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO
UNIDADE DE RESPOSTA AUDÍVEL – URA
SISTEMA WEB REPORT
SISTEMA OUVIDOR-SUS
HOME PAGE DA OUVIDORIA
SISTEMAS OFICIAIS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO OFICIAIS

Sistema Informatizado OuvidorSUS

Apresentação dos requisitos básicos para a implantação do OuvidorSUS na Ouvidoria do SUS descentralizada. É imprescindível que a Ouvidoria esteja institucionalmente legalizada, e devidamente implantada, ou seja, com recursos humanos, materiais e tecnológicos para operar em rede.

A solicitação para o uso do OuvidorSUS deverá ser feita por meio de Ofício ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, juntamente com o Plano Operativo disponíveis no endereço <www.saude.gov.br/sgep>.

O sistema OuvidorSUS possui dois Níveis de cesso:

a. Nível I

Para obter o acesso ao nível I, a Ouvidoria deve estar institucionalmente legalizada por meio de Portaria, Decreto, Lei etc.

O nível I de acesso permite às Ouvidorias criarem sua própria rede hierarquizada agilizando o fluxo de trabalho; cadastrarem e encaminharem as manifestações dos cidadãos para outras Secretarias de Saúde dentro do seu estado, hospitais de sua gestão e internamente, departamentos e coordenações da Ouvidoria.

Visando a maior segurança do fluxo de informações registradas no sistema, o nível I apresenta o Serviço de Controle de Acesso - SCA, onde será gerada automaticamente uma senha para cada CPF informado no ofício de solicitação.

b. Nível II

O nível II de acesso é utilizado atualmente por todos os órgãos que possuem login e senha e recebem as manifestações encaminhadas pelo Doges.

O Ouvidor SUS, conforme mencionado, é um sistema desenvolvido especialmente para as Ouvidorias do SUS. É um instrumento importante para o processo de descentralização com a finalidade de melhorar os fluxos de trabalho e permitir autonomia da instituição para registros de manifestações e criação de redes de relacionamento para que venham agilizar os serviços da Ouvidoria.

Segue abaixo a tabulação das pesquisas de satisfação da ouvidoria:

LIMPEZA, ESTRUTURA E								
	PESQUISA DE SATISFAÇÃO - HEJA							
	TOTAL DAS AVALIAÇÕES (INSATISFEITO – SATISFEITO – MUITO SATISFEITO)							
	TOTAL/MÊS							
DEPARTAMENTOS	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEUTRO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	TOTAL	%	
UTI	0	0	0	0	4	4	0%	
NIR	0	0	0	0	3	3	0%	
RECEPÇÕES	1	2	2	132	89	226	21%	
LABORATÓRIO	0	0	0	1	12	13	1%	
ENFERMAGEM	0	0	1	31	48	80	8%	
PRONTO ATENDIMENTO	0	0	1	75	67	143	14%	
EXAMES IMAGEM	0	0	0	0	0	0	0%	
AMBULATORIO	0	0	0	27	42	69	7%	
LIMPEZA ESTRUTURA E ACOMODAÇÕES DO HEJA	1	0	2	242	271	516	49%	
TOTAL GERAL	2	2	6	508	536	1054	100%	
PERCENTUAL	0,19%	0,19%	0,57%	48,20%	50,86%	100,00%		

8.3.4.7 Pop - Procedimento Operacional Padrão – Ouvidoria /Sus

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRAO	Versão nº Revisão nº	Copia Controlada
OUVIDORIA SUS/	Data:	POP.OUVI.001

1. OBJETIVO

Ampliar a participação dos usuários do SUS, garantindo a escuta e resposta aos cidadãos;

Criar um canal direto de comunicação que tenha como característica a independência, a autonomia e a ética, preservando o sigilo do cidadão, conforme a atividade requer;

Avaliar, continuamente, a qualidade dos serviços prestados pelo SUS;

Produzir relatórios gerenciais que subsidiem os gestores na tomada de decisões, além de subsidiar controle social, possibilitando ampla articulação entre esses dois atores.

2. REFERENCIA

- *Constituição Federal de* f988

Artigo 37, parágrafo 3°, inciso 1. Prevê a existência de uma lei que discipline

as formas de participação do usuario na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas a prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuario e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços.

Artigo 196 a 200. Definição da saúde como direito de todos e dever do estado e instituição do SUS

Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, foi dado início â regulamentação do Sistema Único de Saúde

Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada. A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social.

- *Pacto* cfe. Gestão *do SUS (Portaria GM/MS nº 399/2006)*

Eixo 7, tópico 7.1, alínea 'e'. Prevê o apoio a implantação e implementação de Ouvidorias nos municípios e estados como ágio de fortalecimento para o processo de participação social no sus.

Politica Nacional c/e Gestão *Estratégica e Participativa no SUS - Participação US (Portaria GM/MS nº 3.027/2007)*

Vislumbra a implantação de Ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS.

Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde e competências das áreas que o integram, conferindo ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS a missão de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidorias de saúde.

Carta dos Direitos c/os *Usuários da* Saúde *(Portaria GM/MS nº 1.820/2009)*

Contém dispositivo que garante aos cidadãos o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denuncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio da Ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, sigilo e confidencialidade.

Decreto nº 7.903, de *11* de/t/nfio r/e *2013.*

Institui e organiza o Sistema de Gestão de Ouvidoria do Estado de Goiás e da outras providências.

Portaria nº 13, de 05 de junho de 2013 ()

Dispõe sobre a criação/regulamentação da Ouvidoria do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e dá outras providências.

Termo de Cooperação Técnica (DOU 25 de mars de 2013), celebrado entre a União, por intermédio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, e o Estado de Goiás, por intermédio do Hospital.	
Manual das Ouvidorias do SUS (Ministério da Saúde — Secretaria de Gestão Estratégica	
Participativa — Departamento de Ouvidora-geral do SUS — 2014)	
- Lei 13.460 de 26106/2017 da Presidência da República - Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuario dos serviços públicos da administração pública.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Usuários internos e externos (cidadãos e servidores/funcionarios)	Ouvidores e Técnicos da Ouvidoria SUS
5. MATERIALS NECESSARIOS	
Editor de textos, planilha eletrônica, e-mail, formulários, Sistema de informatização hospitalar MV SOUL, Internet, Sistema Ouvidor SUS do Ministério da Saúde Computadores, Impressoras, Material de expediente, Linha telefônica.	
6.DEFINIÇÕES	
Não se aplica.	
7. DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO	

Atender o cidadão que procura a Ouvidoria

Acolher o cidadão e, na escuta qualificada, tanto no atendimento presencial como por telefone, e- mail ou carta, tentar resolver o problema apresentado da forma mais rápida possível. Quando não é possível resolver no momento da manifestação, então será registrada uma demanda no Sistema Ouvidor SUS.

Recebimento da demanda

Receber as demandas. Pelo atendimento presencial, por telefone, e-mail, carta e ainda as registradas na Ouvidoria SUS/SES e na CGE.

Registro

Registrar a manifestação do cidadão, validando as informações com o mesmo e informar ao cidadão o numero do protocolo gerado, no final do atendimento.

Analise

Analisar o teor da manifestação, verificar se ha dados suficientes para determinar a continuidade do processo, se há necessidade de colocar em sigilo e definir para qual setor devera ser encaminhada. Classificar o status da demanda. Tipificar a demanda.

Encaminhamento

Após a analise, encaminhar a demanda para o setor responsável para analise e providências cabíveis.

Acompanhamento

Acompanhar o trâmite da demanda para intermediar as ações, bem como avaliar a resposta do setor e, caso a resposta não seja satisfatória, procura a instância imediatamente superior.

Resposta ao cidadão

Manter o cidadão informado de todo o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS e concluir a demanda.

8. TAREFAS CRITICAS/ESPECIAIS
Visitar usuários no leito e/ou acompanhantes em toda unidade hospitalar (UTIs 1, 2, 3 e 4, enfermarias no térreo, 2°, 3° e 4° andares, sala de emergências, sala de classificação de risco e isolamentos), visando a resolução de problemas, encaminhamento de providências e o fornecimento de orientações sociais bem como esclarecimentos a cerca das normas e rotinas do hospital;
9. INDICADORES
Não se aplica.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
-Livro Ata; -Sistema Ouvidor SUS; -Formulário de demanda
11. CONTROLE DE REVISOES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data da Elaboração	ç

8.3.5 Proposta Para Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na área da saúde, principalmente no que tange o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser, sobretudo, humanizado. O usuário precisa ser tratado de forma única, considerando todas as suas necessidades dentro da rede pública, orientando-o claramente, cordialmente e objetivamente. O tratamento personalizado aumentará sua satisfação em relação o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , e toda a rede.

O SAU na Saúde precisa ser visto além do simples contato entre departamento e usuário, caso contrário deixa a impressão de que as outras áreas não estão inseridas neste processo. Os clientes dos serviços de saúde, mais do que em qualquer área, necessitam de cuidados especiais, face à compreensiva fragilidade emocional a que estão submetidos (ou algum membro familiar). O SAU também é um importante instrumento de qualidade. Tem como objetivo registrar a opinião do cliente/usuário ou seu responsável e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais que o assistiram durante a sua experiência no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relaçã interpessoal e qualidade das instalações físicas e equipamentos, por meio de diversos canais de interação.

Os usuários são importantes fontes de opiniões e sugestões, por isso, ele é fator determinante na gestão. As suas informações auxiliam na mensuração da qualidade, contribuindo dessa forma para a melhoria dos serviços oferecidos. Os resultados demonstram que o usuário está atento a falhas na prestação da assistência, comparam padrões de atendimento e de comprometimento dos profissionais.

Com a expertise em gestão, o Instituto CEM propõe para o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , um modelo que garantirá que o usuário será sempre ouvido: o Programa de Satisfação do Paciente. O objetivo é oferecer diversos canais de atendimento para os usuários, facilitando a interação com os gestores da unidade, bem como unificar todas as manifestações em um núcle condensando as informações de forma eficiente, trazendo chaves de *performance* e análise de indicadores de desempenho.

8.3.5.1 Finalidade SAU

O SAU tem uma função social importante no contexto de atenção à saúde na Unidade Assistencial de Saúde, além da função operacional que, proporciona a oportunidade de melhoria contínua da instituição.

Credibilidade e reconhecimento da Organização, pela sociedade, em virtude do respeito e valorização das suas demandas,

Facilitar os processos de melhoria contínua, com base nas informações advindas dos usuários, visitantes e acompanhantes diretamente envolvidos processo de atenção à saúde, além de profissionais de saúde e fornecedores.

Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos usuários na gestão da Instituição.

Reconhecer a importância da participação dos usuários para a melhoria dos serviços. Atuar como órgão representativo dos interesses dos usuários junto à diretoria da Organização.

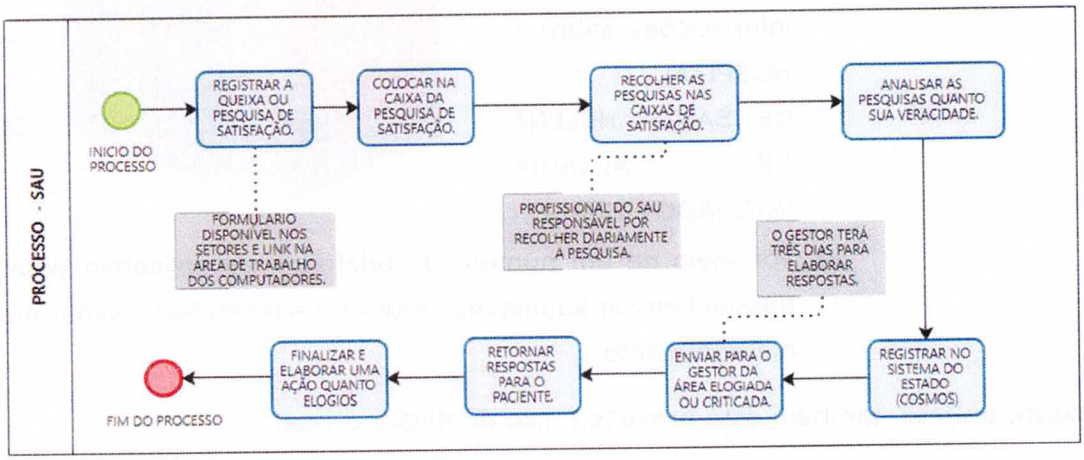
Resolver conflitos com os usuários extrajudicialmente, dentro da própria Organização.

Este projeto propõe a implantação de um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO SAU para a Unidade, serviço este que será um canal permanente para receber sugestões e reclamações de pacientes, visitantes e acompanhantes, tornando se importante instrumento de melhoria do atendimento aos usuários, com resposta rápida durante. o horário comercial e, fora desse horário, possibilita controle e acompanhamento dos casos com o devido retorno, da informação acerca das providências, para os usuários.

Horário Segunda a Sexta-feira de 8 às 18h.

O SAU deve ser independente, reportando e diretamente a Área Psicossocial.

FLUXO DO SAU:



8.3.5.2 Canais de Atendimento

Os diferentes canais de atendimento têm como objetivo ampliar o acesso dos usuários aos gestores. A facilidade de comunicar-se com a unidade permite manifestações mais detalhadas e propicia ainda mais a realização de elogios. Segue abaixo a descrição destes canais:

Caixas de Opinião: Instaladas nos setores, as Caixas de Opinião servem para coletar informações mais detalhadas dos usuários. Eles podem escrever, além de sugestões, denúncias ou reclamações de forma discursiva. As opiniões serão coletadas semanalmente, digitadas e enviadas por e-mail para as equipes responsáveis.

Segue abaixo modelo da caixa de pesquisa de satisfação:

Central de Atendimento: Constituída por telefone, e-mail e via aplicativo WhatsApp.

a) Os telefonistas poderão receber as demandas do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , bem como entrar em contato com os pacientes. Com atendimento humanizado, a Central também funciona como canal para colher opinião do usuário.



b) Por meio do e-mail é possível ter informações sobre o trabalho d HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

c) Por meio de um número de telefone, via aplicativo WhatsApp, será possível enviar sugestões, criticas, reclamações e sanar dúvidas sobre o atendimento.

Neste projeto, também está previsto o uso de SMS e e-mail.

Ouvidoria e Ouvidoria Virtual: É o canal de comunicação presencial ou pelo site do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , entre o cidadão e a Instituição. Tem como atribuições receber e examinar, sugestões, reclamações, elogios e denúncias do cidadão, quando não forem solucionadas pelos setores, departamentos e direções responsáveis. Encaminhar aos setores, departamentos e ou direções, a manifestação do cidadão, acompanhando as providências adotadas e garantir o retorno da mesma. Apoiar tecnicamente e atuar com as áreas internas, visando a solução do problema apontado pelo cidadão.

Após encaminhamento da Ouvidoria, as Coordenações e/ou supervisões terão até 05 dias úteis de prazo para responder por escrito os registros encaminhados. Caso a resposta não satisfaça o questionamento contido no registro, este deverá retornar aos supervisores para maiores esclarecimentos e terá mais 03 (três) dias de prazo.

A Ouvidoria, através do seu ouvidor, acompanhará cada um dos casos, tendo como responsabilidade, dar retorno ao usuário no prazo máximo de 10 (dez) dias.

Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , durante o atendmento, após o questionário, haverá um campo especial para deixar a opinião sobre o serviço. Críticas e elogios servem para avaliar o trabalho da equipe e a organização da unidade hospitalar, além de nortear as ações da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Segue abaixo modelo de pesquisa de satisfação a ser utilizada:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Prezado Cliente,

A pesquisa de satisfação traz benefícios para todos os envolvidos.

Sabendo o que o cliente pensa e espera da empresa, os erros tendem a diminuir, os processos são mais bem direcionados e os ajustes são realizados partindo de dados concretos sobre o que deve ser aperfeiçoado.

Este questionário é de natureza confidencial. Ao preencher o questionário tenha em conta que o grau de satisfação:

1 = Muito Insatisfeito, 2 = Insatisfeito, 3 = Pouco Satisfeito, 4 = Satisfeito e 5 = Muito Satisfeito.

***Caso algum item não seja aplicável, responder com "N/A"**

Nº	Indicador	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
1	Desempenho geral no serviço oferecido					
2	Agilidade e clareza no retorno quanto às informações					
3	Relacionamento com a nossa equipe local/ prepostos					
4	Documentação enviada para ateste com qualidade de informações					
5	Desempenho da equipe operacional de execução do objeto do contrato					
6	Observações:					

Comentários:

_____

_____

__

DATA DO PREENCHIMENTO: ___/___/___ **REPRESENTANTE DA UNIDADE:**_____

Obs.: Para cada setor existira uma pesquisa de satisfação especifica.

Site do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO : Os usuários e toda a população terão acesso às informações do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , por meio de um site próprio, onde será possível conferir como funciona o atendimento, se informar sobre o que acontece no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , conferir sobre as formas de acesso, área de abrangência, conhecer cada setor da unidade, entre outras informações.

8.3.5.3 Análise das demandas

As opiniões registradas nos canais de atendimento serão mensuradas e seus resultados analisados pelo Núcleo de Satisfação do Paciente, onde serão discutidos e elaborados planos de ação e ciclos de melhoria. Os elogios serão reproduzidos em informativos pela Assessoria de Comunicação Social e encaminhados para ciência dos interessados e público externo. As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas às Coordenações e/ou Diretorias e aquelas relacionadas ao processo de trabalho das unidades serão encaminhadas aos supervisores, para análise e aproveitamento se for o caso.

A Ouvidoria será responsável pelo feedback (retorno) aos usuários com a solução do caso ou com a análise da demanda.

8.3.5.4 Plano de Comunicação Social

O Plano de Comunicação Social do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO visa à melhoria do relacionamento entre todos os públicos internos da organização, desde usuários, profissionais, prestadores, voluntários e a divulgação das ações e resultados também ao público externo, municiando os veículos de comunicação em massa com dados positivos do trabalho realizado ou gerenciando crises. Para atingir esses objetivos, primeiro faz-se necessária a análise aprofundada dos públicos envolvidos no sistema global de comunicação da instituição. Este é um item prioritário no planejamento de ações para que esta possa atuar de forma mais efetiva.

Na busca de atingir estes públicos, além do desenvolvimento de todas as atividades inerentes ao setor de comunicação, tais como produção de releases e avisos de pautas, atualização rotineira do mailling, produção de artigos, monitoramento de clipping,

acompanhamento de entrevistas, produção de materiais de divulgação interna (cartões de aniversário, de datas especiais, etc), monitoramento de redes sociais, serão adotadas ferramentas da comunicação, como jornais murais, informativos impressos e eletrônicos, sites, intranet. Todas as ações serão feitas de forma integrada, em encontro aos valores e ideais do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO .

COMUNICAÇÃO INTERNA

Murais

Os informativos fixados nos murais do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , poderão ter periodicidade quinzenal ou de acordo com o volume de notícias geradas. Será fixado nos murais internos e divulgará as ações voltadas para os recursos humanos e valorização dos profissionais, além de notícias de interesse dos usuários. O mural não se restringirá às notícias, mas também poderá ser utilizado como forma de comunicação entre pacientes e profissionais ou pacientes e pacientes, com quadro de recados. Dicas de saúde também poderão ser divulgadas neste espaço.

Segue abaixo modelo do mural a ser utilizado :

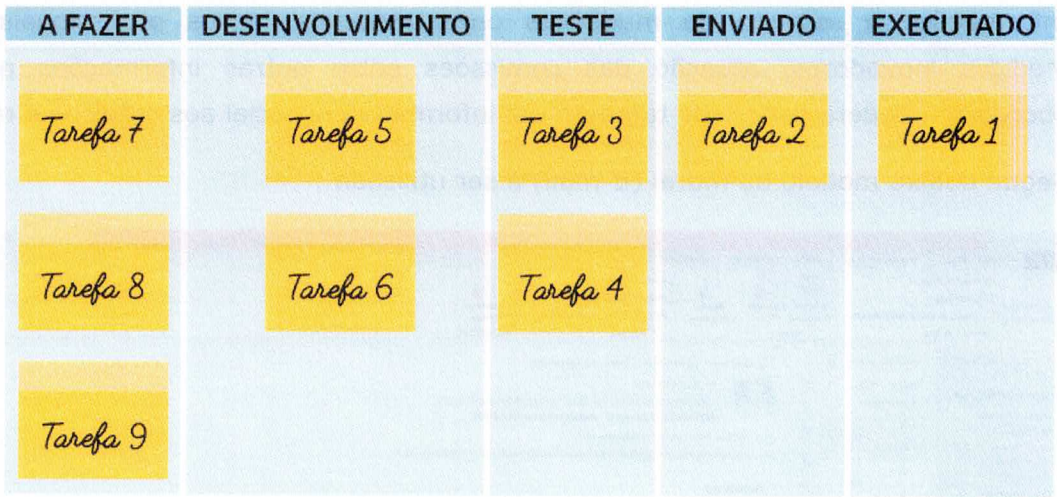
Intranet

Desenvolvimento de uma página de intranet a fim de melhorar a comunicação dos profissionais e ampliar a divulgação das ações promovidas pelo HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO . A página de intranet poderá ter informações cruciais para uma padronização universal da linguagem da equipe, como atuação dos médicos, exames, comunicados urgentes, portarias, resoluções e outros assuntos de interesse do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , primordiais para o conhecimento de toda a equipe de profissionais.

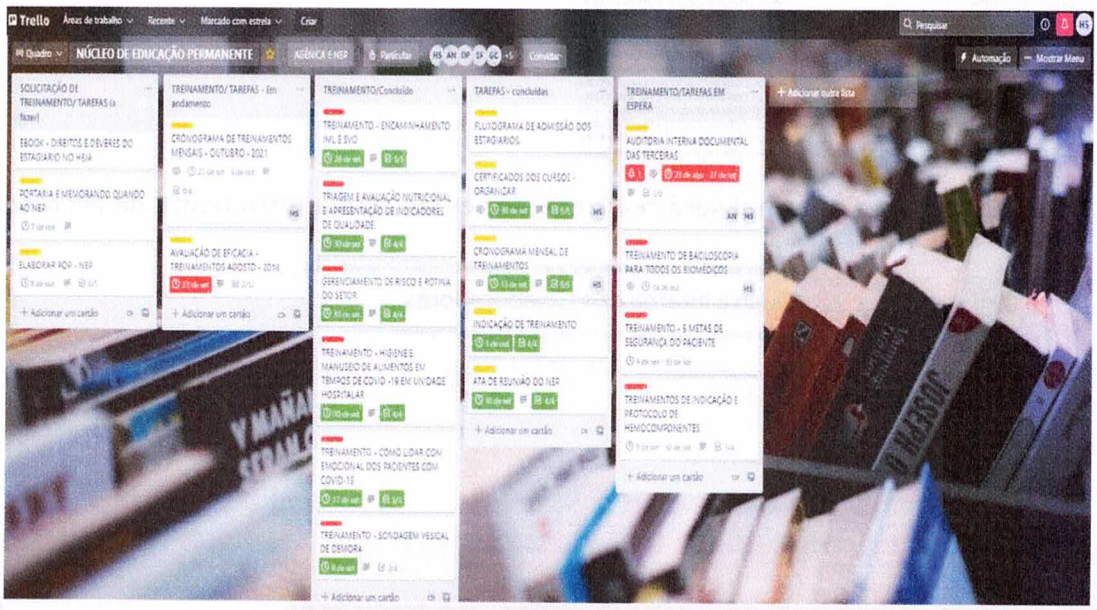
Segue abaixo modelo de ferramenta de gestão a ser utilizada:

O Sistema Kanban originado no Japão nasceu da observação de estoques, a partir da necessidade de repor na hora a quantidade certa dos produtos utilizando "cartões" com

variações de cores cujos significados das diferenças destas, representavam as caixas que estavam armazenadas em estoque. Este sistema se aplica de forma perfeita na área de controle e processamento de uma empresa. Uma forma simples que se efetuada conforme as necessidades da empresa poderão apresentar resultados rápidos e satisfatórios. (JUNIOR, Rui Paulo Pereira. Kanban: Sua utilização na indústria, visando redução de custos através da organização e controle de estoque. Florianópolis, 2003.



Scrum oferece visibilidade das tarefas de um projeto e seu "status"

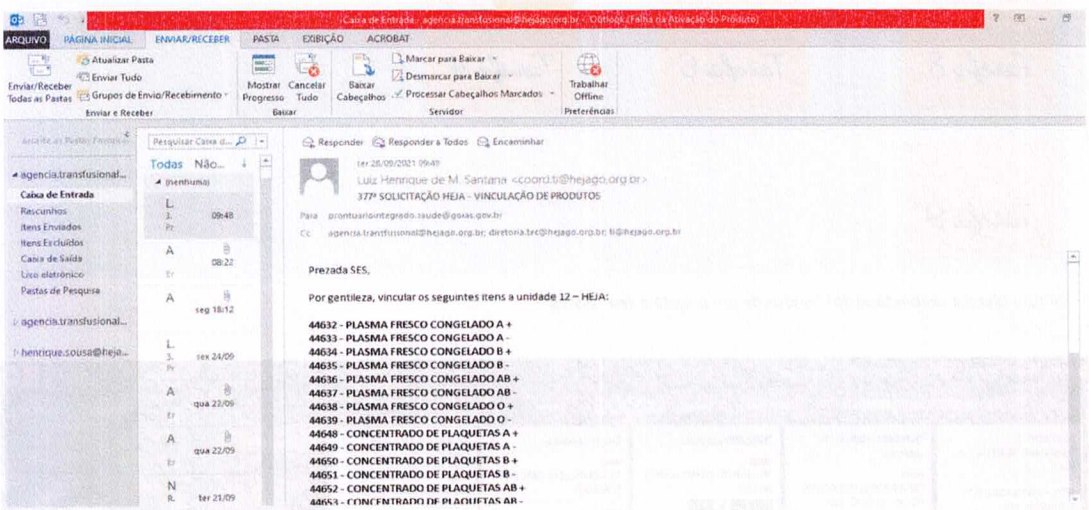


Obs.: Todos os gestores do hospital utilizaram a ferramenta KANBAN para gerenciamento das demandas da unidade.

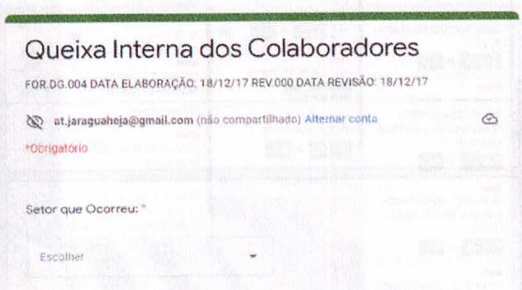
Informativos eletrônicos

Destinado à diretoria e coordenações do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , o informativo eletrônico ou newsletter deverá ser disparado por e-mail e trará assuntos estratégicos para melhorias na gestão da unidade. Informações a respeito de mudanças organizacionais, novos profissionais, trabalhos médicos inovadores, atuação das comissões entre outras informações poderão ser abordadas. Poderá ser criado também um informativo especial aos médicos e residentes.

Segue abaixo modelo do mural (E-mail) a ser utilizado :



Obs.: Comunicação formal será realizada por email com a ferramenta da Microsoft Outlook.

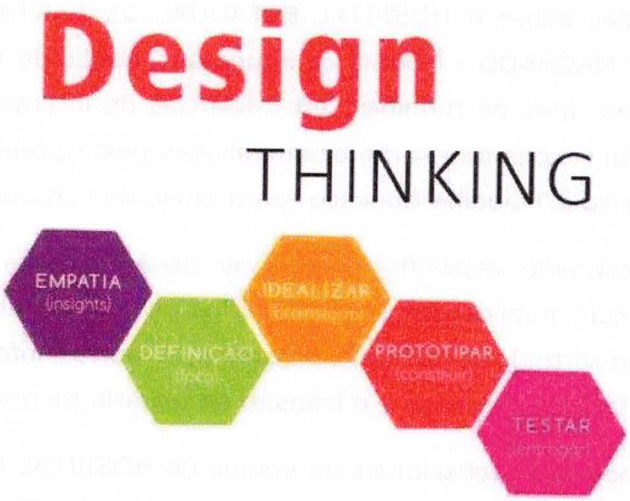


Obs.: A comunicação interna quanto a queixas será realizada atraves da ferramenta Google Forms.

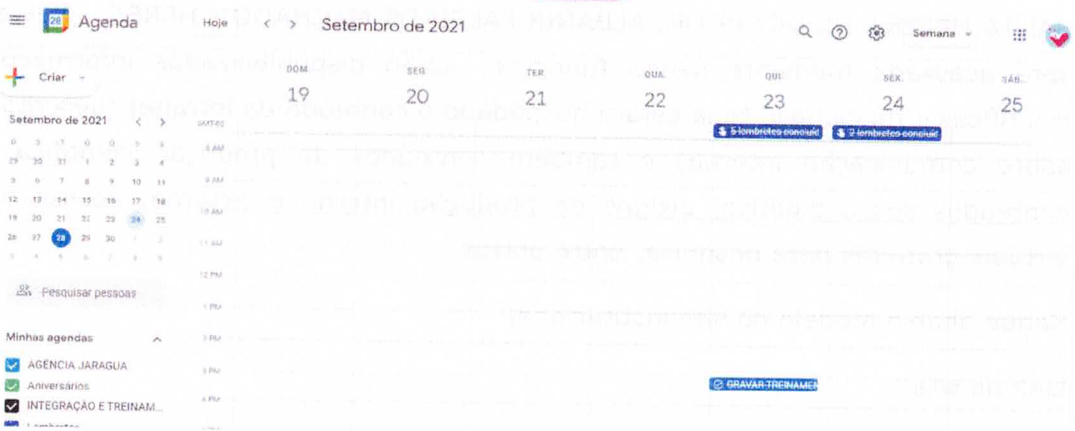
Campanhas

Serão promovidas campanhas internas para incentivar os profissionais a se engajarem em processos ou atividades voltadas para a promoção da imagem institucional do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , como unidade de referência em credibilidade, sustentabilidade, qualidade no atendimento e outras.

Segue abaixo modeo da ferramenta/método que será utilizado para inovação:



Segue abaixo modelo de ferramenta para agendamentos de campanhas no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO :



Obs.: A comunicação por campanhas será previamente organizada pela ferramenta Google Agenda.

COMUNICAÇÃO EXTERNA

Site institucional

O site institucional deve ser a principal ferramenta de pesquisa de seus públicos. Por isso, será composto por 3 (três) conteúdos diferentes: O primeiro será o conteúdo institucional, onde estarão inseridas as informações gerais sobre o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , (quem somos), descriçã dos serviços oferecidos, relatórios de produtividade, Publicações Legais e Licitações (editais e extratos de licitação, etc) Sala de Imprensa (vídeos institucionais, materiais impressos, cópias de reportagens veiculadas sobre o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO na imprensa), Seção de transparência (contratos e relatórios de gestão, atas de reuniões, etc), Notícias de interesse do público externo, Responsabilidade Social (ações que serão desenvolvidas nesta área pela unidade hospitalar), Prêmios, Fale Conosco e Trabalhe Conosco (para envio de currículos).

O segundo conteúdo será destinado especificamente aos usuários, terá informações específicas para este público, com publicações sobre horários de atendimento, telefones úteis, regras de acesso, versão virtual do manual do usuário, e outras informações que forem consideradas úteis para facilitar o acesso e o trânsito do usuário na unidade.

O último conteúdo será destinado aos profissionais da equipe do HOSPITAL ESTADUAL L SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO . Nesta parte, que será acessada mediante senha funcional, serão disponibilizadas informações técnico-científicas e funcionais. Nela estará hospedado o conteúdo da intranet (descrito no capítulo sobre comunicação interna) e também conteúdos de produção científica da equipe, conteúdos sobre bioética, artigos de produção interna e externa, acesso a bibliotecas virtuais gratuitas para pesquisa, entre outros.

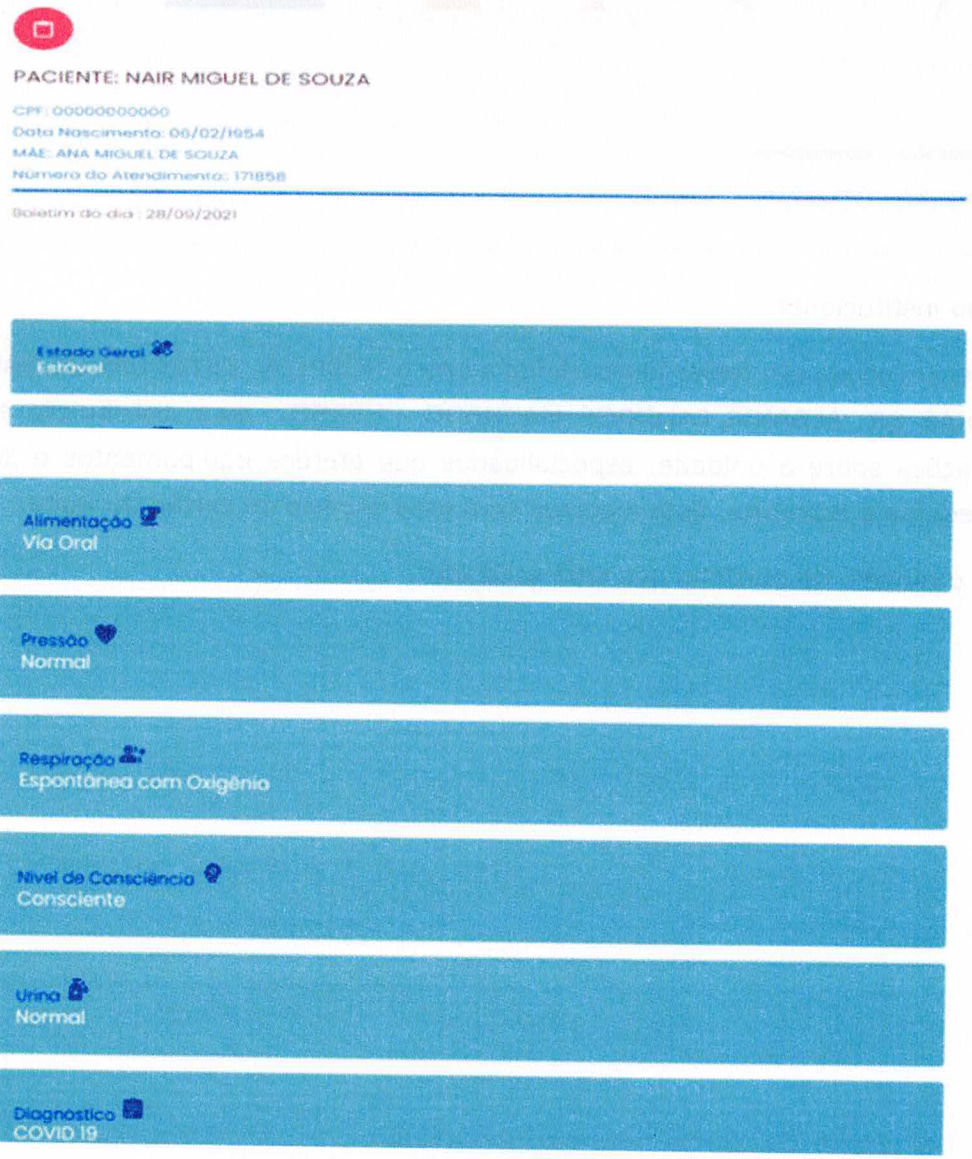
Segue abaixo modelo do site institucional:

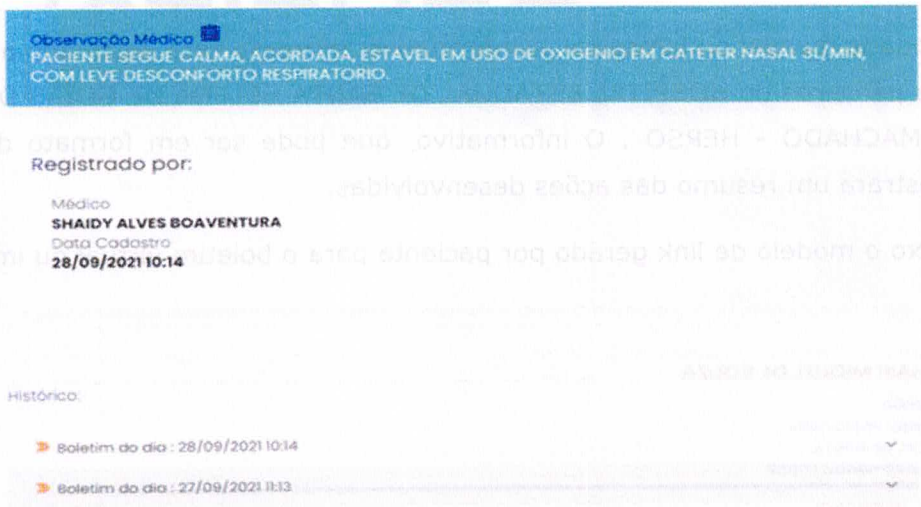
Link do site:

Revista ou boletim impresso

De periodicidade mensal ou bimestral, o informativo impresso será destinado a pacientes e familiares e parceiros do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO . O informativo, que pode ser em formato de jornal ou revista, mostrará um resumo das ações desenvolvidas.

Segue abaixo o modelo de link gerado por paciente para o boletim virtual ou impresso:





Portfólio institucional

Será desenvolvido um folder institucional sobre o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , para distribuição externa, com informações sobre a unidade, especialidades que oferece equipamentos e demais dados sobre equipe e estrutura. Este material será uma espécie de cartão de visita.

Segue o modelo de portfólio que será utilizado:

Regulamento da Unidade para Acompanhantes

Autorização de troca de acompanhante no período da COVID-19

- Devido a pandemia **NÃO SÃO** permitidas trocas de acompanhantes antes de **7 dias de internação, salvo em caso de autorização prévia.**
- As trocas devem ser previamente autorizadas pela **assistente social ou pelo enfermeiro responsável da internação.**

SE HOUVER AUTORIZAÇÃO PARA AS TROCAS OS HORÁRIOS E OS PERÍODOS SERÃO

- Em caso de trocas autorizadas as mesmas só poderão ocorrer após as **24 hrs** que o acompanhante estiver na unidade. **Horário de trocas autorizadas e entrega de pertences:** Das 07h ás 9h.

Regra geral da unidade

- **Não** é permitido na unidade a entrada de: travesseiro, roupa de cama e alimentos.
- Os itens mencionados acima são fornecidos na unidade para pacientes e acompanhantes.

Unidade Humanizada



Orientações e Informações para Acompanhantes

Criança e Adolescente

- Considera-se **Criança**, para os efeitos da Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e **Adolescente** aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Idoso

- O **Estatudo** do **Idoso** assegura à presença de um acompanhante durante sua permanencia na unidade hospitalalar. considera -se idoso, para efeito da lei apartir de 60 anos de idade.

Gestante

- Segundo determina a **Lei 11.108/05**, "os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo perido de trabalho de parto e pós-parto imediato".

Deficiente

De acordo com a Lei n. 13.146/2015, "Art. 9º, A pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário." "Art. 22 À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante..."

Quem pode ser acompanhante?

- Pessoas com **idade** entre **18** e **59** anos; que não sejam portadoras de doenças consideradas de risco. Que estejam bem de saúde, sem sintomas como coriza, dor de garganta, tosse, febre, dor no corpo ou diarréia.

Pacientes nao assegurados por Lei, que necessitam de acompanhante

- Pacientes pós-cirúrgicos membros inferiores.

Higienização das mãos

- Sempre higienize suas mãos antes e após o contato com o paciente. A higienização apropriada das mãos (com álcool gel ou água e sabão) constitui a maneira mais eficaz de prevenir a transmissão de infecções.

8.3.5.5 Programas de Ação do SAU

Módulo 1. Programa Fale Conosco

Funcionará na sala do SAU através de atendimento personalizado às demandas espontâneas dos cidadãos, usuários, familiares e profissionais, pessoalmente ou por telefone.

Módulo 2. Programa Acesse a Unidade Assistencial de Saúde

É o acesso do cidadão (usuário ou não) ao SAU, via Internet, e mail.

Módulo 3. Programa Caixa de Contribuição à Melhoria

Mensagens escritas pelos profissionais da Unidade Assistencial e depositadas em urna para coletar sugestões, críticas etc. dos funcionários sobre o dia a dia, de. trabalho. Podem ser anónimas.

Módulo 4. Programa Ouvindo Você

Visitas às enfermarias e corredores ambulatoriais para o contato com. os usuários, através da busca ativa de suas expressões, sugestões, queixas; elogios e:djvulgação o SAU.

Módulo 5. Programa Telemarketing da Qualidade

Contatos telefônicos com os usuários após atendimento, com a finalidade de averiguar possíveis queixas, Sugestões e elogios sobre os serviços que utilizou na Unidade Assistencial de Saúde, nos diversos setores, proporcionando feedback para a equipe interna da Unidade Assistencial de Saúde.

Módulo 6. Programa Caixa de Sugestões

Questionário de Pesquisa de Opinião, respondido pelos usuários e depositados nas Caixas de Sugestões disponíveis nas recepções da Unidade.

8.3.5.6 Funcionamento Do SAU

O SAU é o órgão representativo do usuário junto à direção da Instituição, destinado a receber, avaliar, divulgar e cobrar solução das reclamações ou sugestões dos usuários, além de propor alternativas de solução rápida e ágil.

8.3.5.7 Horários de Atendimento do SAU:

Com atendimento pessoal direto na sala do SAU, de segunda a sexta feira, de 8:00 as 12:00 h e de 13:00 As 17:00 h demanda espontânea.

Com atendimento por telefone de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 h Com atendimento por correio eletrônico 12 horas por dia.

8.3.5.8 Atuação do SAU:

Toda pergunta deverá ser respondida.

8.3.5.9 Atribuições Do SAU

- Escutar, investigar e representar o usuário junto à equipe diretiva da Unidade Assistencial de Saúde.
- Mediar a resolução de questões conflituosas extrajudicialmente, de forma rápida e ágil.
- Registrar e investigar denúncias, dando respostas ao reclamante no prazo máximo de 3 dias úteis.
- Incentivar os usuários a fazerem uso do SAU.
- Atender pessoalmente aos pacientes, familiares e acompanhantes por demanda espontânea, na sala do SAU, para escuta e registro de suas colocações, sobre os serviços oferecidos vela Unidade Assistencial de Saúde, queixas e elogios ou reclamações.
- Efetuar as ligações telefônicas para pacientes de para busca ativa avaliações sobre os serviços oferecidos pelo HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , queixas, elogios e ou reclamações.
- Atender às intercorrências — chamados: nos vários setores do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , para encaminhar resolver problemas de insatisfação ou dificuldades dos usuários quanto aos serviços oferecidos pelas Unidades Assistenciais de Saúde.

- Realizar visitas aos pacientes nos corredores ambulatoriais, salas de espera, para busca ativa sobre os serviços oferecidos pela Unidade Assistencial de Saúde, queixas, elogios ou reclamações.
- Fazer contatos com gerentes e profissionais dos diversos Núcleos bem como com outros serviços de saúde do Município, para encaminhamento às resoluções dos problemas dos usuários, com relação às responsabilidades da SAU.
- Preparar e encaminhar cartas oficiais para resposta aos usuários. Nenhuma reclamação ou sugestão poderá ficar sem resposta.
- Coletar dados e informações, registrando os e analisando os através de métodos estatísticos.
- Estabelecer indicadores de avaliação, tabulando por motivos, gravidade etc. dos
- Preparar relatórios mensais sobre os registros do SAU, para apresentação aos gestores e diretoria da Unidade Assistencial de Saúde.
- Zelar pelo cumprimento dos direitos do usuário.

8.3.5.10 Estrutura Física Do Sau

- Sala reservada, com mobiliário e material de escritório, para atendimento ao usuário.
- Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao usuário.
- Formulário de Registro de Expressão do Usuário.

8.3.5.11 Atendimento Pessoal Do Usuário

- Acolher o usuário de forma cortês e educada.
- Ouvir atentamente a colocação do usuário, falada, linguagem corporal etc.
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital.
- Esclarecer dúvidas quanto a expressão do usuário.

- Registar a expressão do usuário, à mão ou digitação, no Formulário de Registro de Expressão do Usuário.
- Apresentar o Registro ao usuário para leitura, aprovação e assinatura.
- Corrigir o Registro e reapresentar ao usuário quando for o caso.
- Estabelecer prazo de retorno ao usuário sobre o fato registrado.
- Agradecer ao usuário por sua participação.
- Despedir-se do usuário.
- Não registrar fatos ou assuntos que o usuário não tenha realmente expressado.
- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao usuário.
- Usar linguagem escrita clara e objetiva.

8.3.5.12 Pesquisa Com O Usuário Após Alta Hospitalar

- Ligar para o domicílio do usuário.
- Identificar-se e explicitar o motivo do contato , falar diretamente com o usuário paciente, e quando não for possível, com alguém que o acompanhou enquanto esteve internado.
- Interagir com o usuário em forma de diálogo, mediante roteiro da Pesquisa de Satisfação pós-alta hospitalar.
- Ouvir atentamente sua fala e seus pontos de vista sobre sua estadia no hospital.
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital.
- Agradecer ao usuário por sua participação.
- Despedir-se do usuário.
- Não registrar fatos ou assuntos que o usuário não tenha realmente expressado.

- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao usuário.
- Anotar na relação de usuários de alta hospitalar, a data de contato com o mesmo.

8.3.5.13 Visita Aos Pacientes Internados

- Dirigir-se até o leito onde está internado o paciente.
- Apresentar-se e expor os motivos da visita.
- Interagir com o usuário em forma, a partir do roteiro da Pesquisa de Satisfação do Usuário enquanto internado.
- Ouvir atentamente a expressão do usuário, falada, linguagem corporal etc.
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital.
- Agradecer ao usuário por sua participação e desejar melhorias de saúde.
- Despedir-se do usuário.
- No caso de impossibilidade de visitar a todos os usuários internados, priorizar para visita, aqueles que estão internados há mais tempo.
- Usar linguagem falada clara e objetiva.
- Se o usuário não receber a visita enquanto internado, cuidar para que receba uma ligação telefônica após alta hospitalar.

8.3.5.14 Atendimento De Intercorrências

- Receber chamado de alguma área assistencial da Unidade .
- Dirigir-se ao local de chamada.
- Procurar o solicitante para esclarecer todos os detalhes sobre os motivos da solicitação.
- Realizar intervenção necessária para a solução do problema junto a outros Serviços da Unidade Assistencial, se for caso.
- Dar retorno ao usuário envolvido e ao solicitante.

- Atender a solicitação com a maior brevidade possível.
- Dar retorno ao solicitante, imediatamente após a resolução do problema.
- Usar linguagem falada e escrita de forma clara e objetiva.
- Não havendo possibilidade de solução do problema por vias internas da Instituição

fazer contatos externos com a finalidade de resolver a problemática.

ATENDIMENTO VIA INTERNET

Verificar e-mails recebidos diariamente, período da tarde.

Analisar os registros e responder por e-mail no dia em que foram abertos, mesmo que a resposta definitiva ainda não seja dada na ocasião.

Responder ao usuário por e-mail com o prazo máximo de 24horas.

Caso não seja possível dar retorno em até 24h após o recebimento do registro, justificar a demora junto ao usuário.

8.3.5.15 Registro De Expressão Do Usuário Sus

O formulário a seguir é utilizado para registrar os comentários dos usuários:

" OCORRÊNCIA DURANTE O ATENDIMENTO – Unidade Assistencial de Saúde

---

Data:_____/_____/_____ Hora:_____ Nº

Registro:_____

Usuário:_____

Endereço:_____

Bairro:_____ Cidade:_____ Fone:_____

Situação ocorrida:

_____

_____

_____

_____

Assinatura do Usuário Assinatura do SAU

Providências encaminhadas:

Assinatura

8.3.5.16 Proposta De Pesquisa Periódica/Continua de Satisfação do Usuário, com definição de Uso das Informações.

A percepção dos usuários sobre como são prestados os serviços: na, Unidade de Saúde é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade. Por meio de sua avaliação o sujeito,ó capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além dê favorecer uma humanização do serviço, e constituir uma oportunidade dê saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, Como também permitir a adequação do (mesmo tem relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2006), Esta pesquisa justifica se por se propor a percepção dos usuários. e de satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

As pesquisas de satisfação do usuário acontecerão diariamente e terão um indicativo como meta, tanto de quantidade de pessoas pesquisadas quanto de nível geral de satisfação. Serão oferecidas duas formas de pesquisa, todas de forma eletrônica e com resultados simultâneos, que podem ser acessadas por qualquer gestor, com possibilidade de comunicação direta com o Conecta SUS da Secretaria de Estado da Saúde.

Caixas de Opinião: É quando o usuário poderá, de forma espontânea responder uma pesquisa de satisfação, avaliando as equipe e serviços do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , como as dos médicos, enfermagem e multiprofissionais. A proposta é colocar as caixas em todas as áreas de atendimento do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , São perguntas rápidas e sem nenhuma interferência do profissional das unidades, bem como dispõe de campo aberto para manifestação livre do usuário.

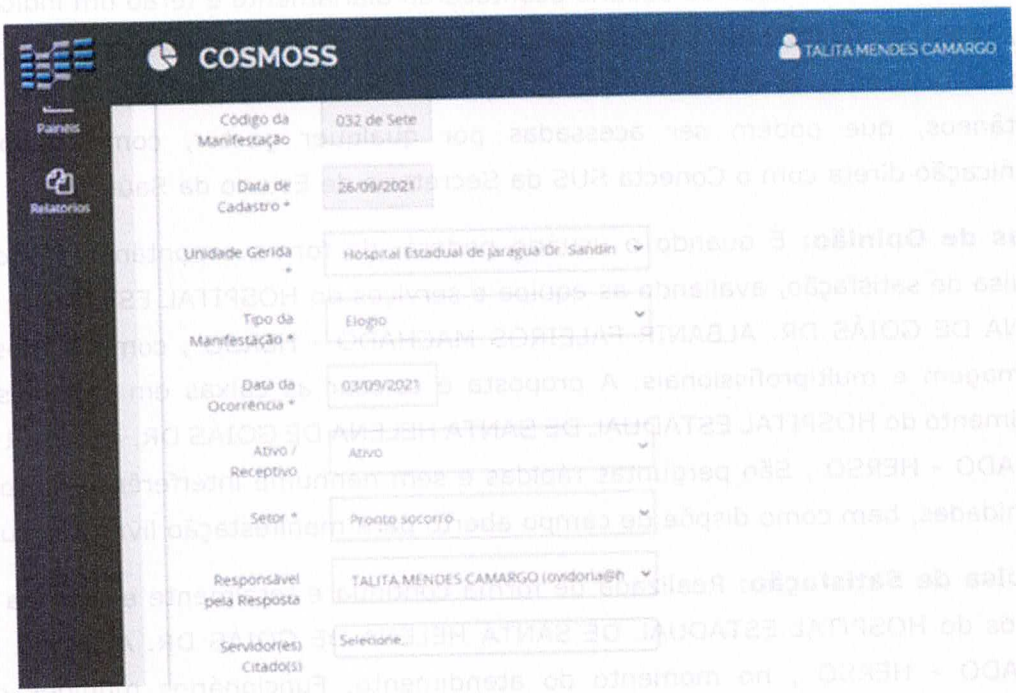
Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , no momento do atendimento. Funcionários munidos de tablets entrevistarão os usuários sobre o atendimento e a estrutura do HOSPITAL ESTADUAL DE

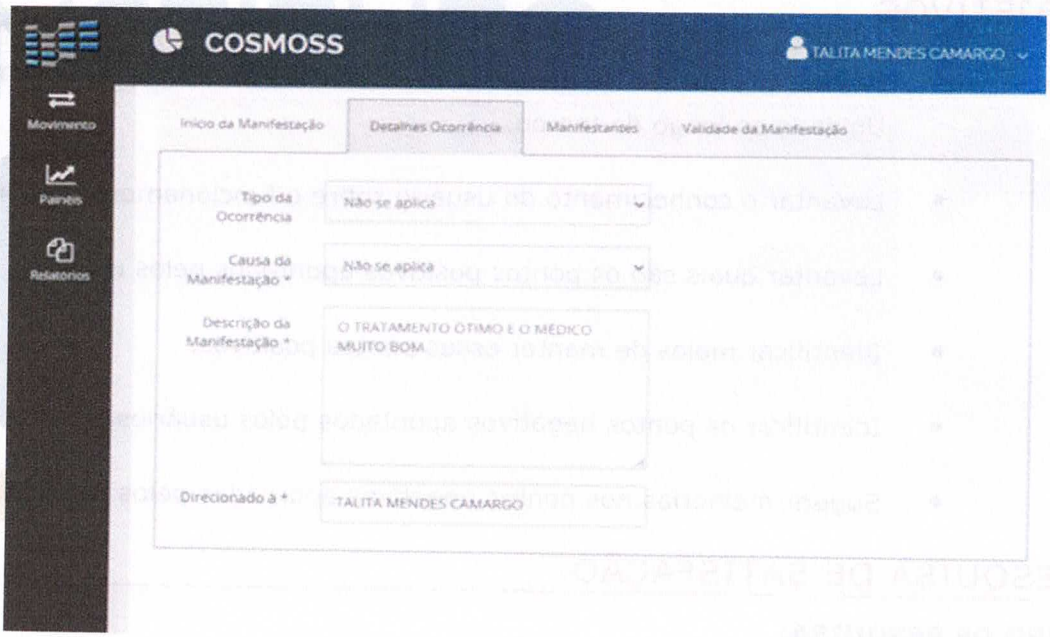
SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , após a consulta e/ou alta hospitalar. O preenchimento do questionário é simultâneo à entrevista.

Segue abaixo o equipamento toten que será utilizado para quantificar a pesquisa de satisfação geral da unidade:

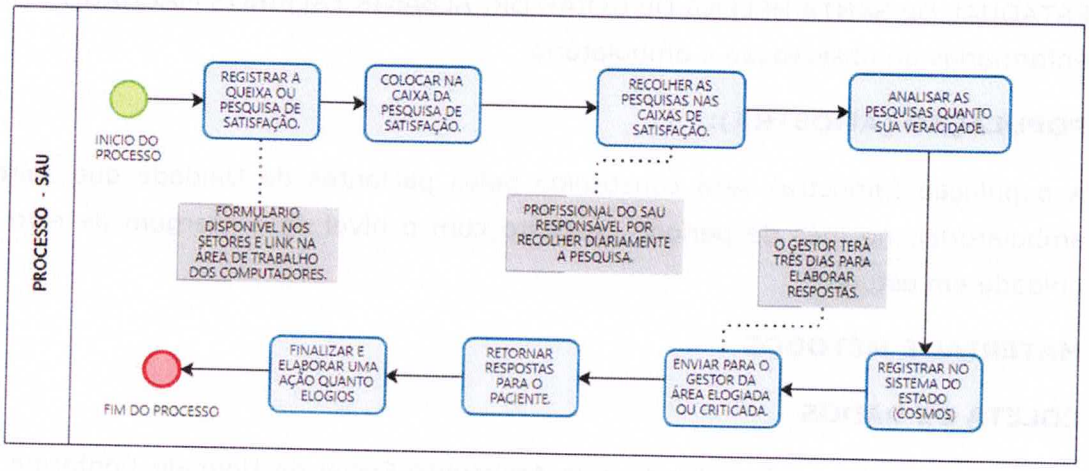


Segue abaixo o sistema que será utilizado para registros das pesquisas de satisfação:





Segue abaixo o fluxo de processos do SAU:



Modelo de pesquisa de satisfação do usuário já implantada em nossa gestão

OBJETIVOS

- Avaliar o grau de satisfação dos clientes e Monitorar o desempenho da Unidade ao longo do tempo.
- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da Unidade.
- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários.
- Identificar meios de manter esses pontos positivos.
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários.
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

TIPO DE PESQUISA:

Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa. A ser desenvolvido no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO , nas enfermarias de observação e ambulatório.

POPULAÇÃO (AMOSTRA):

A população (amostra) será constituída pelos pacientes da Unidade que sàírem.de alta ambulatorial, no mês de período proposto com o nível de e margem de erro de 3% r unidade em estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada pela Assistente Social da Unidade Conforme modelo de questionário apresentado no próximo item.

A pesquisa de satisfação será aplicada a cada mês e as informações *levantadas digitadas no sistema IPPS. Com o resultado da pesquisa será identificada as oportunidades de melhorias e elaborados os Planos de Ação para a implementação das melhorias identificadas.

INSTRUMENTAL (QUESTIONÁRIO)

Sua Opinião Vale Muito Para Nós !

1- Unidade de Observação: _____

Data: _____

2- Está e a sua primeira vez em atendimento neste HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ,

(1) **Sim (2) Não**

3- Faixa etária do entrevistado:

(1) **0 a 4 anos**

(2) **6 a 10 anos**

(3) **11 a 20 anos**

(4) **21 a 40 anos**

(5) **41 a 40 anos**

(6) **41 a 60 anos**

(7) **Acima de 60 anos**

4-Sexo do entrevistado

(1) Masculino (2) Feminino

5-Qual o grau de instrução do entrevistado?

(1) **Não alfabetizado**

(2) **Alfabetizado**

(3) **1 º grau completo e incompleto**

(4) **2º grau completo e incompleto**

(5) **3º grau completo e incompleto**

(6) **NR/NS**

6- Renda Familiar do entrevistado:

(1) **Menos de 1 salário mínimo**

(2) **De 1 a 2 salários mínimos**

(3) **De 3 a 4 salários mínimos**

(4) **Acima de 4 salários mínimos**

7-Qual o nível de satisfação em relação à VIGILÂNCIA? Considerar: cordialidade, agilidade e orientações precisas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

8- Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE MEDICA? Considerar: Cordialidade, agilidade, respeito à privacidade, orientações quanto ao procedimentos e alta

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

9--Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE DE ENFERMAGEM? Considerar: Apresentação dos auxiliares e técnicos de enfermagem, cordialidade, agilidade, respeito a privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

10- Qual o nível de satisfação em relação ao SERVICO SOCIAL? Considerar: Cordialidade, apoio na resolução de problemas e orientações precisas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

11- Qual o nível de satisfação em relação a LAVANDERIA? Considerar: Disponibilidade das roupas para a Obse!ueez qualidade da lavagem e estado de conservação das roupas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

12- Qual o nível de satisfação em relação ao SERVICO DE NUTRICAO E DIETETICA? Considerar: Apresentação dos copeiros, cordialidade dos copeiros e nutricionistas, agilidade, orientações dos nutricionistas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

13- QuaI o nível de satisfação em relação à HIGIENIZACAO? Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, limpeza das áreas comuns e banheiros

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

14-Qual o nível de satisfação em relação a MANUTENCAO PREDIAL? Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, condição da rede elétrica, hidráulica e dos moveis

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

15- Qual o nível de satisfação em relação a RECEPCAO DA ENTRADA PRINCIPAL da Unidade? Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

16.Qual o nível de satisfação em relação ao SAME? (Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas)

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

17- 0 que é mais IMPORTANTE para o(a) Sr.(a) ficar satisfeito com os serviços da Unidade? [LER CADA ITEM] e entre [REPETIR OS ITENS, EXCLUINDO A PRIMEIRA RESPOSTA] qual e a 2ª mais importante?

A conservação e limpeza: (1) (2) (99 NS/NR)

O atendimento dos funcionários: (1) (2) (99 NS/NR)

A capacidade dos funcionários: (1) (2) (99 NS/NR)

O serviço ser feito direto: (1) (2) (99 NS/NR)

A facilidade para conseguir o serviço: (1) (2) (99 NS/NR)

18- Agora vou ler de novo estas características dos serviços e peço que o(a) Sr.(a) de uma nota de "0" a "10" para a QUALIDADE de cada uma.

De "0" a "10", que nota o (a) Sr.(a) dá para:

a) **A conservação e limpeza: (1) (2) (99 NS/NR)**

b) **O atendimento dos funcionários (1) (2) (99 NS/NR)**

c) **A capacidade dos funcionários (1) (2) (99 NS/NR)**

d) **O serviço ser feito direito: (1) (2) (99 NS/NR)**

e) **A facilidade para conseguir o serviço: (1) (2) (99 NS/NR)**

E, de "0" a "10", que nota o(a) Sr.(a), dá para .a qualidade geral dos serviços que o(a) Sr.(a) RECEBEU desta Unidade de saúde?

Nota:_____

Antes de vir a esta Unidade, todo mundo tem uma ideia sobre a qualidade dos serviços que vai receber aqui. Para responder as próximas perguntas, lembre se de como imaginava que seria a qualidade dos serviços desta Unidade antes de ser atendido.

A nota "0" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade muito ruim e a nota "10" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade ótima antes d ser atendido.

Dê uma nota de zero a 10, para dizer como imaginava que seria a qualidade geral dos serviços desta Unidade antes de vir até aqui.

Nota:_____

OBS: Se o entrevistado, espontaneamente, afirmar ser usuário antigo e não se lembrar de como imaginava que seria o serviço, troque os termos "imaginava" para "imagina" e "antes de vir até aqui" para "a cada vez que vem aqui",

Dê uma nota para do serviço, que o Sr.(a) imagina sobre a qualidade dos serviços que irá receber a cada vez que vem até aqui.

De uma nota de "0" a "10" para dizer o que o (a) Sr.(a) imagina com relação a:...

[REPETIR PARA CADA ITEM]

a) **A conservação e limpeza ( ) (99 NS/NR)**

b) **O atendimento dos funcionários ( ) (99 NS/NR)**

c) **A capacidade dos funcionários ( ) (99 NS/NR)**

d) **O serviço ser feito direito ( ) (99 NS/NR)**

e) **A facilidade para conseguir o serviço ( ) (99 — NS/NR)**

PESQUISA DE OPINIÃO AMBULATORIAL

A pesquisa de opinião a seguir será Solicitada a todos nossos pacientes

A pesquisa estará disponível junto às Caixas de Sugestões e também será utilizada quando a pesquisa for feita por meio de telefone.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A sua opinião é muito importante para nós!

Nos ajudará a melhorar cada vez mais o atendimento aos usuários do SUS.

Pedimos um minuto da sua atenção para saber o que você achou dos nossos serviços.

Nome completo (opcional):_____

Contato: _____ **Fone:**_____ **E-mail:**_____

Unidade/setor em que foi atendido(a):_____

Data e horário do atendimento: _____às_____ **horas**

	SIM	NÃO
Para melhorar nossos serviços, diga nos: Sentiu se bem recebido(a), acolhido(a)?		
As instalações estavam adequadas e limpas? A espera, os banheiros, o quarto etc.? Detalhar abaixo, se desejar.		
Houve facilidade de acesso aos diversos setores?		
O ambiente estava limpo e em ordem? A espera, os banheiros, corredores, quarto etc.		
Houve rapidez no atendimento?		
Houve cortesia e profissionalismo?		
As informações foram transmitidas corretamente?		
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?		
Ao procurar o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO você tinha uma imagem idealizada sobre ela. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?		

Comentários/Sugestões:

_____

_____

_____

Contatos da Unidade: _____e mail.. _____
Obrigado por nos ajudar a servi-lo(a) melhor!

PESQUISA DE OPINIÃO PARA PACIENTES

A pesquisa poderá ser respondida pelo paciente no momento do encerramento do atendimento, se o desejar, ou através de contato telefônico do SAU posteriormente.
PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIO

NOME (opcional)				
SEXO	MASC ( )	FEM ( )	IDADE(ANOS)	
ESCOLARIDADE	NENHUMA ( )	FUNDAMENTAL ( )	MÉDIO ( )	SUPERIOR ( )
QUAL A SUA OCUPAÇÃO?		DESEMPREGADO ( )	ESTUDANTE ( )	OUTROS ( )
QUAL FOI O ATENDIMENTO?		CONSULTA ELETIVA( )	EXAMES()	TRATAMENTO ()
QUAL FOI O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO?		ATÉ 30 min ( )	DE A 60 min ( )	
		DE 60 A 120 min ( )	MAIS DE 2 HORAS ( )	
COM0 AVALIA O SEU TENDIMENTO?		ATENDIMENTO MÉDICO SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDEMENTO DE ENFERMAGEM SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDIMENTO DO ACOLHIMENTO SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDIMENTO DA FARMÁCIA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDIMENTO DA SEGURANÇA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		

	ATENDIMENTO DA LIMPEZA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )
AVALIE A PRIVACIDADE DO SEU ATENDIMENTO	TEVE PRIVACIDADE NA CONSULTA?
	TEVE LOCAL APROPRIADO PARA A TROCA DE ROUPA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME?
NO CASO DE FALTA DE MEDICAMENTOS	SEMPRE RECEBE ORIENTAÇÃO?
	QUASE SEMPRE RECEBE ORIENTAÇÃO?
	POUCAS VEZES RECEBE MEDICAÇÃO?
	NUNCA RECEBE ORIENTAÇÃO?

AVALIE AS CONDIÇÕES DE LIMPEZA DA UNIDADE				
SALA DE ESPERA	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR	RUIM( )
CONSULTÓRIOS	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
SALA DE COLETA	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
BANHEIROS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )

AVALIE AS CONDIÇÕES DE CONFORTO DA UNIDADE				
SALA DE ESPERA	MUITO BOA ( )	BOA()	REGULAR ( )	RUIM ( )
CONSULTÓRIOS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
SALA DE.COLETA	MUITO BOA	BOA()	REGULAR ( )	RUIM ( )

BANHEIROS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
AVALIE A SINALIZAÇÃO DA ESTRUTURA DA UNIDADE				
SETOR DE INFORMAÇÃO	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
SETOR DEDOCUMENTAÇÃO	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
RESULTADO DE EXAMES	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
LOCALIZAÇÃO DE SALAS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
OUTRAS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
VOCÊ SABE O QUE É O SAU?		VOCÊ CONHECE O SAU DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ? S() N.()		
VOCÊ JÁ UTILIZOU O SAU DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO ?				
AVALIE O ACESSO AO SAU	MUITO DIFÍCIL (	DIFICIL()	FÁCIL()	MUITO FÁCIL()
CASO TENHA UTILIZADO, COMO FOI A RESPOSTA?		SATISFATÓRIA ( )	NÃO SATISFATÓRO ()	NAO HOUVE()

REGISTRE SUAS OBSERVAÇÕES CRÍTICAS, OU SUGESTÕES:

UTILIZAÇÃO DO RESULTADO DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

As pesquisas serão transformadas em indicadores para que possam ser interpretadas muito mais rápidas e muito mais facilmente, sem a necessidade de analisar extensos documentos.

Os indicadores se subdividem em:

- indicadores de satisfação dos usuários, provenientes das pesquisas ativas e passivas junto aos usuários,
- indicadores de ocorrências de Insatisfação usuários manifestam desagrado objetivas e
- indicadores de falhas operacionais onde são registrados os erros operacionais que impactaram no atendimento elou satisfação dos usuários.

Os indicadores serão computados mensalmente e enviados para a Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, Gerência de Enfermagem e Chefias das Clínicas.

As áreas operacionais deverão responder a todas as ocorrências que forem de insatisfação dos usuários (o grau de insatisfação do usuário é alto) e a todas as ocorrências de falhas operacionais.

As pesquisas que identificarem insatisfações e/ou sugestões de melhorias deverão ser tabuladas e consolidadas por área e assunto.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O Consentimento Informado é uma exigência legal no atendimento de unidade saúde, quando existe a necessidade de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que envolvam algum risco ao paciente em decorrência de ato cirúrgico ou uso medicamentoso.

O modelo de Consentimento Informado a ser utilizado na atividade Assistencial de Saúde:

Por este instrumento particular o(a) paciente Sr.(a) _____, RG:_____, CPF:_____ e demais familiares e responsáveis por mim declaramos por solicitação verbal do médico assistente, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) Régis Vieira de Castro, inscrito(a) no CRM-GO sob o nº12014 e RQE 8128, que por livre e espontânea vontade o procuramos para tratamento na área de ORTOPEDIA para a doença FRATURA DE PUNHO , onde irá proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO COM USO DE PLACA, PARAFUSOS, FIXADOR EXTERNO E FIOS STEIMAN", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. O NOME DO MÉDICO me explicou com termos NÃO médicos do que se trata esta doença e o seu tratamento proposto e eu entendi perfeitamente, tendo sanado todas as dúvidas pré-existentes.

Declaro também que o Dr. Régis Vieira de Castro informou a mim e aos meus familiares as diversas possibilidades de tratamento, sendo decidido por mim que a opção seria o tratamento cirúrgico e a proposta cirúrgica é TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO COM USO DE PLACA, PARAFUSOS, FIXADOR EXTERNO E FIOS STEIMAN com utilização de OPME (descrita anteriormente). Eu estou ciente de como este procedimento é realizado; o Dr. RÉGIS VIEIRA DE CASTRO me explicou em TERMOS NÃO MEDICOS e eu entendi.

Sendo cirúrgico o tratamento, fui também informado que serei submetido ao ato anestésico, e que os eventuais riscos anestésicos devem ser discutidos com o anestesiologista. O Dr. RÉGIS VIEIRA DE CASTRO me indicou procurar o grupo de anestesia do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO onde serei operado. Caso não me manifeste sobre o anestesista de

minha preferência, serei submetido ao ato anestésico pelo plantonista do hospital, ou o designado pelo chefe de anestesia para cumprimento da escala para aquele dia cirúrgico.

Tenho informações e considero que a Instituição Hospitalar onde serei tratado reúne as condições técnicas adequadas.

Declaro, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a ser adotado no tratamento clínico ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Ainda declaro ter sido inteirado de que tal tratamento cirúrgico pode ocasionar complicações (neurológicas e gerais), inerentes ou não ao procedimento cirúrgico, podendo ser permanentes (lesões neurológicas) e inclusive fatais (por ex, infecções ou hemorragias), mesmo porque não existe procedimento médico livre de riscos e, embora todas as precauções sejam tomadas para evitar complicações, certos riscos devem ser considerados em qualquer tipo de cirurgia. O NOME DO MÉDICO me informou que estes riscos existem e não podem ser desconsiderados e eu fui informado e esclarecido sobre eles. Também fui informado que pode haver necessidade de receber transfusão sanguínea, e me autoriza a realizar tal procedimento, cajo haja necessidade.

O NOME DO MÉDICO também me ressaltou que o meu tratamento vai continuar após a cirurgia, por exemplo, com acompanhamento ambulatorial, em consultas médicas, além necessidade de medicação e trabalho de fisioterapia. Também não foi descartado que e' posso ser submetido à outra cirurgia no futuro.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES:

Trombose venosa profunda

Embolia pulmonar

Fratura intra-operatória (novas fraturas)

Lesão vascular

Lesão nervosa

Deformidade Estética

Diminuição da Mobilidade(ADM)

Diminuição de Força

DOR

Distrofia Simpático Reflexa

Ossificação heterotópica

Infecção

Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Sangramento com necessidade de transfusão E OU Anemia

Pseudoartrose (Falha de Consolidação)

Síndrome Compartimental

CID – S52

Infecção hospitalar: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a SCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infectores Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgias Limpas – 2%, Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%, Cirurgias contaminadas – 20%, Cirurgias Infectadas – 40%.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e

questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Código de Ética Médica – Art. 22 - É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34 - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39 - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Por fim, declaro estar ciente do proposto como tratamento, resultados e riscos; bem como todas as informações contidas neste documento.

NOME DO MÉDICO nos deixou a vontade para ouvir opiniões de outros médicos.

Finalmente, nós, considerados responsáveis ou com poderes para decidir junto à paciente, declaramos termos sido devidamente esclarecidos e participado das discussões de tratamento do paciente, concordando com todas as informações recebidas e que tudo acima foi informado e consentido. Assumimos inteira responsabilidade pela veracidade das declarações acima, sob pena das sansões legais.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo (a) médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente

e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

GOIÂNIA _____ de_____ de _____.

Nome:

_____ Ass. do (a) paciente e/ou responsável

_

TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

Medico CRM

8.3.5.17 Proposta De Pesquisa Periódica/Contínua De Satisfação Dos Servidores/Funcionários, Com Definição De Uso Das Informações Pesquisa Periódica de Clima Organizacional

AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO:

A Avaliação de Desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de avaliação e um fator de mobilização em torno do fortalecimento da missão da empresa, devendo ser visto, também como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos nossos serviços.

Este instrumento também, fornece informações tanto aos. empregados, quanto às organizações. Para a empresa, acrescenta subsídios de orientação na: contratação de pessoas mais adequadas, motivação; promoção, treinamento e desenvolvimento norteia ainda, o processo de demissão. Para O funcionário, um feedback adequado que, se conduzido com seriedade é um fator de automotivação pois direciona para um plano de desenvolvimento profissional e consequentemente um maior comprometimento com a empresa.

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

A motivação, por sua vez, constituí em um benefício para a organização que deseja ter funcionários comprometidos no sucesso da empresa e o comprometimento, a satisfação traz maior produtividade e qualidade dos produtos e serviços da organização.

O processo deverá ser efetuado em caráter anual, através do preenchimento de um formulário realizado entre o gestor e seu funcionário e este instrumento visa avaliar os

seguintes fatores: conhecimento do trabalho, produção e rendimento do trabalho, ética profissional, organização, disciplina, iniciativa e inovação, apresentação pessoal, hábito de segurança, atendimento ao cliente, relacionamento interpessoal; espírito de equipe, aprendizagem e adaptabilidade.

O funcionário também participará do processo de avaliação do seu gestor, analisando os seguintes fatores: liderança, espírito de equipe, comunicação, tomada de decisão, desenvolvimento profissional, relacionamento, estabilidade emocional, proatividade, administração de conflitos, gerencia participativa.

Participarão do processo de avaliação, todos os funcionários e gestores que tiverem trabalhado pelo menos 180 dias (6meses), durante o período a que se refere a avaliação.

Os formulários serão entregues aos gestores que repassam a sua equipe para ser efetuado o processo de avaliação da sua gestão, bem como, a avaliação de cada funcionário preenchendo os formulários e em seguida realizando a entrevista individual de avaliação.

A entrevista terá como objetivo proporcionar um momento de ponderação e de feedback entre o gestor e funcionário no sentido de identificar os pontos que merecem ser trabalhados e utiliza essas informações como feedback para o planejamento de suas ações visando a melhoria do desempenho da sua área.

Nesta etapa, o funcionário compartilhará a pontuação atribuída pelo seu gestor e terá a oportunidade de emitir sua opinião acerca da avaliação realizada por sua chefia imediata. Em seguida será elaborado acompanhado do funcionário o seu plano de desenvolvimento profissional em consonância com os aspectos a serem melhorados.

Os gestores deverão assumir um papel de relevância nesse contexto, na medida em. que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais.

O funcionário também terá uma efetiva participação neste processo, pois o. mesmo possui a oportunidade de avaliar o desempenho da sua chefia imediata, sendo um momento onde o gestor recebe um feedback e passa a conhecer como seu funcionário percebe a sua gestão.

Finalmente, os resultados da avaliação são mapeados e apresentados a diretoria de cada área, aos gestores e aos funcionários tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação a melhoria de qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO ORGANIZACIONAL

Apresentação

O sistema público de saúde tem sido um dos alvos privilegiados das iniciativas nacionais de reformulação da administração pública, devido a aspectos como a magnitude de seus gastos e do quantitativo de pessoal nele empregado. Dentre os inúmeros desafios existentes na gestão pública hospitalar, está a redução dos custos e melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários.

O perfil do colaborador do Hospital, a partir do novo modelo de gestão iniciado pelo **INSTITUTO CEM**, vem passando por um processo de mudança bastante significativa e sendo percebida, principalmente, nos métodos e processos de trabalho que hoje buscam acima de tudo, atender aos anseios da sociedade, no que se refere à prestação dos serviços de saúde.

Os serviços prestados apesar de ainda não corresponderem plenamente às expectativas do cidadão estão mais otimizados e com uma substancial melhoria. Uma das causas dessa melhoria pode ser atribuída ao novo perfil exigido ao colaborador, em função do aprimoramento de suas competências, conhecimentos, habilidades e atitudes o que leva a consciência da responsabilidade e comprometimento necessários aos profissionais da saúde.

Ao formular uma proposta de trabalho articulamos questões de saúde/bem-estar dos colaboradores com uma prática de desenvolvimento humano contextualmente mais atualizada, fazendo uso do que há de mais moderno em metodologias de coaching e treinamentos organizacionais como práticas de formação, manutenção e de evolução pessoal e profissional.

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para subsidiar a gestão por competências através da efetiva implementação do Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional a partir da Avaliação de Desempenho e que será traçado neste Programa pela Gerência de Recursos Humanos em parceria com os órgãos superiores e gerências, estratégias para identificação das competências que interferem no desempenho do colaborador e que possam ser aprimoradas por meio do plano de desenvolvimento individual.

Na prática, o Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, é um conjunto de ações que tem o objetivo de contribuir com a valorização dos colaboradores e o aperfeiçoamento de suas competências individuais.

É uma abordagem humanizada que busca ir além dos aspectos puramente profissionais para levar em consideração também as qualidades psicossociais e emocionais de cada indivíduo.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Identificar efetivamente através do Sistema de Avaliação de Desempenho Individual as competências que interferem no desempenho do colaborador e que possam ser aprimoradas por meio do Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Permitir o acompanhamento contínuo do colaborador, visando a melhoria e aprimoramento de seu trabalho, bem como a melhoria do clima organizacional;

- Subsidiar a gestão por competências;
- Promover ações para o desenvolvimento pessoal e profissional do colaborador como forma de viabilizar o alcance das metas institucionais;
- Assegurar a aplicação do sistema de avaliação de desempenho com os respectivos planos de desenvolvimento individuais;
- Subsidiar a Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento na Política de Gestão de Pessoas;
- Traçar ações que proporcionem aos colaboradores uma boa leitura da definição dos indicadores de comportamentos, proporcionando maior compreensão do significado dos fatores, com processos de treinamento e capacitação mais eficientes;
- Definição efetiva dos Planos de Desenvolvimento Individual a partir das necessidades detectadas nas avaliações das competências;
- Fortalecer ações para o cumprimento dos objetivos estratégicos ligados à Perspectiva de Aprendizado;
- Melhorar a adesão de colaboradores e gerentes ao Sistema de Avaliação de Desempenho;
- Atrair talentos cada vez mais qualificados;
- Aumentar os níveis de satisfação dos colaboradores diretos e indiretos;
- Maior qualidade na prestação dos serviços de saúde elevando a imagem do Hospital e por consequência melhorando a imagem do SUS – Serviço Único de Saúde.

Justificativa

O planejamento e a execução das políticas de recursos humanos, representam estratégia de suma importância para a melhoria da qualidade dos serviços, que repercutem diretamente nos resultados institucionais e, estes resultados representam a satisfação da sociedade em relação aos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, o processo de avaliação de desempenho promove embasamento para julgar sistematicamente o resultado do trabalho dos servidores, podendo fundamentar

decisões em relação a aumento de salários, promoções, transferências e afastamentos. A organização pode ainda utilizar estes dados obtidos, para demonstrar para o colaborador como está o seu desempenho, reforçando neste, comportamentos que agreguem valor a instituição e investindo nas potencialidades identificadas (DUTRA, 2008).

Gestão por competências é um sistema de gestão desenvolvido no sentido de identificar e gerir perfis profissionais que proporcionem um maior retorno à instituição, identificando os pontos fortes, de excelência e as oportunidades de melhoria, suprindo lacunas e agregando conhecimento.

Neste contexto com o objetivo de formalizar e registrar o acompanhamento eficiente do colaborador, acompanhamento integrado aos propósitos da instituição, foi implantado na Unidade o SIAD/PDI(Sistema de Avaliação de Desempenho e Plano de Desenvolvimento Individual), com a utilização da Avaliação de Desempenho por competências.

A partir da análise dos relatórios do primeiro período avaliativo (primeiros trina dias do programa) observa-se pontos críticos e inconsistências que demandam o estabelecer de planejamento organizacional para que essa ferramenta atinja suas finalidades, quais sejam: promover o desenvolvimento pessoal e profissional do colaborador, elevar a qualidade dos serviços prestados e promover o bem estar num clima organizacional positivo. Os registros traçam os planos de desenvolvimento em busca de evidências do entendimento real dos propósitos da ferramenta, uma vez que as ações de treinamento sugeridas são vinculadas à prática dos colaboradores ou trata-se de ações específicas não relacionadas a programas de capacitação.

Diante de uma provável incompreensão do significado dos elementos do programa por ausência de uma boa leitura da definição dos indicadores, serão ministradas palestras temáticas coledtivas e posterior devolutiva individual ao colaborador sobre os resultados de sua avaliação e na identificação de necessidades de desenvolvimento específico.

A elaboração do Plano Desenvolvimento do Colaborador do Unidade de Saúde a partir da Avaliação de Desempenho busca atender as diretrizes da unidade, por meio do desenvolvimento de um corpo funcional qualificado, com as competências necessárias ao

cumprimento de suas metas para o desenvolvimento da sua missão. Nesse cenário, o Programa de Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento busca traçar estratégias para a efetiva formação de um corpo funcional possuidor de competências essenciais à execução de suas atividades, conforme as atribuições de seu cargo ou da área de sua lotação/atuação.

Conclusivamente, é interessante destacar que o próprio departamento de RH passou e continua passando por grandes mudanças ao longo das décadas. Além de serem responsáveis por boas contratações, os especialistas na área devem, cada vez mais, ir além da experiência profissional informada no currículo e desenvolver um olhar estratégico para avaliar se o perfil dos candidatos é compatível com o perfil da Unidade de Saúde. Nesse cenário, o Programa DPP otimiza ainda mais esse processo, englobando práticas, como identificação de falhas nas rotinas administrativas, avaliação das competências dos profissionais mais antigos, reflexão sobre a necessidade de investir em processos seletivos, disseminação de novos conhecimentos e processos de capacitação frequentes, promoção de um ambiente aberto a feedbacks e análises qualitativas. Essa postura permite que a Unidade de Saúde não apenas preencha as vagas disponíveis, mas possa contratar ou promover talentos realmente comprometidos com os propósitos da organização.

PÚBLICO-ALVO

Todos os colaboradores atuantes no Hospital (Servidores /Funcionários / terceirizados) deverão participar das ações descritas no Programa.

ESTRUTURA:

O programa de desenvolvimento humano do INSTITUTO CEM , tem como pilares o acolhimento e a aprendizagem significativa, com o objetivo de aguçar os sentidos em busca do crescimento pessoal e profissional. A consolidação do processo se dá por meio do acesso ao conhecimento, práticas profissionais monitoradas com reflexão crítica dos envolvidos no processo, e por fim, e de forma contínua, a repetição. Para o INSTITUTO CEM , formação e trabalho só poderão evoluir e se tornarem produtivos ao meio, se os fizermos por meio da tríade: conhecimento, prática e repetição.

A proposta de implantação do programa de desenvolvimento pessoal e profissional aos colaboradores da Unidade de Saúde consiste na cultura organizacional do acolhimento, tanto na gestão setorial quanto no controle social.

O desenvolvimento humano, por envolver questões psicossociais, será abordado de forma a desenvolver desde as necessidades individuais com orientações específicas na solução de problemas corriqueiros até questões mais complexas referentes a gerenciamento de conflitos, organização do trabalho, gestão do tempo de trabalho, otimização das tarefas realizadas e manutenção do nível de excelência dos serviços prestados.

A fonte de informações, base concreta para aplicação do programa, será alimentada por casos concretos da unidade hospitalar em questão bem como de outras unidades da rede pública estadual, de idêntico perfil, e a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho — em cada serviço de saúde — que serão identificadas as necessidades de qualificação e desenvolvimento, garantindo a relevante aplicação dos conteúdos e tecnologias estabelecidas, propiciando:

Popularização Institucional - com inclusão;

- Soluções Criativas - para problemas críticos;
- Trabalho em Equipe - com empatia;
- Melhoria Permanente da Qualidade - o cuidado à saúde;
- Principais Fundamentos - éticos e humanísticos;
- A Humanização em Prática - com o uso da tecnologia.

A partir destas premissas, executaremos o programa de desenvolvimento pessoal e profissional totalmente atrelado à Gestão de Trabalho com valorização do humano, da técnica e da tecnologia. Tal metodologia impactará tanto no indivíduo, nas relações interpessoais, nos processos pré-definidos, no acolhimento e cuidado da saúde, quanto na satisfação dos serviços prestados e na credibilidade da função sanitária estatal, ou seja, nas questões de natureza tecnopolitica que implicam na articulação de ações Intra e Inter institucionalmente.

- O Programa de Desenvolvimento na Unidade de Saúde será feito por meio das instâncias de articulação interinstitucional e engrenagens para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:
- Espaços que possibilitem o diálogo entre os protagonistas das ações e serviços do SUS e instituições formadoras;
- Identificação dos elementos necessários para a construção de estratégias que contribuam para a formação e desenvolvimento humano;
- Nova perspectiva que amplie a qualidade da gestão, a qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, e do fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde.

Dentre outros, são autores e protagonistas dessas instâncias de articulação do Desenvolvimento Pessoal e Profissional em Saúde:

- Gestores;
- Universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clinicas e da saúde coletiva;
- Escolas de Saúde Publica;
- Centros Formadores;
- Núcleos de Saúde Coletiva;
- Escolas Técnicas;
- Hospitais de ensino;
- Estudantes da área de saúde;
- Colaboradores;

A integralidade da atenção à saúde envolverá:

- Conceito ampliado de saúde;
- Compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;

- Conhecimento sobre a realidade;
- Trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- Ação intersetorial;
- Auxilio, amparo e apoio;
- Conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiologicos, demograficos, economicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais.

Para alcançar a atenção integral do desenvolvimento humano, com base nas necessidades sociais por saúde, em todas as modalidades de operação, buscaremos a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

No INSTITUTO CEM , priorizamos o desenvolvimento humano organizacional como ferramenta garantidora do funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolutividade dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção disseminação de conhecimento, ao desenvolvermos as pessoas que atuam direta ou indiretamente nos serviços de saúde conseguiremos alcançar os propósitos da Unidade de Saúde, através das seguintes iniciativas:

- CENTRO DE TREINAMENTO DE LIDERES (CTL): Os líderes são direcionadores capital humano, são eles que disseminam os valores, a visão, missão, as regras, os comportamentos esperados, bem como as metas e objetivos de curto, médio e longo prazo. Por isso, quanto mais preparados os gestores estiverem, maiores também serão as chances de conquistar bons resultados com suas equipes. O CTL focará nos seguintes pontos:

    a. Desenvolvimento, capacitação contínua e personalizada para todos que atuam nas lideranças de pessoas e processos;

b. Manutenção dos pontos fortes e fortalecimento dos pontos fracos e desenvolvimento dos que precisam de melhoria é muito importante para o sucesso do plano estratégico da organização.

- GESTÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL POSITIVA (GECOP): Melhor que recrutar novos talentos é despertar talentos adormecidos e/ou desconhecidos dentro das organizações. Tal tarefa exige um processo eficaz, que vai muito além apenas da entrevista comportamental. Sendo assim, o INSTITUTO CEM , além de utilizar processos de recrutamento e seleção que possibilitem a escolha dos melhores profissionais, desenvolve meios para identificar nos profissionais que atuam na operação dos serviços de cuidado à saúde, os talentos até então desconhecidos ou mesmo adormecidos e não trabalhados. O Programa de Gestão de Cultura Organizacional Positiva atuará no formato de Mentoria em Gestão de Cultura Organizacional e se utilizará da metodologia de implantação de Psicologia Positiva na instituição. Terá como conteúdo pragmático as 24 Forças Pessoais (de Ryan M. Niemiec) aplicada em 24 semanas de encontros on-line (e/ou presencial) com gestores, líderes e outros profissionais da empresa. Trata-se, na verdade, de um programa de capacitação de líderes para replicação da metodologia com aplicação das ferramentas aos liderados, se tornando uma poderosa ferramenta de gestão que proporciona uma visão completa da capacidade humana dentro da organização através das seguintes ações:

c. Entender a necessidade da unidade, o perfil profissional e priorizar o capital intelectual;

d. Atuar com os Recursos Humanos de maneira estratégica: pessoas certas nos lugares certos;

e. Apresentar a unidade sob novo ponto de vista: da cultura organizacional;

f. Utilizar redes sociais, plataformas e diferentes ferramentas, como meio de inclusão social:

g. Continuar treinando e investindo no talento de nosso colaborador identificando e trabalhandos suas 24 forças de caráter.

- DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL: O crescimento pessoal e desenvolvimento profissional são as principais razões para os colaboradores se sentirem motivados com seus trabalhos, pois todos os profissionais anseiam evoluir. Ter uma equipe bem preparada contribui diretamente para o aumento do nível de satisfação ao oferecer e ser reconhecido por prestar um atendimento personalizado e de qualidade para os usuários da rede pública de saúde. Tal programa utilizará técnicas de coaching aplicadas por um profissional exclusivamente dedicado à:

  a. Desenvolver o autoconhecimento e uma vez se conhecendo melhor, o colaborador poderá pontuar as necessidades a serem trabalhadas e atendida a seguir, com;

  b. Treinamento, desenvolvimento, capacitando continuamente, por meio de;

  c. Utilização de ferramentas poderosas de coaching (Roda da vida; S.W.O.T-Pessoal, S.W.O.T-Profissional, 5W2H, PDCA, Matriz Eisenhower, Matriz G.U.T, Questionário de Personalidade, VIA, dentre outras;

  d. Estabelecer um "Plano de Ação": colocando todos os elementos e ferramentas acima citados em prática com acompanhamento semanal-mensal-trimestral

  e. Direcionar a todos que atuam nos canais de relacionamento interno e externo.

  f. Educação Permanente: Auxiliaremos as equipes na busca de cursos gratuitos e custearmos alguns deles, estendemos convites de palestras, simpósio e el escolherão os temas que trará valor agregado para o desenvolvimento de suas carreiras na Unidade de Saúde.

  g. Feedback: Uma das maneiras de proporcionar desenvolvimento aos colaboradores é a pratica do feedback continuo. As pessoas precisam saber como estão em suas carreiras e se o desempenho está satisfatório; quanto mais feedback for dado as equipes, haverá uma chance maior dos colaboradores passarem a agir de acordo com que a organização precisa.

  h.

RECONHECIMENTO

Estimularemos a proatividade e motivação por meio do reconhecimento do trabalho executado e pelos resultados obtidos. Entendemos que as atitudes impactam muito mais do que as palavras e que fazem a diferença no atendimento interno, externo, negociação ou na entrega de um trabalho estratégico para que a organização o torne "público" a todas as equipes o feito e o resultado.

ASSISTENCIA SOCIAL INTERNA

Cuidar de quem cuida das pessoas é uma importante ferramenta de auxílio a autopreservação dos nossos colaboradores e fortalecimento da cultura organizacional.



Selecionaremos um profissional para assessorar os gestores na identificação de situações sociais e emocionais de riscos, e implantaremos a "Escuta Amiga" para os colaboradores da UNIDADE DE SAÚDE que em parceria com o RH praticarão o atendimento humanizado.

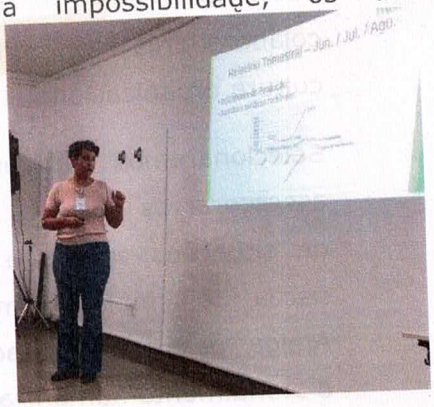
LABORATÓRIO DE IDEIAS

Os colaboradores são fontes de informações, ideias e sugestões, que podem mudar o rumo da organização, aumentar a produtividade e correção de problemas, mas ele ainda é muito pouco utilizado para esse fim. Criaremos um canal (anônimo, para aqueles que quiserem, de forma a manter a privacidade daqueles que não quiserem ser identificados) onde todos poderão o contribuir com sugestões, que trarão melhorias para a organização.

SEMINÁRIO PRODUTIVO

A cada trimestre realizaremos uma reunião com todos que atuam na Unidade de Saúde, no formato de seminário expoxitivo, com objetivo de expor os dados de produção setorial com a apresentação no auditório a todos os presentes, dos indicadores de produção, o andamento das metas (qualitativas e quantitativas), as melhorias promovidas no período, os pontos fortes e de melhorias a se conquistar. Todas as chefia e diretoria participam, e na impossibilidade, os lideres organizarão um rodizio e viabilizarão que os colaboradores participem ao menos de um evento durante o ano.





Todos que atuam na Unidade de Saúde serão capazes de compreender as metas estipuladas, onde poderão contribuir para alcançá-las, bem como manter seus índices de excelência.

CELEBRAÇÕES

As celebrações têm um impacto muito positivo sobre o rendimento dos colaboradores. celebração terá tendência de unir colegas e estimular a comunicação entre as pessoas, sendo uma maneira eficiente de promover a integração entre os colaboradores, diretores e gerentes das empresas.

Viabilizaremos, através de parcerias internas, com o auxílio dos médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, iniciativas e suporte aos colaboradores e usuários por meio de ações que o conscientizam, sobre a importância de cuidar da saúde com ações temáticas de acordo com o calendário temático do Ministério da Saúde.

As pessoas são o ativo mais importante no INSTITUTO CEM e o desempenho de cada um deles na Unidade de Saúde, será resultado de sua competência, assim como da motivação que possui para realizar o trabalho.



Toda instituição deve criar, manter e desenvolver um contingente de recursos humanos com habilidade e motivação para realização de seus objetivos.

Acreditamos que o clima organizacional é uma atmosfera do ambiente de trabalho que se refere a uma complexa rede de expectativas e percepções individuais e de grupo, permeada por referências estratégicas, organizacionais e por componentes estruturais do contexto do trabalho, que orienta e determina o comportamento de seus integrantes, criando um ambiente com características próprias.



DAS ESTRATÉGIAS SOBRE CLIMA ORGANIZACIONAL

Uma nova cultura deverá ser implementada, onde os colaboradores serão valorizados minimizando os conflitos. Deve-se privilegiar a gestão compartilhada, entre os entes Estatutários e Celetistas, sempre com fito na melhor prestação de serviços para os Usuários do SUS.

Existem algumas estratégias clássicas para a implementação de mudanças de clima e de cultura organizacional, tais como:

- Tratar os empregados como ativos valiosos;
- Criar oportunidades para o crescimento e desenvolvimento;
- Clarificar papéis e responsabilidades;
- Construção, disseminação e sustentação da cultura organizacional;
- Buscar formas de aperfeiçoar todos os processos internos constantemente;
- Elaborar planos de desenvolvimento dos colaboradores;
- Incentivar a obtenção de conhecimento;
- Fortalecer a integração entre as áreas com a implantação do Sistema Integrado de Gestão (S.I.G);
- Resolução de conflitos;
- Comunicação assertiva com os colaboradores;
- Recrutamento e seleção;
- Implantar e obedecer a política de recursos humanos do **INSTITUTO CEM** .

Acreditamos que a importância desse tema na unidade Hospitalar se dê pela característica de que cada profissional da empresa tem personalidades, ambições e passados diferente por isso, a equipe de gestão de pessoas deve estar preparada para um papel além de um simples mediador.

A área deve exercer:

- Resolução de conflitos;
- Cuidar dos interesses dos colaboradores;
- Estar atento a quaisquer fatores que ameacem o desenvolvimento de tarefas;
- Garantir de que todos estejam felizes e motivados dentro da organização, resultando no crescimento contínuo da mesma;
- Equipe de trabalho;
- Programa de Treinamento mensal.

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos colaboradores, com

- salários adequados as leis e normas, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.
- Em uma gestão moderna, como a que será implantada no Hospital, o ser humano não pode mais ser tratado como um recurso. A sua área de hoje em diante, será de VH: Valores Humanos.
- Afirma atualmente a literatura especializada que "não existe nenhuma técnica inovadora de gestão que seja implantada na empresa se ela não estiver centrada no indivíduo. Ele é o grande desencadeador das mudanças na sua organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento aos seus valores humanos".

PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

A Pesquisa Periódica de Clima Organizacional é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de avaliação e um fator de mobilização bem como do fortalecimento da missão da empresa, devendo ser visto, também como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos nossos serviços.

Este instrumento também, fornece informações tanto aos empregados quanto às organizações. Para a empresa, acrescenta subsídios de orientação na contratação de pessoas mais adequadas, motivação, promoção, treinamento e desenvolvimento e norteia ainda, o processo de demissão. Para o funcionário, um feedback adequado que, se conduzido com seriedade é um fator de automotivação e reconhecimento, pois direciona para um plano de desenvolvimento profissional e consequentemente um maior comprometimento com a Unidade de Saúde.

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

A motivação, por sua vez, constitui em um benefício para a organização que - deseja ter colaboradores comprometidos no sucesso da empresa e o comprometimento a satisfação traz maior produtividade e qualidade -dos produtos e serviços da organização.

O processo deverá ser efetuado em caráter anual, através do preenchimento de um formulário realizado entre o gestor e o seu colaborador e este instrumento visa alinhar: os seguintes fatores: conhecimento do trabalho; produção e rendimento do, trabalho, ética

profissional, organização, disciplina, iniciativa e inovação, apresentação pessoal, hábito de segurança, atendimento ao cliente, relacionamento interpessoal espírito de equipe, aprendizagem e adaptabilidade.

O colaborador também participará do processo de avaliação do seu gestor, analisando os seguintes fatores: liderança, espírito de equipe, comunicação, tomada de decisão, desenvolvimento profissional, relacionamento, estabilidade emocional, proatividade, administração de conflitos, gerência participativa.

Participarão do processo de avaliação, todos os colaboradores e gestores que tiverem trabalhado pelo menos 180 dias (6 meses), durante o período a que se refere a avaliação.

Os formulários serão enviados no formato digital (GOOGLE FORMS) aos gestores que repassam a sua equipe para ser efetuado o processo de avaliação da sua gestão, bem como, a avaliação de cada colaborador, preenchendo os formulários e em seguida realizando a entrevista individual de avaliação,

A entrevista terá como objetivo proporcionar um momento de ponderação e de feedback entre o gestor e colaborador no sentido de identificar os pontos que merecem ser trabalhados e utiliza essas informações como feedback para o planejamento de suas ações visando a melhoria do desempenho da sua área.

Nesta etapa, o colaborador compartilhará a pontuação atribuída pelo seu gestor e terá a oportunidade de emitir sua opinião acerca da avaliação realizada por sua chefia imediata. Em seguida será elaborado acompanhado do colaborador o seu plano de desenvolvimento profissional em consonância com os aspectos a serem melhorados.

Os gestores deverão assumir um papel de relevância nesse contexto, na medida em que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos colaboradores quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais.

O colaborador também terá uma efetiva participação neste processo, pois o mesmo possui a oportunidade de avaliar o desempenho da sua chefia imediata, sendo um momento onde o gestor recebe um feedback e passa a conhecer como o seu colaborador percebe a sua gestão.

Finalmente, os resultados da avaliação serão mapeados e apresentados a diretoria de cada área, aos gestores e aos colaboradores, tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

FORMULÁRIO DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL (GOOGLE FORMS)

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL - 2a. Ed.

O objetivo da pesquisa de clima organizacional é avaliar a satisfação dos colaboradores em relação à unidade, identificar engajamento dos colaboradores para desafios futuros.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Setor: *

2. 1) LIDERANÇA: Relacionamento com o seu gestor... *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim

3. 2) LIDERANÇA: Comunicação com seu gestor... *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim

4. 3) LIDERANÇA: Relacionamento com a equipe de trabalho... *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim

5. 4) LIDERANÇA: Espaço para contribuir com novas ideias... *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim

6. 5) TRABALHO: Informações recebidas para a execução do seu trabalho... *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim

7. 6) TRABALHO: Integração... *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE FEEDBACK

REGISTRO DE FEEDBACK		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome		
Lotação:	**Vinculo:**	**Turno:**
INSTRUÇÕES		
O feedback é um processo estruturado onde chefia e colaborador discutem o desempenho, o plano futuro de desenvolvimento e estabelecem acordos. **Deverá descrever com termos claros e objetivos o que se espera do colaborador;** **Aspectos Positivos: devem ser elencados, destacando comportamentos, ações e demais resultados que revelam o mérito do colaborador no período. Aspectos Críticos: referem-se aos diferentes aspectos comportamentais, de desempenho e de competências que devem ser melhorados.** **Plano de Melhoria mostra quais estratégicas podem ser adotadas para desenvolver quaisquer aspectos identificados nos aspectos críticos**		
Aspectos Positivos:		
Aspectos Críticos:		
Plano de Melhoria/Prazo de Conclusão:		
Proposta de Plano de Desenvolvimento Individual apresentado ao avaliado **( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica**		

Observação do Colaborador:	
DATA:	DATA:
_____	_____
Assinatura do Colaborador	Assinatura do Avaliador
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS	
DATA:	_____
	Gerência de Desenvolvimento de Pessoas

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte

SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Finalidade

Estabelecer diretrizes para a realização da Avaliação de Desempenho e do Plano de Desenvolvimento Individual dos colaboradores, formalizando os parâmetros utilizados.

Metodologia

A partir do estudo dos objetivos, missão e valores da Unidade e dos processos de trabalho já existentes na Unidade será traçada a Política de Avaliação de Desempenho para sistematizar os princípios, diretrizes e normas na realização da Avaliação de Desempenho dos Colaboradores

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos em parceria com os órgãos superiores para validação.

PROGRAMA ANUAL DE PESQUISA DO CLIMA ORGANIZACIONAL.

O Programa tem por objetivo identificar o clima organizacional, verificando os índices de satisfação, insatisfação dos colaboradores e lideranças num determinado momento, visando a oportunidade de realizar melhorias continuas no ambiente de trabalho e nos resultados da organização.

Programação De Ações Preparatórias Para Avaliação

- Finalidade
- Mobilização dos gestores e colaboradores para a realização da Avaliação.
- Metodologia
- Elaboração de panfletos, e-mails, palestras, capacitações *in loco* voltados para à rotina setorial da Unidade.
- Responsáveis
- Gerência de Recursos Humanos em parceria com a Assessoria de Comunicação.

Avaliação De Desempenho – 360°

A avaliação 360° consiste em ter a visão mais completa possível do desempenho do colaborador. Em se tratando de mensurar a performance, buscamos diferentes perspectivas. Como parte do Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, a Avaliação de Desempenho 360° permite a análise do colaborador das informações advindas de quatro pontos: 1) através da autoavaliação do colaborador; 2) da avaliação do seu par (colega de setor ou mesmo nível hierárquico); 3) da avaliação do superior ou subordinado imediato; e 4) do gestor da unidade.

Realizada com frequência semestral para manter o bom desenvolvimento na organização, a avaliação de desempenho 360 graus é realizada com padrões definidos para todos os cargos da empresa. Num primeiro momento com abordagem genérica para todos os cargos, e na segunda edição de forma específica para o cargo e/ou setor.

Os padrões nada mais são do que atitudes ou comportamentos que temos e que repetimos sem pensar. São assim uma espécie de "automatismos" que arrumamos em nós mesmos, ao longo do tempo, e de acordo com a cultura, a religião, a educação, que nos condicionam a repetir certas reações de forma inconsciente. Os padrões gerais de comportamento e atitudes analisados são:

Empreendedorismo: é a disposição para identificar problemas e oportunidades e investir recursos e competências na criação de um negócio, projeto ou movimento que seja capaz de alavancar mudanças e gerar um impacto positivo;

Tomada de Decisão: o processo de decidir sobre algo importante, especialmente em um grupo de pessoas ou em uma organização. Ela envolve a seleção de um curso de ação entre duas ou mais alternativas possíveis, a fim de se chegar a uma solução para um dado problema;

Comprometimento e Execução: Por meio do comprometimento, o colaborador se propõe a realizar todas as tarefas e demandas exigidas de maneira eficaz e produtiva. Ainda, é uma característica daquele que é íntegro e que demonstra seu comprometimento pelas atitudes e comportamentos.

Gestão de Pessoas: conjunto de técnicas que tem como objetivo o desenvolvimento do capital humano nas organizações. Trata-se da gestão de pessoas como processo que visa melhorar o desempenho dos colaboradores e da empresa.

Pensamento Estratégico e Inovação: O estrategista procura nivelar os desafios atuais a uma perspectiva de futuro, a partir de uma visão apurada da empresa. O pensamento estratégico nas organizações é fundamental para conseguir resolver desafios de forma eficiente. Quando atrelado à inovação torna-se uma ferramenta, além de eficiente, totalmente eficaz.

Liderança: habilidade de motivar e inspirar pessoas de forma positiva. Na liderança, essa motivação vem muito mais pelas atitudes práticas do que propriamente dito pelas palavras que se diz. Trata-se, portanto, de uma conduta, não apenas de um cargo ou função.

Negociação: processo no qual duas ou mais partes buscam um acordo para determinar o que cada uma delas deverá dar ou ganhar, fazer ou receber, numa transação entre elas.

Trabalho em Equipe: possibilita a troca de conhecimento e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados, uma vez que otimiza o tempo de cada pessoa e ainda contribui para conhecer outros indivíduos e aprender novas tarefas.

Etiqueta Empresarial: conjunto de cerimônias usadas no trato entre pessoas e empresas, regidas pela boa educação, bom comportamento, convenções sociais, ética profissional e prescrições oficiais determinadas pelos regimentos internos regras de boa convivência social.

Neste formato com o qual é aplicada, a avaliação de desempenho 360 graus possibilita a vantagem de identificar diferentes pontos de vista sobre o mesmo profissional. Essa análise é bem relevante, para entender em quais âmbitos o colaborador precisa se desenvolver mais. A análise é fundamental para dar feedbacks precisos aos colaboradores e contribuir para o sucesso da equipe e de toda a unidade. Além de trazer diversos benefícios para o engajamento e motivação dos profissionais.

Modelo De Avaliação

Questionário Perfil

Instruções de Preechimento:

> Este questionário é composto por 57 declarações. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida qual a escala que melhor o descreve.

> Algumas declarações parecem ser iguais mas nenhuma é exatamente igual à outra.

> Você deve designar um número (1, 2, 3, 4 ou 5) para cada uma das declarações.

> Não deixe nenhuma em branco.

1 - Nunca
2 - Raramente
3 - Algumas vezes
4 - A maioria das vezes
5 - Sempre

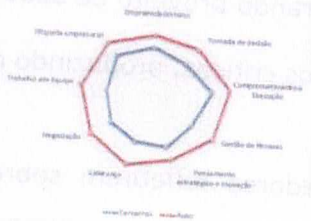
Nome:_____ Data____/____/____

		Respostas
1	Relacionamento Interpessoal	
2	Confiabilidade	
3	Equilíbrio Emocional	
4	Flexibilidade	
5	Cultura geral e respeito à diversidade	
6	Ética e Moral	
7	Empatia	
8	Empreendedorismo [Uma pessoa sempre atenta e em busca de novas oportunidades e ideias, seja no mercado ou dentro empresa.	
9	Empreendedorismo [Consegue identificar, calcular e assumir riscos.]	
10	Empreendedorismo [Sabe elaborar um planejamento completo para uma ideia identificada: Ações, prazos, responsáveis e custos entre demais	
11	Empreendedorismo [Consegue conduzir os projetos que elabora de forma efetiva e até o final.]	
12	Empreendedorismo [Executa os processos com entusiasmo e confiança no sucesso dos seus projetos.]	
13	Comprometimento e Execução [Entrega o que lhe é delegado com qualidade.]	
14	Comprometimento e Execução [Cumpre rigorosamente prazos de entrega dos projetos assumidos.]	
15	Comprometimento e Execução [Possui senso de urgência e demonstra vontade de executar com rapidez o que lhe é delegado.]	
16	Comprometimento e Execução [Possui uma forte orientação para resultados.]	
17	Comprometimento e Execução [Está sempre focado em soluções. Não vive mapeando problemas ou reclamando dêles.]	
18	Comprometimento e Execução [É pontual nos seus compromissos. Está presente sempre no horário combinado.]	
19	Comprometimento e Execução [É uma pessoa disponível e fácil de encontrar quando necessário.]	
20	Comprometimento e Execução [É uma pessoa organizada com a sua agenda de compromissos.]	
21	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Está sempre atualizado sobre as tendências e o futuro.]	
22	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Consegue frequentemente identificar oportunidades e propor projetos inovadores.]	
23	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Pensa estrategicamente e decide de forma equilibrada em relação aos impactos no curto, médio e longo prazo.]	
24	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Tem uma boa visão generalista. Consegue transitar e se relacionar com diferentes áreas da empresa.]	
25	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Sabe compor alianças estratégicas com pessoas, áreas e empresas, visando sempre o ganha-ganha.]	
26	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Consegue avaliar o impacto de uma decisão em uma área nas demais áreas e, principalmente, nos resultados da empresa.]	
27	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Conhece as principais variáveis externas do setor em que atua e consegue apontar cenários e impactos no negócio.]	
28	Gestão de Pessoas [Consegue atrair para a sua equipe profissionais de alto desempenho.]	
29	Gestão de Pessoas [Trabalha para desenvolver sua equipe, profissional e pessoalmente.]	
30	Gestão de Pessoas [Consegue reter profissionais talentosos.]	
31	Gestão de Pessoas [Sabe delegar.Não é centralizador.]	
32	Gestão de Pessoas [Sabe dar demonstrações de reconhecimento às pessoas da equipe.]	
33	Gestão de Pessoas [Dá "feedback" frequente e de forma profissional, visando o desenvolvimento de quem o recebe]	
34	Gestão de Pessoas [Sabe identificar conflitos rapidamente.]	
35	Gestão de Pessoas [Resolve conflitos na equipe rapidamente e de forma eficaz.]	
36	Negociação [Sabe se preparar bem para uma negociação. Procura conhecer previamente a outra parte, seus desafios e objetivos.]	
37	Negociação [Consegue apresentar ideias e projetos de forma profissional, seja por escrito ou pessoalmente.]	
38	Negociação [Possui uma postura ganha-ganha nas negociações que conduz]	
39	Negociação [Convence pelos argumentos. Possui capacidade de persuasão.]	
40	Tomada de decisão [Sabe identificar problemas.]	
41	Tomada de decisão [Consegue identificar as principais causas de um problema.]	
42	Tomada de decisão [Sabe gerar alternativas pertinentes para solução do problema.]	
43	Tomada de decisão [Consegue priorizar alternativas de solução, considerando aplicabilidade, risco, custo e coerência.]	
44	Tomada de decisão [Sabe desenvolver o plano de ação detalhado para o respectivo problema: Ação, responsável, prazo e custo.]	
45	Trabalho em Equipe [Reconhece e sabe formar equipes com base em competências complementares.]	
46	Trabalho em Equipe [Possui comprometimento com os resultados da equipe.]	
47	Trabalho em Equipe [Entende e aceita a liderança situacional.]	
48	Liderança [Possui capacidade de alinhamento de pessoas a objetivos definidos para a área ou empresa.]	
49	Liderança [É guiado pela meritocracia. Reconhece e premia sempre os melhores.]	
50	Liderança [É assertivo. Coloca suas posições de forma clara e direta, e permite que os outros o façam sem temor.]	
51	Liderança [Sabe se comunicar de forma correta e eficaz com pares, superiores e subordinados, seja pessoalmente, por escrito, ou por meios eletrônicos.]	
52	Liderança [Cria um ambiente na sua equipe pautado pelo respeito e pela confiança.]	
53	Liderança [Inspira seus liderados e gera comprometimento com a causa.]	
54	Liderança [É acessível. Não se coloca como um Deus, inacessível.]	
55	Etiqueta empresarial [Possui uma apresentação adequada aos ambientes profissionais (Roupas, higiene pessoal, barba/cabelo/maquiagem e	
56	Etiqueta empresarial [Sabe se comportar adequadamente em situações profissionais (Festas, jantares, reuniões e demais eventos)	
57	Etiqueta empresarial [Fala e escreve corretamente na língua portuguesa.]	

Modelo De Relatório Do Resultado Da Avaliação Realizada Em Formato "Dashboard":

Nome: Colaborador(a)

Padrões de Comportamento e Atitudes	Terceiros	Auto
Empreendedorismo	3,4	4,2
Tomada de decisão	3,2	4,4
Comprometimento e Execução	3,9	5,0
Gestão de Pessoas	3,0	4,6
Pensamento estratégico e Inovação	3,1	4,0
Liderança	2,9	4,4
Negociação	3,0	4,5
Trabalho em Equipe	3,0	4,7
Etiqueta empresarial	3,7	4,7



Competências

Empreendedorismo	Terceiros	Auto
Uma pessoa sempre alerta e em busca de novas oportunidades e ideias, seja no mercado ou dentro empresa	4,0	5,0
Consegue identificar, calcular e assumir riscos	4,0	4,0
Sabe elaborar um planejamento completo para uma ideia identificada. Ações, prazos, responsáveis e custos entre demais itens	3,0	4,0
Consegue conduzir os projetos que elabora de forma efetiva e até o final	4,0	4,0
Executa os processos com entusiasmo e confiança no sucesso dos seus projetos	3,0	4,0

Tomada de decisão	Terceiros	Auto
Sabe identificar problemas	2,0	4,0
Consegue identificar as principais causas de um problema	3,0	5,0
Sabe gerar alternativas pertinentes para solução de problemas	3,0	5,0
Consegue priorizar alternativas de solução, considerando aplicabilidade, riscos, custo e coerência	3,0	4,0
Sabe desenvolver o plano de ação detalhado para o respectivo problema. Ação, responsável, prazo e custo	4,0	4,0

Comprometimento e Execução	Terceiros	Auto
Entrega o que lhe é delegado com qualidade	4,0	5,0
Cumpre rigorosamente prazos de entrega dos projetos assumidos	4,0	5,0
Possui senso de urgência e demonstra vontade de executar com rapidez o que lhe é delegado	4,0	5,0
Possui uma forte orientação para resultados	4,0	5,0
Está sempre focado em soluções. Não vive reclamando problemas ou reclamando ideias	3,0	5,0
É pontual nos seus compromissos. Está presente sempre no horário combinado	4,0	5,0
É uma pessoa disponível e fácil de encontrar quando necessário	4,0	5,0
É uma pessoa organizada com a sua agenda de compromissos	4,0	5,0

Gestão de Pessoas	Terceiros	Auto
Consegue atrair para a sua equipe profissionais de alto desempenho	3,0	4,0
Trabalha para desenvolver sua equipe, profissional e pessoalmente	2,0	5,0
Consegue reter profissionais talentosos	3,0	5,0
Sabe delegar. Não é centralizador	4,0	5,0
Sabe dar demonstrações de reconhecimento às pessoas da equipe	3,0	5,0
Dá "feedback" frequente e de forma profissional, visando o desenvolvimento de quem o recebe	3,0	5,0
Sabe identificar conflitos rapidamente	2,0	5,0
Resolve conflitos na equipe rapidamente e de forma eficaz	4,0	4,0

Pensamento estratégico e Inovação	Terceiros	Auto
Fica sempre atualizado sobre as tendências e o futuro	3,0	5,0
Consegue frequentemente identificar oportunidades e propor projetos inovadores	3,0	4,0
Pensa, conceitualmente e decide de forma coerente em relação aos objetivos no curto, médio e longo prazo	3,0	4,0
Tem uma boa visão generalista. Consegue relacionar e colaborar com diferentes áreas da empresa	3,0	4,0
Sabe compor alianças estratégicas com pessoas, áreas e empresas, visando sempre o ganha ganha	3,0	4,0
Consegue avaliar o impacto de uma decisão em uma área nas demais áreas e, principalmente, nos resultados da empresa	4,0	4,0
Conhece as principais variáveis externas do setor em que atua e consegue aplicar isso(os) a favor do negócio	4,0	5,0

Liderança	Terceiros	Auto
Possui capacidade de treinamento de pessoas e direciona esforços para a área da empresa	3,0	4,0
É quase pelo mencionado. Reconhece e premia sempre os melhores	3,0	5,0
É assertivo. Coloca suas posições de forma clara e direta e permite que os outros o façam com tempo	4,0	4,0
Sabe se comunicar de forma correta e eficaz com pares, superiores e baixo escalão, sabe perceptividade, ser assertivo, ou por meios eletrônicos	3,0	4,0
Cria um ambiente no qual equipe possam sair opiniões e pela confiança	3,0	5,0
Inspira seus liderados a uma comprometimento com a causa	3,0	5,0
É assertivo. Não se coloca como um Deus. Inacessível	3,0	4,0

Negociação	Terceiros	Auto
Sabe se preparar bem para uma negociação. Procura conhecer previamente a outra parte, seus desafios e objetivos	3,0	4,0
Consegue apresentar ideias e projetos de forma profissional, seja por escrito ou presencialmente	3,0	5,0
Possui uma postura ganha-ganha nas negociações que conduz	4,0	4,0
Consegue pelos argumentos. Possui capacidade de persuasão	3,0	5,0

Trabalho em Equipe	Terceiros	Auto
Trabalha em Equipe Percebe e sabe formar times com base em competências complementares	3,0	4,0
Trabalha em Equipe Possui comprometimento com os resultados da mesa	3,0	5,0
Trabalha em Equipe Entende o poder e trabalha situações	3,0	5,0

Etiqueta empresarial	Terceiros	Auto
Etiqueta empresarial Possui uma apresentação adequada aos ambientes profissionais (Roupas, higiene pessoal, uso adequado de linguagem e aparência)	4,0	5,0
Etiqueta empresarial Sabe se comportar adequadamente em situações profissionais (mesas, jantares, reuniões e eventos diversos)	4,0	4,0
Etiqueta empresarial Está e mantem relacionamento no TRABALHO	3,0	5,0

USO DAS INFORMAÇÕES DA PESQUISA DE CLIMA:

- Apurar os pontos fortes da UNIDADE DE SAÚDE e criar ações específicas para sua valorização e melhoria, tirando proveito de seus efeitos;
- Identificar os pontos críticos, produzindo resultados orientados as reais necessidades dos colaboradores;
- Fazer os colaboradores refletirem sobre suas realidades - seu desenvolvimento profissional e pessoal;
- Avaliar e reorientar as lideranças em torno dos mesmos objetivos.
- Mapear o clima classificando os participantes por cargo e área de atuação, analisando o grau de satisfação e insatisfação obtido nos itens a seguir:

1. Remuneração
2. Condições de trabalho - fatores ambientais
3. Desenvolvimento profissional
4. Comunicação
5. Conhecimento da cultura organizacional e desenvolvimento do trabalho
6. Liderança
7. Trabalho em equipe
8. Fatores motivacionais

Cada colaborador será convidado a participar da pesquisa por sua liderança que entregará o questionário após a campanha interna de divulgação com total sigilo e anonimato.

A pesquisa ainda permitirá identificar o que pensam e sentem nossos colaboradores em relação as diferentes variáveis que afetam o clima. Com a implantação do respectivo programa mostramos aos colaboradores da UNIDADE DE SAÚDE , a preocupação em ouvi-los e, assim, propormos ações de melhoria nos índices considerados insatisfatórios, gerando um ambiente de trabalho favorável ao bom desempenho da instituição.

Ressaltamos que um clima organizacional bem trabalhado proporcionará aos colaboradores da UNIDADE DE SAÚDE os seguintes benefícios:

- Retenção de talentos;
- Diminuição do índice de doenças psicossomáticas;
- Treinamentos sintonizados com os objetivos da instituição, gerando resultados;
- Alta produtividade;
- Diminuição da taxa de absenteísmo;
- Melhoria na Comunicação Interna;
- Aumento do comprometimento dos colaboradores (coautores);
- Credibilidade;
- Integração - União;
- Diminui os "achismos";
- Evidencia aspectos da "área cega" das percepções organizacionais.

Avaliação Edição 1

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL: RESULTADO GERAL - 2023-1

SELECIONE O DEPARTAMENTO:	TODOS
SELECIONE A PESQUISA:	Pesquisa 2





CLIMA POSITIVO
85,85%
CLIMA NEGATIVO
2,77%

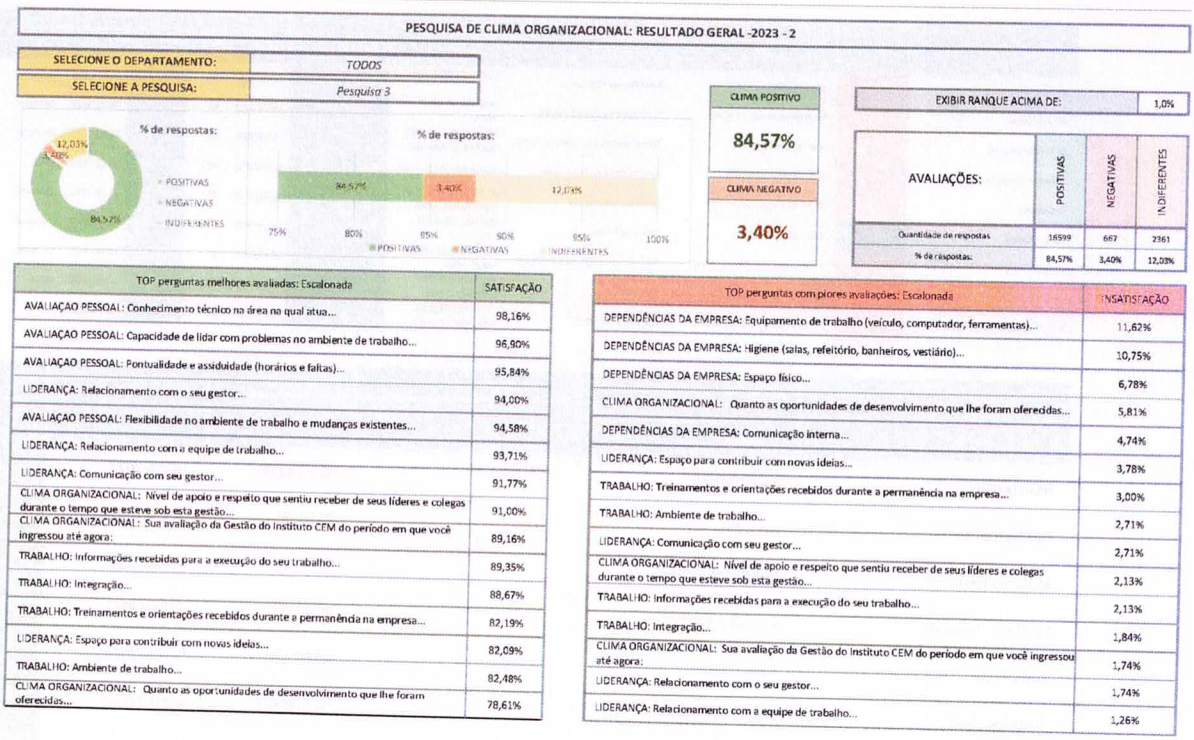
EXIBIR RANQUE ACIMA DE:	1,0%

AVALIAÇÕES:	POSITIVAS	NEGATIVAS	INDIFERENTES
Quantidade de respostas	17247	572	2333
% de respostas	85,85%	2,77%	11,38%

TOP perguntas melhores avaliadas: Escalonada	SATISFAÇÃO
AVALIAÇÃO PESSOAL: Conhecimento técnico na área na qual atua...	97,79%
AVALIAÇÃO PESSOAL: Pontualidade e assiduidade (horários e faltas)...	96,60%
AVALIAÇÃO PESSOAL: Capacidade de lidar com problemas no ambiente de trabalho...	96,60%
LIDERANÇA: Relacionamento com o seu gestor...	93,47%
AVALIAÇÃO PESSOAL: Flexibilidade no ambiente de trabalho e mudanças existentes...	94,76%
LIDERANÇA: Relacionamento com a equipe de trabalho...	93,29%
LIDERANÇA: Comunicação com seu gestor...	91,82%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Sua avaliação da Gestão do Instituto CEM do período em que você ingressou até agora:	91,64%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Nível de apoio e respeito que sentiu receber de seus líderes e colegas durante o tempo que esteve sob esta gestão...	91,82%
TRABALHO: Integração...	88,60%
TRABALHO: Informações recebidas para a execução do seu trabalho...	88,14%
TRABALHO: Ambiente de trabalho...	86,21%
LIDERANÇA: Espaço para contribuir com novas ideias...	83,00%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Quanto as oportunidades de desenvolvimento que lhe foram oferecidas...	82,26%
TRABALHO: Treinamentos e orientações recebidos durante a permanência na empresa...	81,16%

TOP perguntas com piores avaliações: Escalonada	INSATISFAÇÃO
DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA: Equipamento de trabalho (veículo, computador, ferramentas)...	8,82%
DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA: Higiene (salas, refeitório, banheiros, vestiário)...	8,46%
DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA: Espaço físico...	5,51%
TRABALHO: Treinamentos e orientações recebidos durante a permanência na empresa...	4,41%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Quanto as oportunidades de desenvolvimento que lhe foram oferecidas...	4,23%
LIDERANÇA: Espaço para contribuir com novas ideias...	4,23%
DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA: Comunicação interna...	3,58%
TRABALHO: Ambiente de trabalho...	2,02%
TRABALHO: Integração...	1,93%
TRABALHO: Informações recebidas para a execução do seu trabalho...	1,84%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Sua avaliação da Gestão do Instituto CEM do período em que você ingressou até agora:	1,75%
LIDERANÇA: Comunicação com seu gestor...	1,56%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Nível de apoio e respeito que sentiu receber de seus líderes e colegas durante o tempo que esteve sob esta gestão...	1,38%
LIDERANÇA: Relacionamento com o seu gestor...	1,19%

Avaliação Edição 2:



PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL: RESULTADO GERAL -2023 - 2

SELECIONE O DEPARTAMENTO:	TODOS
SELECIONE A PESQUISA:	Pesquisa 3

CLIMA POSITIVO
84,57%
CLIMA NEGATIVO
3,40%

EXIBIR RANQUE ACIMA DE:	1,0%

AVALIAÇÕES:	POSITIVAS	NEGATIVAS	INDIFERENTES
Quantidade de respostas:	16599	667	2361
% de respostas:	84,57%	3,40%	12,03%

TOP perguntas melhores avaliadas: Escalonada	SATISFAÇÃO
AVALIAÇAO PESSOAL: Conhecimento técnico na área na qual atua...	98,16%
AVALIAÇAO PESSOAL: Capacidade de lidar com problemas no ambiente de trabalho...	96,90%
AVALIAÇAO PESSOAL: Pontualidade e assiduidade (horários e faltas)...	95,84%
LIDERANÇA: Relacionamento com o seu gestor...	94,00%
AVALIAÇAO PESSOAL: Flexibilidade no ambiente de trabalho e mudanças existentes...	94,58%
LIDERANÇA: Relacionamento com a equipe de trabalho...	93,71%
LIDERANÇA: Comunicação com seu gestor...	91,77%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Nível de apoio e respeito que sentiu receber de seus líderes e colegas durante o tempo que esteve sob esta gestão...	91,00%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Sua avaliação da Gestão do Instituto CEM do período em que você ingressou até agora:	89,16%
TRABALHO: Informações recebidas para a execução do seu trabalho...	89,35%
TRABALHO: Integração...	88,67%
TRABALHO: Treinamentos e orientações recebidos durante a permanência na empresa...	82,19%
LIDERANÇA: Espaço para contribuir com novas ideias...	82,09%
TRABALHO: Ambiente de trabalho...	82,48%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Quanto as oportunidades de desenvolvimento que lhe foram oferecidas...	78,61%

TOP perguntas com piores avaliações: Escalonada	INSATISFAÇÃO
DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA: Equipamento de trabalho (veículo, computador, ferramentas)...	11,62%
DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA: Higiene (salas, refeitório, banheiros, vestiário)...	10,75%
DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA: Espaço físico...	6,78%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Quanto as oportunidades de desenvolvimento que lhe foram oferecidas...	5,81%
DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA: Comunicação interna...	4,74%
LIDERANÇA: Espaço para contribuir com novas ideias...	3,78%
TRABALHO: Treinamentos e orientações recebidos durante a permanência na empresa...	3,00%
TRABALHO: Ambiente de trabalho...	2,71%
LIDERANÇA: Comunicação com seu gestor...	2,71%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Nível de apoio e respeito que sentiu receber de seus líderes e colegas durante o tempo que esteve sob esta gestão...	2,13%
TRABALHO: Informações recebidas para a execução do seu trabalho...	2,13%
TRABALHO: Integração...	1,84%
CLIMA ORGANIZACIONAL: Sua avaliação da Gestão do Instituto CEM do período em que você ingressou até agora:	1,74%
LIDERANÇA: Relacionamento com o seu gestor...	1,74%
LIDERANÇA: Relacionamento com a equipe de trabalho...	1,26%

Plano De Ação Pós Pesquisa De Clima

O plano de a ação advindo do resultado da pesquisa será escalonado, de acordo com a prioridade estabelecida pela diretoria, com medidas de curto, médio e longo prazo.

As medidas sugeridas pela diretoria e Gerência de Recursos Humanos irão gerar ações de melhorias explicitadas por meio da ferramenta 5W2H.

Será elaborado um relatório geral da pesquisa para a diretoria que, após análise, norteará o setor de Recursos Humanos quanto à divulgação dos resultados totais.

Definido isto, serão utilizados os meios adequados de comunicação da instituição para divulgar a pesquisa.

Se identificado algum ponto crítico, de imediato apresentaremos as ações corretivas sobre o que foi detectado na pesquisa e posteriormente apresentaremos um plano de ação.

Plano de Ação	Priorização	What	Why	Who		When				Where
		O que será feito	Justificativa	Por quem	Área	Início	Prazo (dias)	Fim Planejado	Fim Real	Onde
Assistencial	Muito Urgente	Capacitação	Relatório da Ouvidoria	AUZELY PEREIRA DA SILVA	Financeira	21/01/2022	56	18/03/2022	15/02/2022	Unidade
Atendimento	Pouco Urgente	Remanejamento e escala	Qualidade de Atendimento	BEATRIZ DE JESUS SILVA	Financeira	15/02/2022	46	02/04/2022	20/03/2022	Unidade
Multiprofissional	Pouco Urgente	Aumento do quadro	Atendimento em todos os turno	BETANIA RODRIGUES GUERRA DE ARAUJO	Técnica	01/03/2022	61	01/05/2022	02/05/2022	Unidade
Ensino e Pesquisa	Muito Urgente	Ampliação e Inovação	Necessidade de mais salas	AURIA BISPO ARANTES	Técnica	10/04/2022	42	22/05/2022	14/05/2022	DEPE
Radiologia	Urgente	Troca que equipamentos	Defeitos frequentes	BARBARA GABRIELLA GONCALVES SILVA	Estrutural	12/05/2022	25	06/06/2022	28/08/1901	Unidade
Trasnfusional	Sem Urgência	Alteração do fluxo	Maior agilidade	BEATRIZ DE JESUS SILVA	Financeira	12/04/2022	27	09/05/2022	08/06/2022	Unidade
Centro Cirúrgico	Urgente	Aumento da oferta de serviço	Atendimento por especialidade	DULCINEIA QUIRINO SALES LIMA	Estrutural	02/02/2022	17	19/02/2022	19/06/2022	Unidade
CME	Urgente	Reforma Geral	Inoperante	EDINALVA BRITO CARVALHO DOS	Técnica	04/03/2022	10	14/03/2022	12/03/2022	Obra
Administrativo	Pouco Urgente	Treinamento das Lideranças	Melhoria Contínua	EDNA RODRIGUES SIQUEIRA TEIXEIRA	Estrutural	29/06/2022	35	03/08/2022	15/06/2022	Sede

Plano de Ação	How	How much	Data máxima para conclusão	Status
	Como será feito	Quanto custa		
Assistencial	Assistencial	R$ 5.112,00	18/03/2022	Realizado
Atendimento	Atendimento	R$ 52,00	02/04/2022	Realizado
Multiprofissional	Multiprofissional	R$ 95,00	01/05/2022	Realizado
Ensino e Pesquisa	Ensino e Pesquisa	R$ 14,00	22/05/2022	Realizado
Radiologia	Radiologia	R$ 85.600,00	06/06/2022	Realizado
Trasnfusional	Trasnfusional	R$ 4.352,00	09/05/2022	Realizado
Centro Cirúrgico	Centro Cirúrgico	R$ 2.500,00	19/02/2022	Realizado
CME	CME	R$ 870.000,00	14/03/2022	Realizado
Administrativo	Administrativo	R$ 96,00	03/08/2022	Não Realizado

Planos de Ação (concluídos / total)

8 / 9

% de ações concluídas

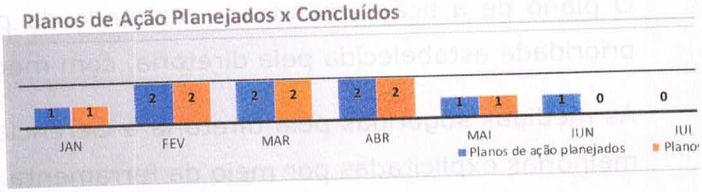
88,9%

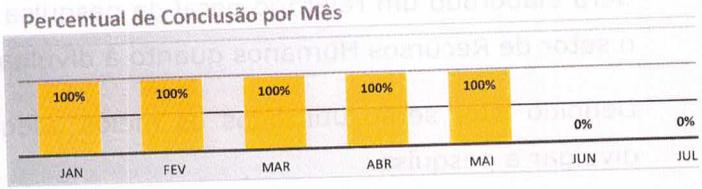
Tarefas (concluídas / total)

8 / 9

% de tarefas concluídas

88,9%





Ações

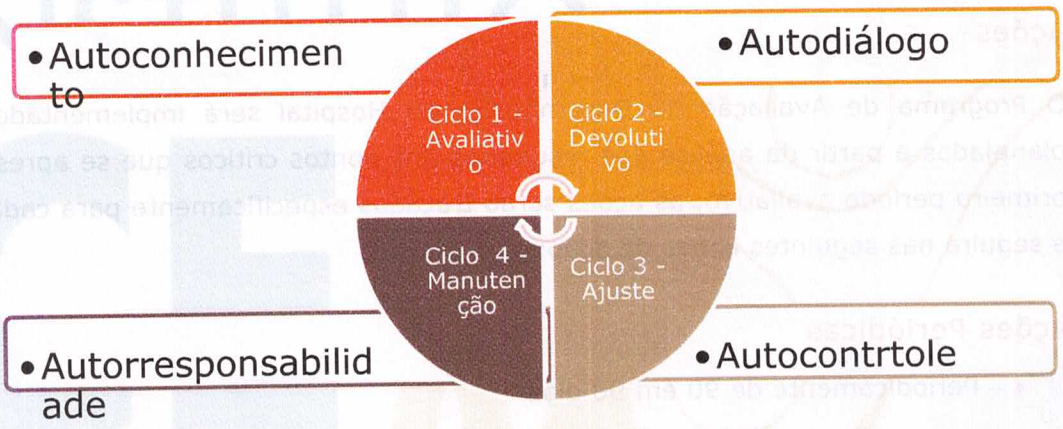
O Programa de Avaliação de Desempenho do Hospital será implementado por ações planejadas a partir da análise dos resultados dos pontos críticos que se apresentaram no primeiro período avaliativo, as ações serão traçadas especificamente para cada finalidade, e seguirá nas seguintes linhas de ação:

Ações Periódicas

- Periodicamente de 90 em 90 dias

Divididas em 4 ciclos:

- Ciclo 1: Avaliativo (de 1 a 30 dias):
  - Avaliação de Satisfação: Roda da Vida + S.W.O.T
  - Plano de Ação: forças e fraquezas
  - Execução: fazer acontecer
- Ciclo 2: Devolutivo (de 1 a 15 dias):
  - Entendimento dos motivos (autossabotagem)
  - Avaliação de Desempenho I – Start inicial.
- Ciclo 3: Ajuste (de 1 a 30 dias)
  - Alinhamentos com os objetivos.
- Revisão das Oportunidades e ameaças.
- Ciclo 4: Manutenção (de 1 a 15 dias)
  - Avaliação de Desempenho II – Validação Final.



FERRAMENTAS A SEREM UTILIZADAS:

- Personal e Profissioal Coaching (Sociedade Brasileira de Coaching)
- Roteiro de Avaliação – Programa CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar)
- Gestão da Emoção

Metodologias/Autores:

- Coaching – Sociedade Brasileira de Coaching (SBC).
- Gestão da Emoção: Método Dr. Augusto Cury
- Inteligência Emocional – Daniel Goleman
- Método GTD – David Allen
- Metodologia "Disney" para Gestão Hospitalar – Hospital Paulistano
- "Compromisso com a Qualidade Hospitalar" (CQH) - Associação Paulista de Medicina e CRM-SP
- Forças de Caráter – Ryan M. Niemiec
-

REFERÊNCIAS

ALLEN, David. A arte de fazer acontecer – O método GTD "Getting Things Done". 1ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

Goleman, D. Inteligência Emocional. A teoria revolucionária que define o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva, Tradução revista em 2001 do original 1995.

LEE, Fred. Se Disney Administrasse Seu Hospital: 9 1/2 Coisas que Você Mudaria. 1ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

DISNEY, Institute. O jeito Disney de encantar os clientes: do atendimento excepcional ao nunca para de crescer e acreditar. São Paulo: Saraiva, 2011.

BURMESTER, Haino. Manual de Gestão Hospitalar. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

CURY, Augusto. Gestão da Emoção: Técnicas de coaching emocional para gerenciar a ansiedade, melhorar o desempenho pessoal e profissional e conquistar uma mente livre e criativa. São Paulo: Saraiva, 2015.

NIEMIEC, Ryan M. O poder das 24 forças de caráter. São Paulo: Geniantis, 2021.

LANZER, Fernando. Clima e cultura organizacional – entender, manter e mudar. LCO Patners, 2017.

CRIAÇÃO DE MECANISMOS DE MONITORAMENTO SETORIAIS

Criação de mecanismos de monitoramento setoriais de realização das avaliações e do preenchimento do plano de desenvolvimento individual.

Finalidade

Alcançar o maior número possível de avaliações por setor.

Metodologia

Envio de e-mail padrão às Gerências e Diretoria periodicamente lembrando dos prazos a serem cumpridos e das tarefas a serem realizadas.

Responsável

Gerência de Recursos Humanos.

RESUMO DO PROGRAMA:

43 Ferramentas
12 Semanas
4 Tarefas em Média por semana (1 a cada 2 dias)

Encontros Individuais (1x1)	32
Quartas-feiras - (sessão individual de no mín.30' e no máx.40')	13
Quintas-feiras - (sessão individual de no mín.30' e no máx.40')	13
Sextas-feiras - (sessão individual de no mín.30' e no máx.40')	6

Encontros Coletivos (1x32): às Sextas-feiras das 15hs às 17hs
30' - Teoria do Tema
40' - Discussão dos tópicos previamente selecionados
50' - Sugestão de Solução para os problemas discutidos

Quartas e Quintas-feiras:	00:05:00	00:40:00	01:00
Líder 1	07:00	07:40	
Líder 2	07:45	08:25	
Líder 3	08:30	09:10	
Líder 4	09:15	09:55	
Líder 5	10:00	10:40	
Líder 6	10:45	11:25	
Líder 7	11:30	12:10	
Líder 8	13:10	13:50	
Líder 9	13:55	14:35	
Líder 10	14:40	15:20	
Líder 11	15:25	16:05	
Líder 12	16:10	16:50	
Líder 13	16:55	17:35	
Líder 14	17:05	17:45	
Líder 15	17:50	18:30	
Líder 16	18:35	19:15	
Líder 17	19:20	20:00	
Líder 18	20:05	20:45	
Líder 19	20:50	21:30	
Líder 20	21:35	22:15	

Sextas-feiras:			
Tema	15:00	15:30	
"5 Porquês"	15:30	16:10	
"6 Soluções"	16:10	17:00	

Condução da Seleção dos Tópicos:

1) Cada lider sugere 3 problemas do seu setor que precisam de solução

2) Reune-se todos os 3 problemas de cada lider numa lista (google forms) que totalizarão a quantidade de 96 problemas que serão trabalhados nos 3 meses. A medida que os problemas forem sanados outros novos entram no rol de forma que a cada semana será

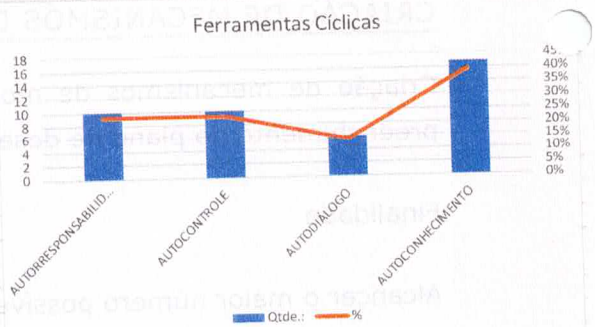
3) Para cada reunião serão escolhidos 8 problemas, que serão trabalhados da seguinte forma:

3.1) Cada semana teremos um tema aser apresentado com teoria simplista de forma que possa ser praticado na semana seguinte. Embora contenha conteúdo resumido, será disponibilizado material de consulta para quem precisar acessar.

3.2) Por meio da ferramenta "5 Porquês" se abre o questionamento até chegar à causa raiz do problema. Registra o problema raiz 1, e parte para o próximo (2), até percorrer os 6 (tempo para cada problema nesta etapa é de 5 min)

3.3) Na 3ª etapa vai direto para a solução dos problemas raízes elencados. Como estarão todos os departamentos juntos, já sentem os reflexos internos que cada solução demanda.

Ciclos:	Qtde.:	%
AUTORRESPONSABILIDADE	10	23%
AUTOCONTROLE	10	23%
AUTODIÁLOGO	6	14%
AUTOCONHECIMENTO	17	40%
Total:	43	



AVALIAR AS DEFINIÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

Finalidade

Proporcionar aos gerentes e colaboradores uma boa leitura da definição das características comportamentais e dos fatores de avaliação com vistas a torná-las mais acessíveis e relacionadas à prática dos colaboradores;

Metodologia

Avaliar as definições das características comportamentais e proceder alterações para melhor entendimento das competências, estabelecer ainda definições para as avaliações dos fatores:

Insuficiente, Abaixo do Esperado, Dentro do Esperado e Acima do Esperado.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Departamento de Tecnologia.

PDI (PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL)

Objetivo Geral

O plano de desenvolvimento individual PDI visa preparar os profissionais para os desafios a longo prazo, validando os conhecimentos por meio de conteúdos, ampliando as competências com treinamentos e qualificações.

Objetivos Específicos

Por se tratar de um Plano Individual é necessário objetivar especificamente um planejamento para a qualificação de cada profissional para sua trajetória na organização. Na Gestão de Pessoas, em parcerias entre as lideranças setoriais (de cada departamento da unidade hospitalar), serão planejados treinamento visando o desenvolvimento de competências, para que os liderados enfrentem os desafios em diferentes momentos da organização.

Justificativa

As organizações passaram por consideráveis mudança ao longo dos anos, com o crescimento dos segmentos do negócio, com a descentralização da administração pública, além do uso de novas tecnologias, propostas inovadoras e demais mudanças fazem parte da realidade da organização. Indo ao encontro destas mudanças e da real necessidade de adequá-las ao mundo corporativo, o PDI surge para preparar o profissional do futuro desde já, para lidar com esses desafios a longo prazo.

Por isso, em nossa organização, o desenvolvimento jamais foi visto como uma despesa, mas, sim, como um investimento, com benefícios, tanto patronal quanto laboral. A organizações passaram a contar com competências colaborativas para concretizar as estratégias de negócios, e o colaborador usa a educação para crescer profissionalmente.

O motivo pelo qual despontamos a necessidade de auxiliar nossos liderados a se desenvolverem por meio de um PDI é pelo fato de, enquanto o treinamento prepara o profissional para o cargo atual, o desenvolvimento abrange a jornada do liderado na organização. Nele, as competências são desenvolvidas para necessidades presentes e futuras.

Metodologia

Serão realizadas alterações no sistema discriminando os tipos de ações de desenvolvimento para a elaboração do plano de desenvolvimento individual (ex.: visitas, leituras, *benchmarking)*, possibilitando ao avaliador acesso às ações de desenvolvimento através d aba de seleção. Com uma metodologia específica, almeja-se alançar os seguintes benefícios:

- Lidar com a escassez de talentos: Na pesquisa mais recente do Man Power Group, vemos que 52% dos recrutadores brasileiros não conseguem fechar suas vagas dentro do prazo devido à falta de pessoas qualificadas. E encontrar soluções internamente é uma forma de lidar com esse desafio;

- Desenvolver competências humanas ou socioemocionais: Competências humanas ou socioemocionais, como comunicação, liderança, inteligência emocional e resolução de

problemas, estão entre as mais necessárias. Não à toa, são consideradas habilidades do futuro, uma vez que permanecem válidas ao longo da trajetória profissional e em diferentes momentos da organização.

- Ensinar profissionais a aprender: Entre as soft skills, precisamos ensinar os profissionais a aprender. As competências técnicas ficam constantemente defasadas diante de novas tecnologias e métodos de trabalho que surgem a todo momento. Por isso, a capacidade de estar em constante aprendizado é fundamental para que o colaborador permaneça alinhado com a organização a longo prazo.

- Respeitar as diferenças entre as pessoas: O plano de desenvolvimento individual é, ainda, uma forma de trabalhar as diferenças entre as pessoas em prol da organização. Em vez de padronizar os liderados, como uma linha de montagem, os programas de desenvolvimento devem enxergar as diferentes bagagens, perfis e talentos, usando as características para formar um time diverso e colaborativo.

Em suma, não basta treinar competências isoladas. Tudo o que a organização realizar a longo prazo precisa determinar, entre as diversas opções disponíveis, quais são as ações de curto prazo. Esse é o papel do PDI em relação às diversas qualificações que a organização colocará em prática.

Conteúdo do Programa

O plano de desenvolvimento individual funciona como um mapa para o profissional. Afinal, as informações contidas no PDI são essenciais para que exista a noção de progresso do colaborador, e a organização alcance os resultados desejados. O Programa contempla:

Objetivos: O projeto deve estar alinhado às necessidades presentes e futuras da organização, das quais extraímos os objetivos do PDI.

Metas: Os objetivos devem ser desdobrados em etapas. De forma que, se o liderado for preparado para um cargo de gestão, teremos diversas competências a serem trabalhadas antes mesmo dele chegar lá, como: comunicação, gestão de conflitos, inteligência emocional, dentre outros.

Prazos: As etapas devem ter momentos para serem concluídas e avaliadas, até para que a organização possa verificar se o programa está funcionando.

Indicadores de desempenho: Serão definidos no decorrer do programa como os resultados serão medidos ao longo do tempo. A título de exemplificação, citaremos alguns tipões de ferramentas aplicadas para demonstrar o progresso do Programa de Desenvolvimento Individual: Aumentos de produtividade, satisfação do colaborador e avaliação de competências.

Trilhas de aprendizado: O PDI deve trazer os meios pelos quais a organização pretende alcançar os resultados. Com análises periódicas de quais as metodologias de desenvolvimento serão aplicadas e coordenadas, o programa proporcionará meios para atingir as metas propostas.

Ferramentas de desenvolvimento: Os aprendizados são complementados aos serviços na orientação dos colaboradores e desenvolvimento de competências, como feedback, coaching, mentoria e orientação de carreira.

Estrutura do Plano

A estrutura da qual utilizaremos para desenhar um plano de desenvolvimento individual será operacionalizada, em grande parte, através de ações que envolvam a pesquisa e avaliação "in loco", pois só assim entenderemos as reais necessidades da organização e unidade hospitalar, em busca de soluções para desenvolver as competências definidas. A seguir esboçaremos um passo-a-passo de como o programa se procederá:

Passo 1 - Análise do cenário da organização:

a) Entender quais são as necessidades internas. As demandas que estão ligadas aos desafios e metas da organização, dos departamentos, dos gestores, das equipes e dos indivíduos.

b) Aplicação da ferramenta SWOT, mundialmente conhecida como meio de diagnóstico para organizar o pensamento, onde avaliamos os ambientes interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças).

Passo 2 – Mapeamento das Competências:

a) As necessidades da empresa determinam os alvos de desenvolvimento. Com uma lista de competências exigidas dos colaboradores, precisamos mapear as lacunas de competência e entender a diferença entre competência esperada e a realizada.

b) Aplicação de ferramentas para realizar esse mapeamento: Avaliações de Desempenho; Entrevistas Profissionais; Relatórios de Pontos Fortes e Fracos (assessment);

c) Aplicação da metodologia C.H.A: As competências unem conhecimento (saber algo), habilidade (saber fazer), atitude (saber se colocar em ação) e julgamento (saber avaliar quando agir) para produção de resultados úteis e aplicáveis no dia a dia. Assim, dentro de uma competência, pode haver várias lacunas. Por exemplo, a comunicação exige empatia, escuta, capacidade de se expressar, entre outros atributos.

Passo 3- Definição de Objetivos e Metas:

a) Cronograma: o PDI exige a definição do que será aprendido dentro de um cronograma de desenvolvimento. A formação de trilhas de aprendizado é a principal diferença do desenvolvimento de competências em comparação a um treinamento simples.

b) Trilhas de Desenvolvimento: utilizaremos vários tipos de trilhas de desenvolvimento em sequência para fazer o colaborador percorrer uma jornada de conhecimento aplicável ao longo de toda a sua trajetória.

c) Metas: As metas de aprendizado pressupõem que os objetivos sejam progressivos em relação às dificuldades encontradas.

d) Percorrer os estágios do aprendizado, atribuído ao Psicólogo Abraham Maslow (1908 - 1970):

1. Incompetência inconsciente: não se conhece as competências a serem aprendidas;

2. Incompetência consciente: existe clareza sobre o que é preciso aprender;

3. Competência consciente: entende-se como fazer algo e consegue-se realizar pensando nos passos para executar a tarefa;

4. Competência inconsciente: domina-se integralmente a competência, usando as habilidades sem precisar pensar em cada ação.

e) Relacionar as metas aos diferentes níveis de aprendizado (acima) dentro das competências, a seguir:

1. Conhecimento identificar e lembrar de conceitos, informações, definições e conteúdos abordados;

2. Compreensão: entender o que foi estudado, inclusive, sabendo explicar o assunto;

3. Aplicação: usar o que foi entendido em situações concretas, explorando as regras, métodos e informações abordadas em contextos distintos;

4. Análise: ser capaz de decompor o conteúdo em elementos, sabendo o papel de suas partes em relação ao todo;

5. Síntese: conseguir reorganizar os elementos para construir algo novo;

6. Avaliação: saber julgar a importância do conhecimento aprendido em situações específicas.

Passo 4 – Avaliações:

a) Continuidade: buscaremos mecanismos de avaliação e feedback para avaliar o progresso do profissional e sugerir pontos de melhoria. Ao escolher o formato de PDI, um ponto importante é usar de métodos que aumentem o interesse e engajamento. Desta forma o próprio PDI passará por avaliações contínuas em busca de melhorias.

b) Aplicação do ciclo PDCA: planejar (plan), executar (do), checar (check) e ajustar (adjust). Ao aplicarmos tal ferramenta focaremos no conhecimento especializado por ser fundamental para concretizar um PDI que realmente traga resultados para a organização.

Conclusão

Com tudo o que o programa até aqui apresenta, podemos perceber que os níveis de competência exigidos pelos cargos nas organizações ficam mais claros a partir dessa classificação. Sendo assim, enquanto um assistente administrativo precisa dominar a aplicação das rotinas administrativas, um analista deve saber decompor os processos de gestão em partes, em busca de pontos de melhoria, e assim, de cargo em cargo, função em função, o Programa de Desenvolvimento Individual, contribuirá para o Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, consideravelmente, proporcionando a melhoria contínua e a Educação Organizacional Permanente. Resumidamente, o planejamento do PDI passa por entender quais competências devem ser aprendidas para suprir as lacunas identificadas inicialmente.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Departamento de Tecnologia.

PROGRAMAR AÇÕES EDUCATIVAS REFERENTES À FERRAMENTA DO FEEDBACK.

Finalidade

Mobilização dos gestores para o uso do *feedback*, como ferramenta essencial para a Educação e motivação das pessoas para o desempenho mais eficaz das atividades dos colaboradores.

Metodologia

Programar ações educativas: informativos, oficinas, palestras, *reuniões in loco*.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos, Assessoria de Comunicação e Multiplicadores.

Relatórios

RELATÓRIOS SETORIAIS COM OS PERCENTUAIS DE ADESÃO AO SISTEMA

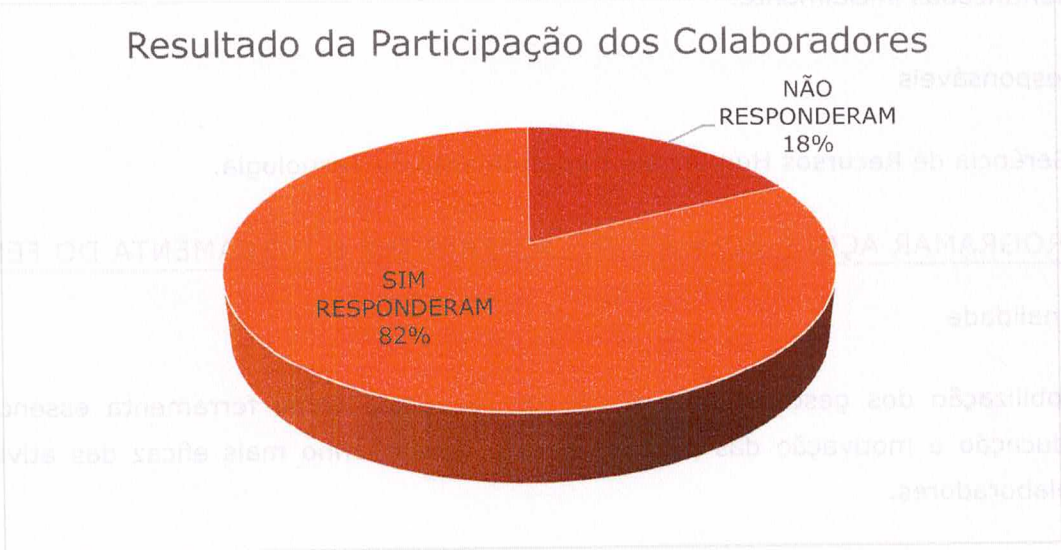
Finalidade

Informar às gerências o percentual de adesão de cada setor.

Metodologia

Impressão de Relatório setorial de percentuais de participação à Avaliação de Desempenho e encaminhamento posterior às Gerências.

A avalição foi disponibilizada para todos os colaboradores, total de 1063, sendo que 18% não responderam e 82% responderam.



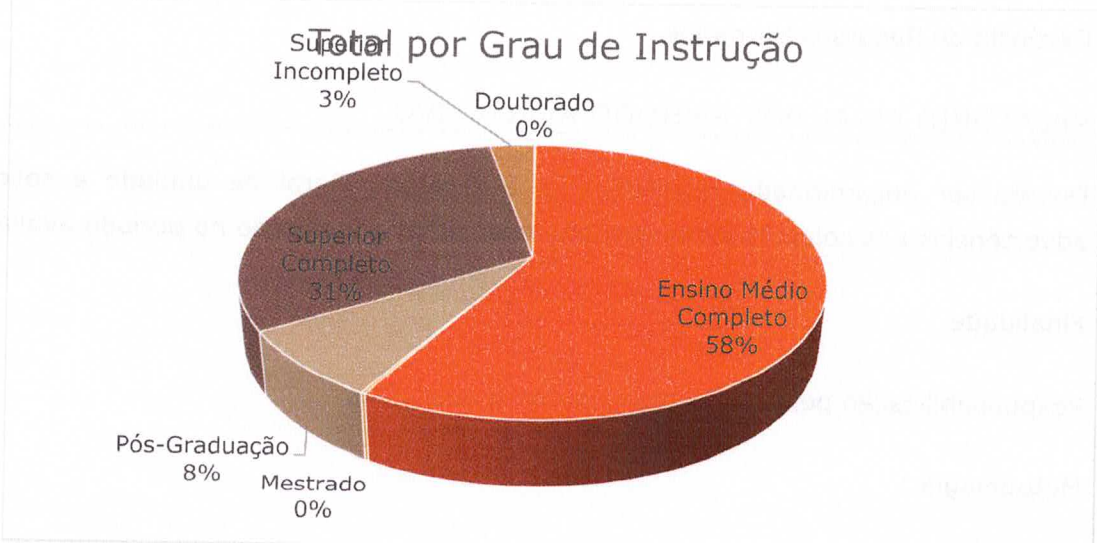
Setores	NÃO RESPONDERAM	SIM RESPONDERAM	Total Geral	% não	%sim
AGENCIA TRANSFUSIONAL	2		2	100%	0%
ALMOXARIFADO E PATRIMONIO	4	2	6	67%	33%
AMBULATORIO	3	10	13	23%	77%
APOIO ADMINISTRATIVO		11	11	0%	100%
AUDITORIA		4	4	0%	100%
CENTRO CIRURGICO	21	58	79	27%	73%
CME	1	25	26	4%	96%
COMPRAS	1	3	4	25%	75%
CUSTOS		1	1	0%	100%
DIRETORIA	1		1	100%	0%
ENFERMAGEM		1	1	0%	100%
ENFERMAGEM 3°ANDAR	1		1	100%	0%
ENFERMAGEM PRONTO ATENDIMENTO	21	80	101	21%	79%
ENFERMAGEM UTI 2	8	48	56	14%	86%
ENFERMAGEM UTI 3	8	54	62	13%	87%
ENFERMAGEM UTI 4	3	27	30	10%	90%
ENFERMAGEM UTI I	12	33	45	27%	73%
ENFERMARIA CENTRO CIRURGICO		1	1	0%	100%
ENFERMARIA PRONTO ATENDIMENTO	3		3	100%	0%

ENFERMARIA QUARTO ANDAR	15	69	84	18%	82%
ENFERMARIA SEGUNDO ANDAR	10	71	81	12%	88%
ENFERMARIA TERCEIRO ANDAR	15	64	79	19%	81%
ENFERMARIA UT1 4	1		1	100 %	0%
ENFERMARIA UTI 1	1		1	100 %	0%
ENFERMARIA UTI 2	1		1	100 %	0%
FARMACIA SALETITE 1	3	7	10	30%	70%
FATURAMENTO		7	7	0%	100 %
HEMOTERAPIA/LABORATORIO	2	13	15	13%	87%
NIR		2	2	0%	100 %
NQSP	1	5	6	17%	83%
NUCLEO INTERNO DE REGULACAO	7	7	14	50%	50%
NVE	1	3	4	25%	75%
OUVIDORIA		4	4	0%	100 %
PRESTACAO DE CONTAS		8	8	0%	10 %
PRONTO ATENDIMENTO	1	6	7	14%	86%
RADIOLOGIA	2	28	30	7%	93%
RECEPÇÃO		1	1	0%	100 %
RH		6	6	0%	100 %
SAME	1	2	3	33%	67%
SCIRAS		8	8	0%	100 %

SERVICO DE CURATIVO		3	3	0%	100 %
SESMT	1	9	10	10%	90%
SUPORTE ASSISTENCIAL		2	2	0%	100 %
T.I.	2	7	9	22%	78%
TRANSPLANTE		1	1	0%	100 %
VACINA		2	2	0%	100 %
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	12	114	126	10%	90%
FARMACIA	25	50	75	33%	67%
ENSINO E PESQUISA	1	15	16	6%	94%
Total Geral	**191**	**872**	**1063**	**18%**	**82%**

ANÁLISE POR GRAU DE INSTRUÇÃO

Analisando a amostra de 1063 colaboradores podemos notar em destaque que 31% tem Superior Completo, e 3% Superior Incompleto, sendo assim nas ações de Ensino e Pesquisa, buscamos o incentivo via DPP, para que colaboradores retomem seus estudos.



ANÁLISE POR FAIXA SALARIAL

Analisando a amostra de 1063 colaboradores, podemos notar em destaque que 83% tem Faixa Salrial entre R$2000 e R$4500, e que 5% superior a R$4500, o que está relacionado com Grau de Instrução exigido por cargos, inclusive.



Responsável

Gerência de Recursos Humanos.

RELATÓRIO FINAL POR PERÍODO AVALIATIVO

Deverá ser encaminhado relatório final à Diretoria Geral da unidade e solicitação de advertências aos colaboradores que não realizaram a avaliação no período avaliativo.

Finalidade

Responsabilização pelo não cumprimento da avaliação.

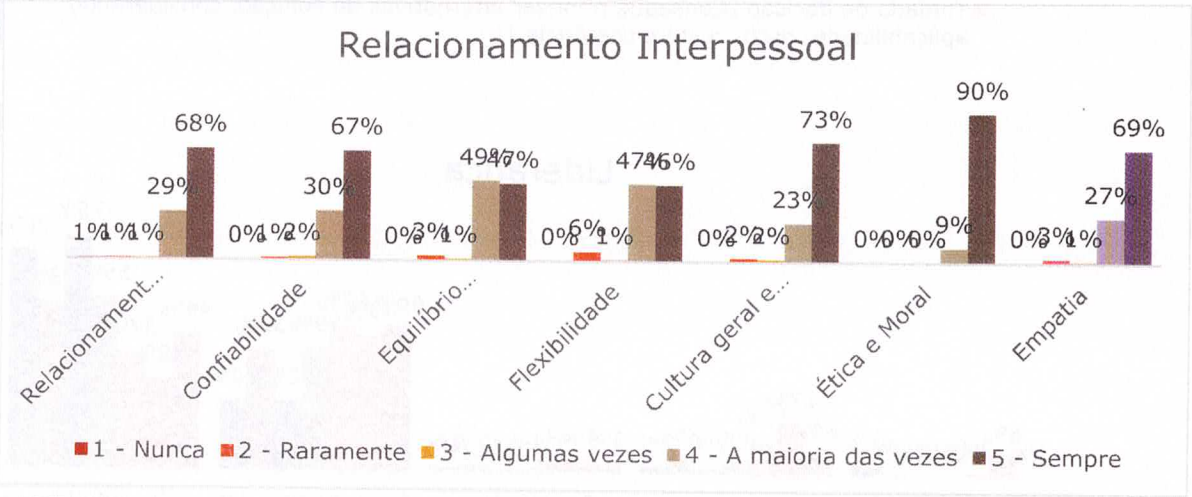
Metodologia

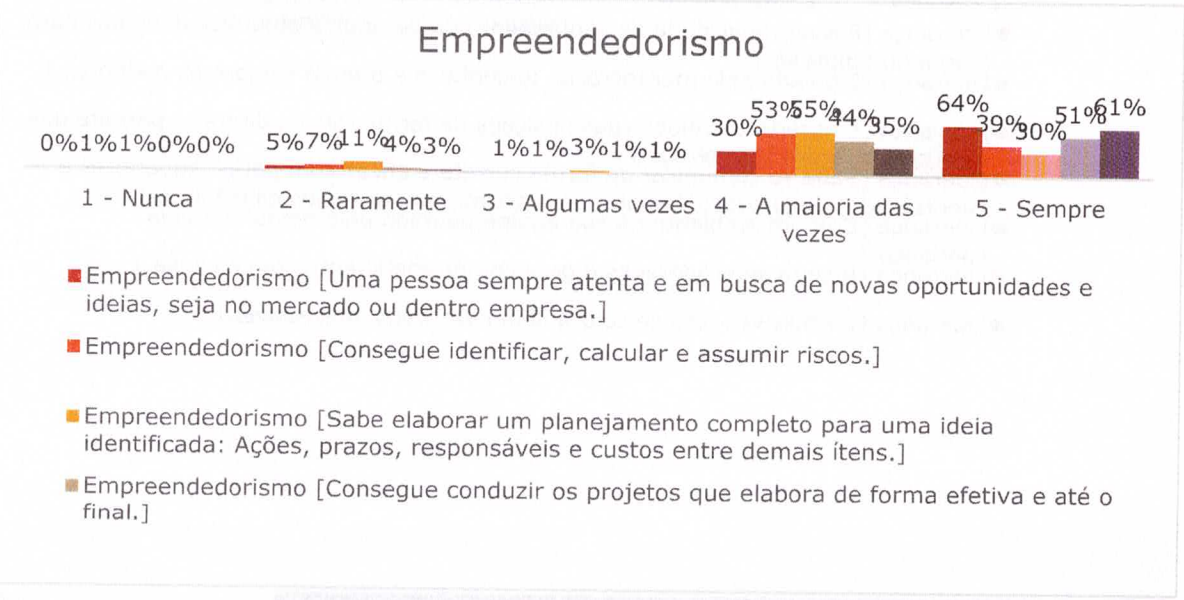
Encaminhamento de relatório final à Diretoria Geral da unidade para as intervenções necessárias.

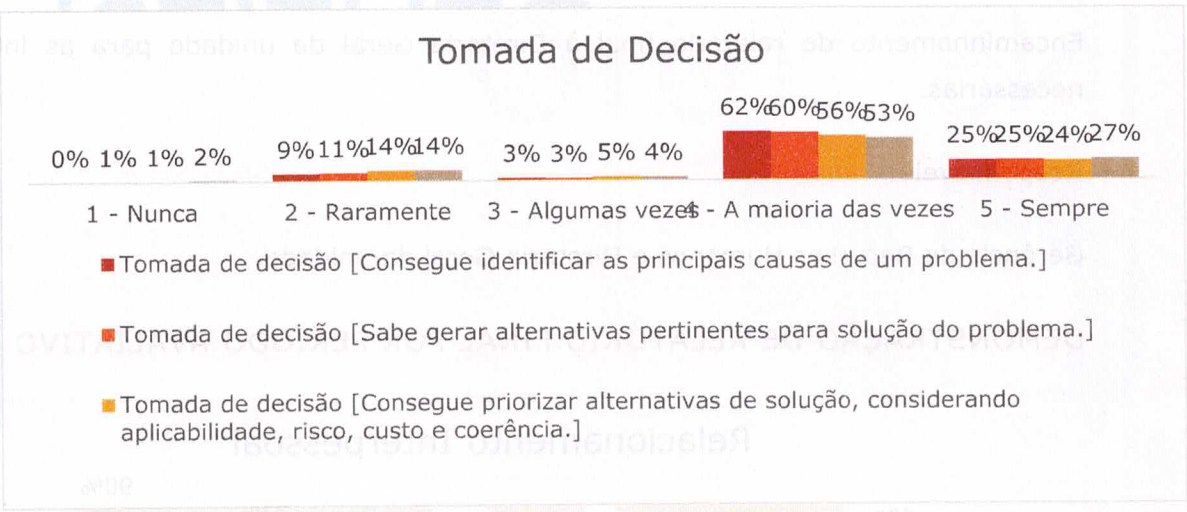
Responsáveis

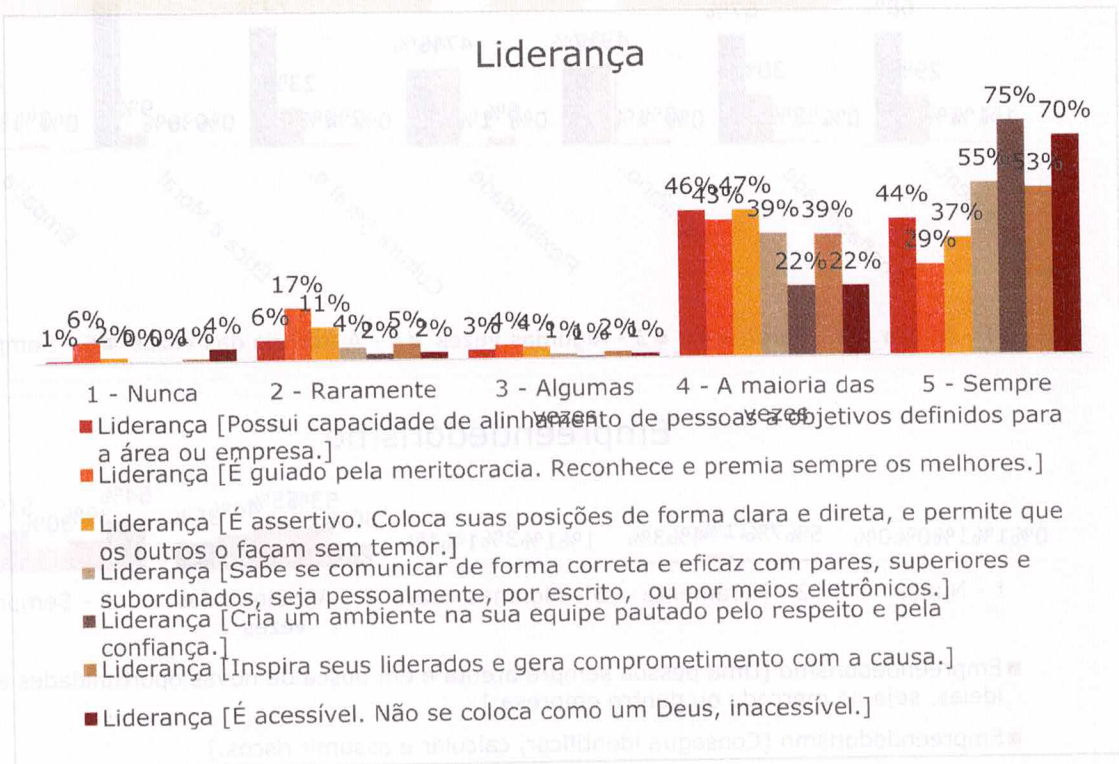
Gerência de Recursos Humanos e Diretoria Geral da unidade.

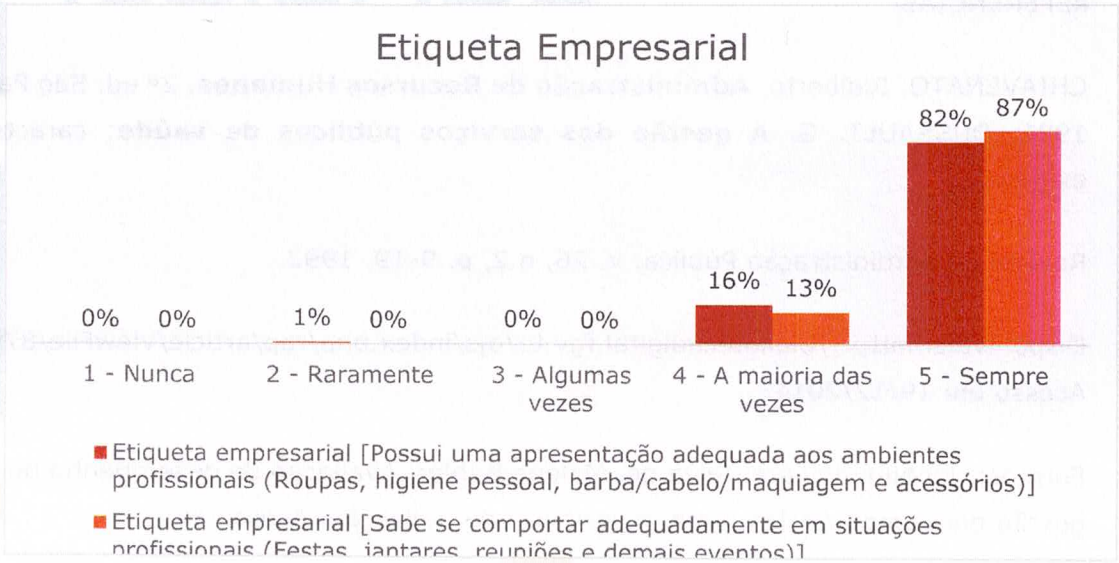
DEMONSTRAÇÃO DE RELATÓRIO FINAL POR PERÍODO AVALIATIVO






Tomada de Decisão
0% 1% 1% 2%
9% 11% 14% 14%
3% 3% 5% 4%
62% 60% 56% 53%
25% 25% 24% 27%
1 - Nunca
2 - Raramente
3 - Algumas vezes
4 - A maioria das vezes
5 - Sempre
Tomada de decisão [Consegue identificar as principais causas de um problema.]
Tomada de decisão [Sabe gerar alternativas pertinentes para solução do problema.]
Tomada de decisão [Consegue priorizar alternativas de solução, considerando aplicabilidade, risco, custo e coerência.]


Liderança
1% 6% 2% 0% 0% 4% 4%
6% 17% 11% 4% 2% 5% 2%
3% 4% 4% 1% 1% 2% 1%
46% 43% 47% 39% 39% 22% 22%
44% 29% 37% 55% 75% 53% 70%
1 - Nunca
2 - Raramente
3 - Algumas vezes
4 - A maioria das vezes
5 - Sempre
Liderança [Possui capacidade de alinhamento de pessoas a objetivos definidos para a área ou empresa.]
Liderança [É guiado pela meritocracia. Reconhece e premia sempre os melhores.]
Liderança [É assertivo. Coloca suas posições de forma clara e direta, e permite que os outros o façam sem temor.]
Liderança [Sabe se comunicar de forma correta e eficaz com pares, superiores e subordinados, seja pessoalmente, por escrito, ou por meios eletrônicos.]
Liderança [Cria um ambiente na sua equipe pautado pelo respeito e pela confiança.]
Liderança [Inspira seus liderados e gera comprometimento com a causa.]
Liderança [É acessível. Não se coloca como um Deus, inacessível.]



Avaliação Do Programa

Periodicidade da Avaliação

Anual

Metodologia

A verificação do cumprimento dos objetivos traçados ocorrerá através da:

- análise dos relatórios de adesão ao sistema de avaliação de desempenho e comparação ao período avaliativo anterior.
- análise dos Planos de Desenvolvimento Individuais definidos;
- verificação do aumento da adesão dos grupos de profissionais;

DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa ora traçado, será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração de Recursos Humanos.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1981. DUSSAULT, G. **A gestão dos serviços públicos de saúde**: características e exigências.

Revista de Administração Pública, v. 26, n.2, p. 9-19, 1992.

Disponivelemhttp://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8792/7531. Acesso em 19/12/2014.

Formosi, Janaina de Lara, Silva de, Malene Buhler, Avaliação de desempenho no modelo de gestão por competências: uma experiência de utilização. Acesso em:

http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0001, acesso em data de acesso 01/12/2014.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004, Disponível em http://ibras.net/Arquivoscientificos/SUS/As%20segmentacoes%20da%20oferta%20de%20servicos%20de %20saude%20%20Brasil.pdf>acesso em 24/11/2014

Souza, Eugênia Silva de. Avaliação de desempenho por competências: um estudo de sua aplicabilidade com enfermeiros de um hospital público estadual no município de Recife. Disponível em http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010sousa-es.pdf,>acesso em 26/11/2014.



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

INSTITUTO CEM

Santa Helena de Goiás -2023

VOLUME 3

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

SUMARIO

Sumário

9 Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente 1539

9.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos 1539

9.1.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1539

9.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos 1539

9.2.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1539

9.3 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos 1539

9.3.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar ..... 15[illegible]

9.4 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO..... 1539

9.4.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1540

9.5 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente..... 1540

9.5.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1540

10 Estrutura e experiência da Diretoria 1541

10.1 Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 1541

10.1.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria 1541

10.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto) 1541

10.2.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria 1541

10.3 Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)..... 1541

10.3.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria 1541

11 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar 1542

11.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho. 1542

11.2 Internação: 1542

11.2.1 Atendimento às Urgências Hospitalares 1542

11.2.2 Atendimento Ambulatorial 1543

11.2.3 Cirurgias Eletivas 1546

11.2.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico..... 1549

11.3 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas deambulatório e urgência..... 1552

11.3.1 ANEXO - Protocolos de enfermagem ambulatório e urgência..... 1552

11.4 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto. 1552

11.4.1 ANEXO - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade..... 1552

11.5 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos. 1552

11.5.1 ANEXO - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios 1552

11.6 Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios. 1552

11.6.1 ANEXO - Proposta para Convênio Cooperação Técnica 1553

11.7 Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular 1553

11.7.1 ANEXO – Apresentação Título Stricto Sensu Gestão 1553

11.8 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico. 1553

11.8.1 ANEXO – Protocolos de enfermagem internação enfermarias 1553

12 Implementação e Funcionamento de outros Serviços 1554

12.1 Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima 1554

12.2 Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima. 1658

12.3 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima. 1675

12.3.1 Proposta de Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos 1688

12.3.2 Planejamento Estratégico – Diretoria Adminstrativa E Financeira 1744

12.4 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares 1749

12.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial. 1784

12.5.1 Do Processo De Contratação De Terceiros 1786

12.5.2 Das Obrigações Diversas Dos Serviços Contratados Pelo Instituto Cem Para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO 1789

12.5.3 Serviços De Limpeza Hospitalar 1791

12.5.4 Serviços Devigilância 1792

12.5.5 Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns 1793

12.5.6 Prestação de serviços de vigilância, controle e fiscalização, inclusive através de vigilância eletrônica 1794

12.5.7 Serviço De Manutenção Predial 1796

12.5.8 Dos Procedimentos De Compra E Contratação 1797

12.5.9 Do Recebimento Das Propostas 1799

12.5.10 Da Analise Das Propostas 1800

12.5.11 Da Documentação Para Habilitação 1801

12.5.12 Do Resultado 1802

12.5.13 Regulamento Para Os Procedimentos De Compra, Contratação De Obras, Contratação De Serviços E Alienações 1803

12.5.14 Dos Critérios Específicos De Contratação 1819

12.6 Manual de Rotinas Administrativas para a Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio 1841

12.6.1 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo ... 1841

12.6.2 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares 1899

12.7 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo 1939

13 Política De Recursos Humanos 2000

13.1 De Pessoas Gestão Do Trabalho E Servidores 2000

13.1.1 Quadro De Servidores Cedidos 2004
13.2 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações. 2006
13.2.1 Programa De Desenvolvimento Humano Organizacional 2006
13.2.2 Estrutura Do Programa De Desenvolvimento Humano Organizacional..... 2010
13.2.3 Uso das informações da pesquisa de clima: 2028
13.2.4 Da Política De Recursos Humanos 204
13.3 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção. 2086
13.3.1 Regulamento Dos Procedimentos Para Recrutamento, Seleção E Contratação De Pessoal 2086
13.3.2 Modelo De Contrato De Trabalho 2096
13.3.3 Proposta para Identificar, controlar o absenteísmo e Estimular Produção. 2098
13.3.4 Programa De Educação Permanente 2108
13.3.5 Programa De Acolhimento Dos Colaboradores 2120
13.4 Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho. 2131
13.4.1 Registro e Controle de Pessoal e Modelo para Escalas de Trabalho ..... 213[illegible]
13.4.2 Regime de Contratação 2132
13.4.3 Regra para Elaborar Escalas de Serviços 2133
13.4.4 Registro de Ponto dos Funcionários 2133
13.4.5 Modelo de Escala Médica 2134
13.4.6 Modelo De Escala Dos Servidores 2135
13.4.7 Exemplos De Escalas Assistenciais 2136
13.1 Apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais 2139

13.2 Quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital 2146

13.2.1 QUALIFICAÇÃO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS 2146

14 Metodologia de Projetos 2179

14.1 Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis. 2179

14.2 Planejamento Da Proposta De Trabalho 2179

14.2.1 Introdução 2179

14.2.2 Escopo Do Projeto 2180

14.2.3 Metas De Produção e Indicadores de Desempenho 2191

14.2.4 Planejamento Estratégico 2194

14.2.5 Planejamento Tático 2195

14.2.6 Planejamento Operacional 2195

14.2.7 Pilares Operacionais: 2196

14.2.8 Objetivos Estratégicos: 2197

14.3 Plano Operacional das atividades 2200

14.4 Cronograma De Implantação De Metodologia De Trabalho .. 2209

14.5 Resultados Esperados 2226

14.6 Custos 2228

15 Recursos financeiros 2229

15.1 Metodologia 2229

15.2 Estimativa De Custeio Operacional - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO 2231

15.3 Especificações Técnicas Da Gestão Do Trabalho E Dos Servidores Cedidos 2234

15.4 Quadro De Servidores Cedidos 2239



Qualidade Técnica

9 Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente

9.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos

9.1.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar

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

9.2.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar

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

9.3.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar

9.4 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de

aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO

9.4.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar

9.5 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum do Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.

9.5.1 ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar

10 Estrutura e experiência da Diretoria

10.1 Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

10.1.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria

10.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)

10.2.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria

10.3 Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)

10.3.1 ANEXO - Estrutura e experiência da Diretoria

11 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar

11.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.

Para o funcionamento do HERSO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

11.2 Internação:

a.1) Saídas de Clínica Médica

a.2) Saídas Cirúrgicas

a.3) Internações em leitos de UTI adulto (não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas)

Cirurgias programadas: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

11.2.1 Atendimento às Urgências Hospitalares

A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências de demanda espontânea, referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante24h.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco.

APRESENTAÇÃO DOS HORÁRIOS DE ATIVIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

APRESENTAÇÃO DOS HORÁRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DISTINGUINDO ENTRE PRESENÇA FÍSICA DE MÉDICO ESPECIALISTA E MÉDICO GERAL E MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS (SOBREAVISO)				
Especialidades para a urgência ofertadas pelo HERSO	**Plantões Presenciais**		**Plantões de Sobreaviso**	
	07:00- 19:00	**19:00 – 07:00**	**07:00- 19:00**	**19:00 – 07:00**
Cirurgia Buco Maxilo	**2**	**1**	**1**	**1**
Cirurgia Geral	**5**	**3**	**2**	**1**
Clínica Médica	**2**	**2**		
Ortopedia e Traumatologia	**6**	**2**	**3**	**3**
Cirurgia Vascular e Angiologia	**2**	**2**	**1**	**1**

11.2.2 Atendimento Ambulatorial

Consultas Iniciais Médicas e Multiprofissionais na Atenção Especializada:

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

As consultas ambulatoriais compreendem:

- Primeira consulta;
- Primeira consulta de egresso;
- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Estado ao Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida.

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

Outros serviços ambulatoriais de multiprofissionais contemplados na instituição incluem:

- Fisioterapia;
- Cirurgia Bucomaxilo;
- Fonoaudiologia;
- Enfermagem;
- Nutrição;
- Psicologia.

As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadros 03 e 04 abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

- Angiologia e Cirurgia Vascular
- Cardiologia - Risco Cirúrgico Cirurgia Geral
- Ortopedia e Traumatologia

AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES MÉDICAS

	Manhã 07:00 as 13:00hs					Tarde 13:00 às 19:00hs					Produção prevista/mês	Vínculo
Especialidades Médicas	**Seg**	**Ter**	**Qua**	**Qui**	**Sex**	**Seg**	**Ter**	**Qua**	**Qui**	**Sex**		
Angiologia e Cirurgia Vascular		1		1		1						
Anestesiologia	1		1		1		1		1			
Cardiologia	1		1			1		1			Consultas médicas na atenção especializada: 3000	PJ
Cirurgia Geral	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2		
Ortopedia e Traumatologia	3	1	1	2	2	2	2	2	3	3		
Plantões 6 horas por semana												

11.2.3 Cirurgias Eletivas

Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo 04 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

- Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;
    a. Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);
    b. Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;
    c. Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).
- Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;
    a. Instrumento de registro: APAC;
    b. Autorização para execução: via sistema de regulação;
    c. Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.
- Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória;

a. Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;

b. Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;
- Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e
- Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 6 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.

As cirurgias eletivas deverão ser realizadas prioritariamente para os pacientes egressos que necessitem do segundo tempo cirúrgico;

Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial autorizada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

Será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência e necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;

A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias

Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

SAÍDAS CIRÚRGICAS – CENTRO CIRÚRGICO

As saídas cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas e de urgência/emergência.

Cirurgia eletiva: é uma cirurgia programada que não é considerada de urgência e que o médico agenda o dia e o horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Todas as cirurgias devem ser reguladas pelo Complexo Regulador Estadual

Centro Cirúrgico

Especialidades Médicas para cirurgias programadas	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Cirurgia Geral	2	1	2	1	2
Ortopedia	4	3	2	1	3
Bucomaxilo	1	1		1	2
Cirurgião Torácico	1	1		1	
Angiologia/Cirurgia Vascular	1		2	1	

CIRURGIAS AMBULATORIAIS/ HOSPITAL DIA

Consideram-se Cirurgias Ambulatoriais as intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local e de diferentes especialidades, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

Os pacientes devem ser provenientes de regulação do Complexo Regulador Estadual, bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital.

* Apresentado no item Centro Cirúrgico

11.2.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização de exames, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler, para pacientes externos, com variação de até ±10%, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Especialidades Médicas para SADT Externo – Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO												
	Especialidade	Manhã 07:00 as 13:00hs					Tarde 13:00 às 19:00hs					Vínculo
Exames/SADT externo	Responsável Técnico	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	PJ
Radiografia	Médico Radiologista	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Tomografia Computadorizada	Médico Radiologista	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Ultrassonografia/ Doopler	Médico Ultrassonografista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

11.2.4.1 Unidade de Internação

As unidades de internação do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , funcionarão 24 horas pro dia, atendendo todos os pacientes ou aqueles que buscaram o serviço através do Pronto Socorro e foram internados no hospital

Unidade de Internação															
Especialidades Médicas INTERNAÇÃO	7:00-1300 hs							13:00-19:00hs							Vínculo
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	
MÉDICO PLANTONISTA DE 12 HORAS - DIURNO	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	PJ
MÉDICO DIARISTA HOSPITALISTA	10	10	7	7	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
MEDICO RESPONSAVEL TÉCNICO	1	1	1	1	1	1									
INFECTOLOGISTA	1	1	1	1	1	1	1								
*Especialistas no dimensionamento da ambulatorial também realizarão sobreaviso na internação.															

Unidade de Terapia Intensiva

Especialidades Médicas INTERNAÇÃO - UTI 57 LEITOS															
Especialidades Médicas INTERNAÇÃO - UTI 10LEITOS	7:00-19:00 hs (SEG A DOM) 08:00-18:00hs (SEG A SEX)							19:00-7:00hs (SEG A DOM) 08:00-18:00hs (SEG A SEX)							Vínculo
UTI – 10 LEITOS	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	PJ
MÉDICO DIARISTA HOSPITALISTA	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
MÉDICO RESPONSAVEL TÉCNICO DISPONIVEL 5 DIAS E 2 VISITAS SEMANAIS	1	1	1	1	1										
MÉDICO PLANTONISTA (12 HORAS)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	

11.3 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas deambulatório e urgência

11.3.1 ANEXO - Protocolos de enfermagem ambulatório e urgência

11.4 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto.

11.4.1 ANEXO - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade

11.5 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias destaques para os plantões e sobreavisos.

11.5.1 ANEXO - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios

11.6 Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares,

treinamentos em serviços, residências e estágios.

11.6.1 ANEXO - Proposta para Convênio Cooperação Técnica

11.7 Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

11.7.1 ANEXO – Apresentação Título Stricto Sensu Gestão

11.8 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.

11.8.1 ANEXO – Protocolos de enfermagem internação enfermarias

12 Implementação e Funcionamento de outros Serviços

12.1 Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima

Art. 196. "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

INTRODUÇÃO

O Serviço Social aconteceu no processo sócio-histórico que se dá aos exercícios deste profissional, atribuindo valores mediante a postura ética da capacidade de operação e em relação à prática profissional. No âmbito da saúde o assistente social apresenta-se como integrante essencial na equipe multiprofissional, cabendo um papel fundante de analisar, investigar e perceber as mudanças estruturais do processo e as expressões da questão social e suas particularidades.

A perspectiva de saúde da Constituição de 1988, ao tratar da criação do SUS, conduz uma postura estrutural, dinâmica que atenda a necessidade dos usuários. Assim, sanar tais ausências é importante que o assistente social reconheça o social, econômico e cultural da população que configura a clientela usuária, inserindo ações de proteção e recuperação de saúde.

A promoção da saude se faz por meio da educação, da adoção de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidade individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e o desenvolvimento da

capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde.

Nesse sentido, compreende-se que a promoção da saúde perpassa pela integração de políticas públicas que propiciem o atendimento integral das necessidades humanas, com intuito de garantir a integridade física, psicológica e social dos usuários do HERSO, cabendo ao profissional do Serviço Social atuação fundamental para a garantia de tal promoção.

Legislação Do Serviço Social:

A legislação que dispõe sobre a profissão de Serviço Social:

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.: Dispõe sobre a profissão de assistente social, já com a alteração trazida pela Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010.

Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010.: Acrescenta dispositivo à Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social.

Código de Ética Profissional do/a Assistente Social (10ª edição): Texto aprovado em 13/3/1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011.

OBJETIVOS GERAIS

Elaborar a análise do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdência) e familiar dos usuários, bem como promover o bem estar físico, mental e social. Com condutas humanizadas e planejamento das atividades diárias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O Serviço Social é uma profissão que visa compreender e reconhecer as políticas sociais como o direito social e sua garantia como dever do Estado. Detalharemos as atribuições do assistente social na área da saúde e como apresenta as demandas cotidianas, e o que tem por finalidade:

I. Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais,

II. Garantir plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios do Código de Ética do profissional do Serviço Social.

III. Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários.

IV. Devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses,

V. Informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma da sistematização dos dados obtidos.

VI. Fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e resguardado o sigilo profissional.

VII. Contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços.

VIII. Esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional.

O Serviço Social do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO está subordinado ao Diretor Técnico, e será executado por profissionais habilitados no CRESS-GO, com qualificações pertinentes e autonomia profissional.

DEFINIÇÃO DA PROPOSTA

- Prestar atendimento aos usuários do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás D. Albanir Faleiros Machado - HERSO nas demandas espontâneas em situações de vulnerabilidade social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destes, no resgate da autonomia e afirmação dos direitos sociais.
- Identificar as demandas apresentadas pelos usuários e propiciar ações que os envolvam na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Apresentar os procedimentos em questão visando dar resolutividade às demandas apresentadas pelos usuários do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO . Os benefícios e serviços devem ser amplamente divulgados e promovidos. Todos têm acesso aos direitos, sem discriminação.

NORMAS

Na rotina do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , o profissional Assistente Social deverá:

- Respeitar os princípios éticos da sua profissão, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas da unidade.
- Realizar os atendimentos com base nos Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) estabelecidos na unidade, cabendo ao profissional determinar ou eleger os processos adequados a cada paciente.
- Garantir a plena informação sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando as decisões do usuário, mesmo que sejam contrárias aos seus valores e às suas crenças individuais.
- Empenhar-se na eliminação de todas as formas de preconceito, exercendo suas atividades sem discriminação por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.
- Abster-se de assumir responsabilidade por atividades para as quais não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente.
- Participar, sempre que possível, da prática profissional interdisciplinar; e respeitar as normas e princípios éticos das outras categorias.

DAS COMPETÊNCIAS

Compete a Coordenador do Serviço Social:

- Supervisionar as atividades técnicas e administrativas do Setor de Serviço Social;
- Realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social;
- Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;

- Assessorar o Diretor Geral do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO na definição das diretrizes da Assistência Social no âmbito da sua competência;
- Estabelecer normas e diretrizes para o Setor de Serviço Social;
- Encaminhar pedidos e propor ao Diretor Geral admissão e dispensa de funcionários sob sua supervisão;
- Promover a capacitação técnica e administrativa do pessoal do Setor de Serviço Social;

O Serviço Social é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes) em todas as linhas de serviço do hospital. É um trabalho que necessita de continuidade de orientações junto aos pacientes e acompanhantes com acompanhamento de perto junto ao paciente elaborando a análise do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdência) e familiar dos usuários, bem como promover o bem estar físico, mental e social.

Com condutas humanizadas e planejamento das atividades diárias, executando e avaliando as pesquisas que contribuem para a realidade social das ações assistenciais da unidade.

O trabalho será realizado em sintonia com as equipes médicas e multiprofissional e obedecerá a seguinte rotina de atendimentos:

- Visitar os pacientes, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários e familiares (habitacional, trabalhista e previdenciária) com a finalidade de subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde.
- Providenciar a localização de familiares de pacientes .
- Orientar os pacientes e familiares/acompanhantes no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento das suas demandas sociais.

- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar a construção de laudos e pareceres sociais na perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde.
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços na esfera da seguridade social.
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social.
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.
- Acompanhar os pacientes com alta médica, mas sem condições de alta social (casos de pessoas sem vínculos familiares, como moradores de rua, pacientes com necessidades especiais, entre outros).
- Realizar a notificação às autoridades competentes, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência a crianças, adolescentes, idosos, mulheres e pessoas com deficiência.
- Comunicar óbito aos familiares e orientá-los quanto às providências cabíveis de acordo com o procedimento operacional padrão para resolução de óbito hospitalar.
- Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e profissional com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O assistente social ao compor o quadro de profissionais do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , incidirá por meio dos diferentes processos de trabalho, nos determinantes sociais que impactam na saúde do usuário. Neste sentido, será definido cinco eixos de intervenção:

- No acolhimento aos usuários pela equipe multiprofissional: será possível a identificação das demandas sociais para encaminhamento à avaliação do Serviço Social.
- A vinculação com equipe de saúde: o Serviço Social atuará junto à equipe multiprofissional durante o processo de acompanhamento de pacientes e familiares.
- A humanização nas relações: a partir do momento em que a equipe de saúde terá a possibilidade de analisar e avaliar o paciente num contexto geral, sem levar em consideração somente a sua patologia, o atendimento e planejamento das ações proporcionarão a humanização nas relações institucionais, e consequentemente d equipe.
- No atendimento o Serviço Social identificará junto com a equipe da unidade, as expressões da questão social, nas demandas que incidem na situação de trauma, ou seja, situações que envolvem a violência, a vulnerabilidade social, o desemprego, a drogadição, as condições de moradia que exponham o sujeito ao risco social e/ou pessoal.
- O Serviço Social cuidará para que o paciente e sua família possam receber orientações condizentes às suas necessidades. A gama de demandas necessárias para a continuidade dos cuidados iniciados na unidade de saúde, serão encaminhadas e orientadas pelo Serviço Social, buscando reforçar a autonomia do usuário ou articulando a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
- A dinâmica do Serviço Social na unidade ocorrerá sempre através da aplicação do Procedimento Operacional Padrão (POP) a serem elaborados, os quais subsidiarão e nortearão o trabalho profissional no âmbito do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO . Os mesmos descreverão detalhadamente as rotinas, no entanto, deverão periodicamente sofrer alterações em decorrência de novos processos de trabalho e de adequações às legislações e políticas públicas vigentes.

ATENDIMENTO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES D'E INTERNAÇÃO

Objetivo : Orientar conduta profissional nas unida- des de internação onde o assistente social atua.

Acompanhar a passagem de plantão de enfermagem e identificar possíveis demandas , além das repassadas pela equipe

Ler os prontuários dos usuários internados para se apropriar do estado geral de saúde/doença;

Realizar acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes nas Unidades de Internação;

Fazer entrevista e/ou estudo social, objetivando compreender a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, saúde e previdenciária) e familiar dos usuários, com o intuito de elaborar estratégias de intervenção;

Prestar atendimento aos familiares/rede de apoio social, compreendendo que a família vivencia juntamente com o usuário seu processo de saúde e doença;

Realizar contato com a rede de apoio e de orientações e encaminhamentos;

Registrar os atendimentos no sistema de administração hospitalar do usuário com a equipe de Serviço Social com a finalidade de compartilhar as informações , intervenções e encaminhamentos realizados;

Registrar no prontuário do usuário as informações pertinentes para socializar com a equipe multiprofissional;

Realizar visitas domiciliares, quando necessário, com o objetivo de conhecer as condições e dinâmica de organização familiar dos usuários, quando identificadas fragilidades emocionais , sociais, e na rede de apoio, bem como pouca adesão ao tratamento e compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros; multiprofissional

ATENDIMENTO DO ASSISTENTE SOCIAL :OOS AMBULATÓRIOS, SADT

Objetivo: Orientar conduta profissional nas unidades de atendimento externo, Ambulatórios , SADT.

- Acompanhar a inicio das atividades dos setores;
- Estar disponível para atender os usuários que buscarem o Serviço junto a familiares/rede de apoio social/ acompanhante de usuário e as devidas

- Realizar acolhimento aos usuários familiares/rede de apoio social ou acompanhantes nos locais de atendimento externo
- Fazer entrevista e/ou estudo social, objetivando compreender a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista , saúde e previdenciária) e familiar dos usuários, com o intuito de elaborar estratégias de intervenção;
- Prestar atendimento aos familiares/rede de apoio social, compreendendo que a família vivencia juntamente com o usuário seu processo de saúde e doença;
- Realizar contato com a rede de apoio e de proteção social do usuário quando necessário e prestar os devidos encaminhamentos .
- Realizar contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;

PLANTÃO

Objetivo: Atender situações ou demandas apresentadas em caráter emergencial, não caracterizando atividade de rotina ou programada.

Situações atendidas pelo plantão de serviço social:

- Alta hospitalar;
- Óbito;
- Orientações previdenciárias e trabalhistas;
- Orientações/encaminhamentos quanto aos serviços sócio assistenciais;
- Situações emergenciais de violência;
- O plantão de Serviço Social atuará nos horários noturnos em situações emergenciais.
- Após a avaliação de cada caso, orientações necessários; e/ou encaminhamentos urgência do atendimento, os profissionais lotados nos turnos diurnos darão seguimento
- Articular, com a equipe multiprofissional nas situações onde o paciente serviço; as orientações necessário tratamento ;

- Registrar os atendimentos no sistema de administração hospitalar do usuário equipe de Serviço Social com a finalidade de compartilhar as informações, e encaminhamentos realizados;
- Registrar no prontuário do usuário

PROCEDIMENTOS:

- Acolhimento aos usuários, familiares/ rede de apoio social ou acompanhantes das Unidades de Internação;
- Realização de encaminhamentos necessários a rede de proteção social, de acordo com as demandas apresentadas;

FORNECIMENTO DE REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE DE USUÁRIO INTERNADO

Objetivo: Orientar sobre a autorização para refeição do acompanhante, com intuito de promover condições de permanência.

- Informar aos acompanhantes sobre os critérios de acesso à autorização de refeição, fornecendo a autorização de refeição para acompanhantes de usuários idosos, adolescentes e pessoas com dependência de cuidados, conforme legislação vigente;
- Fornecer autorização de refeição para acompanhantes dos usuários nas demais unidades de internação;
- Avaliar outras solicitações de refeição de acompanhantes de usuários que não estão assegurados pela legislação, considerando as condições físicas, emocionais , sociais e o local de residência do usuário.
- Receber do acompanhante o cartão de acompanhante fornecido pela enfermagem;
- Libera as refeições através do Sistema de Administração Hospitalar;
- Entrega de formulário impresso ao acompanhante, para o mesmo apresentar no refeitório;

Observação:

- A alimentação para acompanhante de crianças e adolescentes internados na
- Formalização do encaminhamento necessário;
- Contato com familiares/rede de apoioe/ou responsáveis pelos usuários

ÓBITO DE USUÁRIOS

Objetivo: Subsidiar o atendimento a situações de óbito ou em iminência de óbito, qualificando a abor- dagem com famílias/rede de apoio e equipes .

- Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
- Promover o acesso dos familiares aos serviços disponíveis na rede de apoio social.
- Acolher a familiares e acompanhante de usuário que veio a óbito.
- Facilitar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação do óbito.
- Contatar a rede de proteção social do município de residência do usuário para obter informações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para obtenção de auxílio-funeral e demais benefícios disponíveis.
- Orientação sobre trâmites legais gerais e obtenção da Certidão de Óbito (o qual é fornecido gratuitamente no cartório mais próximo no prazo máximo de 15 dias.

Observação:

- A comunicação do óbito não é atribuição específica do Assistente Social.

PRÓTESES

Objetivo: Promover o acesso do usuário/a aos servi- ços de prótese.

- Orientar sobre os critérios e documentação necessários;
- Orientar o fluxo de acesso à prótese;
- Informar os meios auxiliares de locomoção fornecidos pelo local onde se dará a reabilitação;
- Contato com o Diretor Técnico para obter apoio no agendamento da avaliação do usuário e encaminhamento para uso de próteses.

- supervisão de acordo com planejamento e o plano de trabalho delimitados;
- Realizar as avaliações periodicamente e dentro das determinações do plano de trabalho;
- Participar das reuniões e eventos interdisciplinares ;
- Participar periodicamente das capacitações para preceptores e tutores ;
- Participar das reuniões de preceptoria e/ou tutoria.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PRECEPTORES E RESIDENTES DE SERVIÇO SOCIAL

Objetivo: Orientar a atuação de preceptores e resi- dentes de Serviço Social

PRECEPTOR ASSISTENTE SOCIAL:

- Orientar e supervisionar a execução das atividades no local onde ocorrem as atividades;
- Inserir-se de forma crítica positiva em processos coletivos de trabalho;
- Trabalhar de maneira multiprofissional , interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a perspectiva de integralidade do SUS;
- Realizar atendimentos individuais, familiares/redede apoio social e coletivos de forma a considerar os impactos no processo saúde/doença na vida pessoal, familiar, social e profissional do indivíduo e das famílias;
- Identificar recursos e propor respostas imediatas às situações e necessidades apresentadas por indivíduos e famílias.
- Elaborar o planejamento da supervisão juntamente com os residentes ;
- Ser dinâmico na articulação e acionamento dos recursos disponíveis nas redes de proteção social;
- Construir plano de trabalho em conjunto com a tutoria da universidade e os residentes

- Definir seu objeto de trabalho no âmbito das expressões da questão social direcionando suas ações profissionais à proteção social na forma do acesso e garantia dos direitos
- Ter capacidade de sistematizar, pesquisar e articular o seu processo de trabalho nas dimensões da educação e promoção em saúde; vigilância em saúde, sistemas de informação, saúde do trabalhador e controle social;
- Planejar e acionar estratégias de referência e contra referência visando a atenção à necessidade de saúde apresentada pelo indivíduo;
- Contribuir com a formação profissional através do processo de supervisão de estágio ou supervisionar estagiários de Serviço Social.

EQUIPE MÍNIMA

A escala de serviço das Assistentes Sociais respeitará a jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, com base na LEI 12. 317 DE 26 de agosto de 2010.

As boas práticas recomendam que um assistente social pode realizar 3 consultas/hora/turno de atendimento.

Deste modo, teremos, seguindo as metas estabelecidas uma média de 28 atendimentos (somadas as metas de toda a carteira de serviços da unidade (8.233) e dividida por 30 (trinta) dias de atendimento (mensal) e calculando a porcentagem de 10% sobre o valor encontrado). Destes 70% buscarão atendimento nas doze horas dos plantões diurnos, ou seja, 20 pacientes no intervalo das 7 – 19hs.

Assim, propomos dois assistentes sociais no turno das 7 hs às 13 hs e outros dois das 13 às 19 h. Além de dois plantonista por turno noturno (das 19:00 às 01:00 e outro das 01:00 às 07:00hs). Pensando na carga horária máxima e objetivando que os fins de semana também sejam contemplados pelo importante serviço prestado pelo assistente social, propomos 2 (dois) plantonista para o fim de semana, chegando-se assim à uma equipe de 8 (oito) profissionais do Serviço Social.

No cálculo realizado percebe-se que haverá margem de tempo livre para a equipe, de modo que não estejam todo o tempo em atendimento. Isso foi devidamente levado em consideração, haja vista que apesar de recomendável que se realize até 3 atendimentos por hora, há demandas que demandam muito mais tempo que outras e essa margem permitirá

ao profissional executar com eficiência seu ofício, atendendo plenamente cada uma das demandas que lhe forem trazidas.

Requisitos para o exercício da função:

- Coordenador do Setor de Serviço Social: Bacharel em Serviço Social, devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Assistentes sociais: bacharel em serviço social devidamente registrado no Registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Os atendimentos sociais serão realizados na própria estrutura do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , nos consultórios destinados para a realização da avaliação social do paciente, assim como para a prestação de serviços de orientação e demais formas de encaminhamentos.

DESCRIÇÃO DO CARGO:

CARGO: ASSISTENTE SOCIAL

SUBORDINAÇÃO: DIRETORIA ADMINISTRATIVA

ÁREA: Serviço Social – Apoio a Assistência

5. Objetivo: Proporcionar atendimento de serviço social aos pacientes e aos seus familiares durante a permanência no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

6. Atribuições:

- Fazer os encaminhamentos corretos e acompanhar o paciente em suas demandas (referência e contrarreferência);

- Buscar intermediar contato entre o paciente e a rede de apoio e proteção social quando necessário;

- Proporcionar a recuperação do paciente e sua reintegração ao ambiente familiar e social;

- Nos assuntos que se referem a assistência social, estar sempre disposto a atender e orientar o paciente e seus familiares.

8. Experiência requerida: atuação em ambiente hospital ou ambulatorial

O Assistente Social, é um profissional de saúde, que tem como atribuições agir junto as questões de cunho social, cultural e econômicas, de modo a maximizar a eficácia da prestação de serviços na unidade, aumentando o nível de promoção e proteção à saúde.

O Assistente Social lotado no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , atuará na busca por direitos aos usuários dos serviços da unidade, sobretudo quando estes colidirem com as normas institucionais, sempre almejando a conciliação e cooperação.

A atuação do setor de Serviço Social, se norteia pelas diretrizes definidas no documento "Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde".

NORMATIVAS:

Compete ao Coordenador do Setor:

- Realizar estudos sobre as demandas do setor;
- Inspecionar as atividades técnicas e administrativas do Setor de Serviço Social;
- Assessorar o Diretor Geral da unidade no que lhe competir;
- Planejar, inspecionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de atividades no setor;
- Propor ao Diretor Geral a necessidade de contratação ou dispensa de colaboradores sob sua responsabilidade;
- Participar de reuniões com temáticas que lhe forem pertinentes;
- Contribuir na contratação de recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Setor Social e fazer a distribuição destes;
- Manter articulação com os demais serviços da unidade; sempre almejando melhor atendimento;
- Fazer relatório e atividades mensal;
- Aprovar o Plano de Férias anual dos colaboradores do setor;
- Zelar pela guarda, controle e conservação dos equipamentos e materiais que utilizar.

Compete aos Assistentes Sociais:

- Desempenhar suas funções no Serviço Social;
- Prestar orientação aos usuários do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , bem como aos seus familiares;
- Realizar atendimento social, encaminhamento social, visita social, triagem social;
- Buscar a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO
- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais e pareceres sociais;
- Comandar e participar de pesquisas que proporcionem melhores condições de saúde aos usuários;
- Analisar o processo saúde-doença dos usuários e atuar com relação a situação econômica e cultural dos pacientes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Objetivar a integração entre os profissionais interdisciplinares no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , de modo que se interprete a problemática do paciente e a sua situação social;
- Atuar para a humanização do atendimento em saúde;
- Se responsabilizar por seus procedimentos técnicos;
- Supervisionar e avaliar os estagiários do serviço social;
- Buscar sempre a eficiência dos serviços;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

ROTINAS:

Atendimento do profissional Assistente Social no Ambulatório e SADT:

Tal documento, visa orientar a condução do profissional no exercício de seu ofício no atendimento externo, ambulatório e SADT.

- Estar sempre disponível para atender aos usuários;
- Acolher os usuários e seus familiares;
- Entrevistar ou proceder com estudo social, que vise entender a situação socioeconômica do usuário e de sua família, almejando intervir estrategicamente;
- Acompanhar o início das atividades dos setores;
- Fazer interlocução com a equipe multiprofissional, ou outras instituições objetivando proporcionar o atendimento necessário para a demanda;
- Formalizar o encaminhamento, quando necessário;
- Acompanhar sistematicamente os usuários que estão se submetendo a seções de hemodiálise/diálise, fortalecendo vínculos, identificando necessidades, orientando e encaminhando sempre que preciso;
- Realizar o registro dos atendimentos no sistema da unidade, do paciente com o setor de Serviço Social, objetivando sempre compartilhar as informações, encaminhamentos e intervenções;
- Realizar todas as demais tarefas que surgirem no desempenho de sua função.

ATUAÇÃO FRENTE A CASO DE ÓBITO:

Em casos como este, o profissional do Serviço Social tem papel essencial na condução da situação, agindo sobretudo do seguinte modo:

- Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
- Promover o acesso dos familiares aos sérvios disponíveis na rede de apoio social;

- Acolher a familiares e acompanhante de usuário que veio a óbito;
- Facilitar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação ao óbito;
- Contatar a rede de proteção social do município de residência do usuário para obter informações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para a obtenção de auxílio-funeral e os demais benefícios disponíveis;
- Orientação sobre trâmites legais para a obtenção da Certidão de Óbito, o qual é fornecido gratuitamente no cartório mais próximo no prazo máximo de 15 dias.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PRECEPTORES E RESIDENTES DE SERVIÇO SOCIAL:

Objetivo: Orientar a atuação de preceptores e residentes de serviço Social:

Preceptor Assistente Social:

- Orientar e supervisionar a execução das atividades no local onde ocorrem as atividades;

- Elaborar o planejamento da supervisão;

- Construir plano de trabalho em conjunto com a tutoria da universidade e os residentes;

- Executar atividades de orientação e supervisão de acordo com o planejamento e o plano de trabalho delimitados;

- Realizar as avaliações periodicamente e dentro das determinações do plano de trabalho;

- Participar das reuniões e eventos interdisciplinares;

- Participar periodicamente das capacitações para preceptores e tutores;

- Participar das reuniões de preceptoria e/ou tutoria;

- Atender ao processo de assistência do SUS, de planejamento e gestão institucional;

- Inserir-se de forma crítica positiva em processos coletivos de trabalho;

- Trabalhar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a perspectividade de integralidade do SUS;

- Realizar atendimentos individuais, familiares/rede de apoio social e coletivos de forma a considerar os impactos no processo saúde/doença na vida pessoal, familiar, social e profissional do indivíduo e das famílias;

- Ser dinâmico na articulação e acionamento dos recursos disponíveis nas redes de proteção social;

- Definir seu objeto de trabalho no âmbito das expressões da questão social direcionando suas ações profissionais à proteção social na forma de acesso e garantia dos direitos sociais;

- Ter capacidade de sistematizar, pesquisar e articular o seu processo de trabalho nas dimensões da educação e promoção em saúde, vigilância em saúde, sistemas de informação, saúde do trabalhador e controle social;

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA ÁREA/SERVIÇO

O Serviço Social contará com profissionais que farão parte dos profissionais de apoio técnico assistencial e atuarão na totalidade das ações e serviços oferecidos pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , nas 24h (vinte e quatro) horas do dia, de segunda a domingo.

A estruturação do Serviço Social do será composto por três Seções.

São elas:

1-Seção de Planejamento e Educação Continuada, instância responsável pela organização de atividades acadêmicas para a qualificação da equipe.

2-Seção de Pacientes Internos. Esta Seção é responsável por encaminhar toda demanda do usuário hospitalizado;

3- Seção de Pacientes Externos, responsável pelo atendimento da demanda oriunda de usuários da Emergência e do Ambulatório.

ESTRUTURAS FÍSICAS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS:

- Sala para acolhimento/atendimento;
- Computador;
- Mesa e cadeira;

- Telefone;
- Ficha social;
- Caneta;
- Prancheta;
- Papel.

Sala da Assistência Social

Sala de formalizar estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que são registradas em material exclusivo do assistente social.

A sala fica junto com a equipe multidisciplinar onde a assistente social elabora estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias.

INSUMOS

Os produtos de higiene pessoal são distribuídos nos setores internos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO . São eles:

- Enfermaria Pronto Atendimento;
- Enfermaria de Internação;
- Farmácia;
- Lavanderia.

Os produtos distribuídos são:

- Shampoo;
- Sabonete líquido;
- Condicionador;
- Hidratante corporal;
- Desodorante;

- Escova de dente;
- Creme dental;
- Pente para cabelo;
- Antisséptico bucal;
- Talco;
- Clorexidina 0,12%;

DOCUMENTOS INTERNOS

Segue abaixo os títulos dos Documentos Internos exigentes para o bom funcionamento do setor:

- Avaliação Social nos Leitos;
- Ficha de Avaliação Social;
- Passagem de Plantão Social;
- Termo de Consentimento;
- Termo de Acompanhante.

PROTOCOLOS

Todos os dias de atendimentos são realizadas visitas beira leitos e em seguida realizamos as intervenções necessárias e concluindo com as evoluções diárias nos prontuários, são realizados acolhimentos, escuta qualificada com pacientes, acompanhantes e familiares prestando orientações previdenciárias, segurança dos pacientes, os deveres do acompanhante, horários de visitas e trocas de acompanhantes a pacientes em período de internação, entregamos pertences dos pacientes aos familiares dos paciente do leito crítico e o reconhecimento de corpo com os familiares;

PROTOCOLO ATRIBUIÇÃO SERVIÇO SOCIAL NAS ALTAS

1. OBJETIVO

- Assegurar a proteção integral à saúde do paciente e trabalhar em conjunto com os outros profissionais de maneira interdisciplinar, considerando o viés histórico e teórico na perspectiva dos princípios do SUS.

2. DEFINIÇÕES

- A atuação do Serviço Social no HERSO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social. O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. APLICAÇÃO

Emergência e Enfermarias.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Realização de visita ao leito, a fim de verificar com paciente e acompanhante se já foram entregues os informes de alta, assim como outras condutas a serem adotadas de acordo com as particularidades/ necessidades de cada paciente;	Serviço Social
2	Realizar interconsulta com a equipe de enfermagem e médica para verificar necessidade de ambulância ou transporte regular, assim como auxiliar nas condições para o retorno ao domicílio;	Serviço Social
3	Caso o paciente resida em Goiânia ou Aparecida de Goiânia e necessite de ambulância, compete a equipe de Enfermagem preencher o checklist e entregar ao apoio operacional para solicitação do transporte;	Serviço Social
4	Caso o paciente resida em Goiânia e Aparecida de Goiânia e possa retornar de transporte regular, entrar em contato com a família ou amigos para comunicar a alta;	Serviço Social
5	Caso o paciente não resida em Goiânia e não disponha de meios para retornar ao município de origem, ligar para Secretaria de Saúde ou hospital da referida cidade e solicitar ambulância ou caso o município conte com casa de apoio em Goiânia e as condições clínicas do paciente permitam, fazer encaminhamentos para estas;	Serviço Social
6	Dar retorno ao usuário, orientando o paciente a permanecer no leito até a chegada do transporte;	Serviço Social
7	Realizar orientações sociais sobre benefícios previdenciários e sociais;	Serviço Social
8	Evoluir no sistema Eletrônico/ PEP, as condutas adotadas em resposta às demandas apresentadas pelo paciente e acompanhantes;	Serviço Social

6. PACIENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

- Caso o usuário viva em situação de rua iniciar busca por familiares, amigos ou conhecidos, que possam auxiliar no processo de desospitalização;

- Caso o usuário viva em situação de rua e não possua rede de apoio para acolhê-lo na alta, buscar parceria com instituições para os devidos encaminhamentos, caso o paciente queira, respeitando sempre a autonomia do mesmo;

7. DESOSPITALIZAÇÃO COM QUALIDADE E SEGURANÇA

- Realizar acompanhamento social com pacientes em situação de vulnerabilidade social durante o período de internação (idosos, crianças, pessoas em situação de rua, mulheres em situação de risco social, pacientes com sequelas neurológicas ou físicas e etc);
- Acompanhamento social de pacientes que necessitam de aparelhos de suporte a vida para a alta, assim como de demais insumos;
- Realizar encaminhamentos e orientações sobre Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Terapia Renal Substitutiva (TRS) e oxigênio;

8. MATERIAIS UTILIZADOS

- Recursos Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Sociais, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros);
- Didáticos: Ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.
- Institucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador, impressora para registro documental no prontuário único eletrônico, caneta, Folha A4, prancheta, Borracha e etc.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências;
- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e r 293/1994;
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde;
- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n}}2, Brasília: CFESS, 2010;
- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997;
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

10. ANEXOS

Não aplicável.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Joscineia Alves **Supervisora SSO**	22/11/2022	

Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	22/11/2022	
Validação:	Tamilles Borges **Supervisora NQSP**	22/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	22/11/2022	

POP ATRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Assegurar a proteção integral à saúde do paciente e trabalhar em conjunto com os outros profissionais de maneira interdisciplinar, considerando o viés histórico e teórico na perspectiva dos princípios do SUS.

2. DEFINIÇÕES

A atuação do Serviço Social no HERSO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social. O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

SUS – Sistema Único de Saúde.

4. APLICAÇÃO

Emergência.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Acolher, orientar paciente e/ ou familiares quanto as rotinas institucionais;	Serviço Social
2	Realizar Anamnese Social;	Serviço Social
3	Identificar nos registros eletrônicos todas as informações de como o paciente deu entrada no hospital, principalmente telefones para contato, e se o mesmo ingressou na Unidade inconsciente/ desorientado;	Serviço Social
4	Quando necessário, verificar os pertences pessoais do paciente se há alguma informação ou documento que possa subsidiar a busca por familiares;	Serviço Social
5	Realizar busca ativa por telefones das imediações de onde o paciente foi socorrido e coletar informações que possam subsidiar a equipe no atendimento ao paciente;	Serviço Social
6	Não localizados familiares ou responsáveis até o momento da alta, ou o paciente viver em situação de rua, encaminhá-lo para uma instituição, caso o paciente queira, respeitando sua autonomia;	Serviço Social
7	Em caso de alta de pacientes com rede de apoio familiar fortalecida, entrar em contato com familiares e/ou entrar em contato com o município de origem para solicitar transporte.	Serviço Social

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Sociais, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de

outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros).

- Didáticos: ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.
- Instrucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador e impressora para registro documental no prontuário único eletrônico, Caneta, Folha A4, Prancheta, borracha e etc.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências;
- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e nº 293/1994;
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde;
- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n}}2, Brasília: CFESS, 2010;

- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997;
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

8. ANEXOS

Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Joscineia Alves de Oliveira **Responsável Técnica SSO**	22/11/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	22/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	22/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	22/11/2022	

POP ATRIBUIÇÃO SERVIÇO SOCIAL NA DESOSPITALIZAÇÃO

1. OBJETIVO

Promover junto ao usuário sua autonomia e assegurar acesso ao atendimento integral como preconiza a política Nacional de Saúde para que possa efetivar o direito à cidadania, conforme determina a Constituição/1988 visando a desospitalização segura e qualificada.

2. DEFINIÇÕES

A atuação do Serviço Social no HERSO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De

modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social. O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. APLICAÇÃO

Emergência e Enfermarias.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Realização de visita ao leito, a fim de conhecer a realidade do paciente e familiares, e manter o acompanhamento social;	Serviço Social
2	Acionar órgãos judiciais quando necessário;	Serviço Social
3	Identificar e estudar as condições de saúde do paciente;	Serviço Social
4	Participar ativamente das discussões acerca do caso (paciente);	Serviço Social
5	Discutir o caso com equipe multiprofissional;	Serviço Social
6	Caso não sejam localizados os familiares, realizar contatos institucionais a fim de encaminhar o paciente nos pós alta;	Serviço Social
7	Promover a participação dos familiares e acompanhamento no processo de hospitalização, com intuito de promover relação efetiva e transição de cuidados;	Serviço Social

8	Comunicar alta aos familiares e solicitar acompanhante (quando localizado) essa comunicação já pode ser feita quando o paciente entrar em programação de alta;	Serviço Social
9	Evoluir no sistema Eletrônico/ PEP, as condutas adotadas em resposta às demandas apresentadas pelo paciente e acompanhantes;	Serviço Social
10	Realizar entrevista social ao usuário ou acompanhante e concomitante, observar a situação que requer orientações específicas. Ex: Acidente de trabalho, acidente de trânsito, orientações benefícios sociais, e previdenciários, acionar órgãos de proteção conselho do idoso ou tutelar, e outros;	Serviço Social
11	Se necessário realizar relatório social e encaminhar a órgãos competentes;	Serviço Social
12	Articular com rede socioassistencial a fim de viabilizar continuidade do usuário após alta hospitalar;	Serviço Social
13	Promover orientações sociais, caso paciente necessite de insumos nos pós alta.	Serviço Social

6. MATERIAIS UTILIZADOS

- Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Social, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros).
- Didáticos: ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.
- Instrucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador e impressora para registro documental no prontuário único eletrônico, caneta, folha A4, prancheta, borracha e etc.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências;
- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e nº 293/1994;
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde;
- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n}}2, Brasília: CFESS, 2010;
- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997;
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

8. ANEXOS

Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

POP- ATRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM CASO DE ÓBITOS

1. OBJETIVO

Assegurar a proteção integral à saúde do paciente e trabalhar em conjunto com os outros profissionais de maneira interdisciplinar, considerando o viés histórico e teórico na perspectiva dos princípios do SUS.

2. DEFINIÇÕES

A atuação do Serviço Social no HERSO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social. O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

SEDHS: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano e Social.

IML: Instituto Médico Legal.

SVO: Serviço de Vigilância de Óbitos.

4. APLICAÇÃO

Emergência, Enfermarias e UTI's.

5. MATERIAIS UTILIZADOS

- Recursos Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Sociais, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros).
- Didáticos: ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.

- Instrucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador e impressora para registro documental no prontuário único eletrônico, caneta, folha A4, prancheta, borracha e etc.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Registrar o óbito no livro de orientações familiares.	Serviço Social
2	Entrar em contato com os familiares para que compareçam a Unidade.	
3	Solicitar documento pessoal e comprovante de endereço.	
	Óbito – Declaração de óbito	
1	Acolher as famílias em luto.	Serviço Social
2	Realizar orientações e encaminhar a família à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano e Social (SEDHS).	
	Óbito – IML	
1	Acolher as famílias em luto.	Serviço Social
2	Realizar orientações e encaminhar a família ao Posto Policial do HERSO ou Central de Flagrantes e IML.	
	Óbito – SVO	
1	Acolher as famílias em luto	Serviço Social
2	Realizar orientações e encaminhar a família ao SVO	

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências.
- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e nº 293/1994.
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde.
- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de Agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n}}2, Brasília: CFESS, 2010.
- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

8. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

POP ATRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM PACIENTES LEA TRM AMPUTAÇÃO

1. OBJETIVO

Assegurar a proteção integral à saúde do paciente e trabalhar em conjunto com os outros profissionais de maneira interdisciplinar, considerando o viés histórico e teórico na perspectiva dos princípios do SUS.

2. DEFINIÇÕES

A atuação do Serviço Social no HERSO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social. O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

SUS – Sistema Único de Saúde.

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho.

DPVAT - Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres.

4. APLICAÇÃO

Emergência e Enfermarias.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Realizar orientações no que se refere ao tratamento especializado nas Unidades de Referência;	Serviço Social
2	Verificar o tipo de vínculo empregatício do paciente para orientar sobre o requerimento do auxílio-doença, Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT (se acidente de trabalho), seguro DPVAT, e outros;	Serviço Social
3	Realizar visita ao leito;	Serviço Social
4	Solicitar suporte familiar quando necessário;	Serviço Social
5	Realizar acompanhamento social;	Serviço Social
6	Realizar alta social e garantir o processo de desospitalização com qualidade e segurança;	Serviço Social
7	Auxiliar na viabilização de altas para outros Estados.	Serviço Social

6. MATERIAIS UTILIZADOS

- Recursos Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Sociais, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros).
- Didáticos: ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.
- Instrucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador e impressora para registro documental no prontuário único eletrônico, caneta, folha A4, prancheta, borracha e etc.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências;
- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e nº 293/1994;
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde;
- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n}}2, Brasília: CFESS, 2010;
- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997;
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

8. ANEXOS

Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

POP ATRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM PACIENTES VITIMAS DE MAUS TRATOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES, MULHERES, IDOSOS E OUTROS

1. OBJETIVO

Assegurar a proteção integral à saúde do paciente e trabalhar em conjunto com os outros profissionais de maneira interdisciplinar, considerando o viés histórico e teórico na perspectiva dos princípios do SUS.

2. DEFINIÇÕES

A atuação do Serviço Social no HERSO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social.

O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

DPCA: Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente.

DEAM: Delegacia Especializada à Mulher.

DI: Delegacia do Idoso.

4. APLICAÇÃO

Emergência, Enfermarias e UTI's.

5. MATERIAIS UTILIZADOS

- Recursos Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Sociais, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros).
- Didáticos: Ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.
- Instrucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador e impressora para registro documental no prontuário único eletrônico, caneta, folha A4, prancheta, borracha e etc.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Realizar acompanhamento visando conhecer a realidade social do paciente.	Serviço Social
2	E casos de violência ou situações de vulnerabilidade e risco, acionar o Conselho Tutelar, Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente (DPCA), Delegacia Especializada à Mulher (DEAM), Delegacia do Idoso (DI) e outras.	
3	Orientar o paciente e/ou familiar a procurar o posto da polícia civil no HERSO para registro de Boletim de Ocorrência (BO), em casos de violência.	
4	Solicitar suporte familiar quando necessária.	
5	Registrar evoluções no prontuário eletrônico do paciente	

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências.
- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e nº 293/1994.
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde.
- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de Agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n}}2, Brasília: CFESS, 2010.
- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

8. CONTROLE DO DOCUMENTO

POP ATRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS

1. OBJETIVO

Assegurar a proteção integral à saúde do paciente e trabalhar em conjunto com os outros profissionais de maneira interdisciplinar, considerando o viés histórico e teórico na perspectiva dos princípios do SUS.

2. DEFINIÇÕES

A atuação do Serviço Social no HERSO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social. O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SUS - Sistema Único de Saúde.

POP – Procedimento Operacional Padrão.

4. APLICAÇÃO

Emergência, UTI'S e Enfermarias.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Realizar visita aos pacientes admitidos nas áreas de internação como: Unidade de Emergência, Enfermarias do térreo, 2°, 3°, 4° andar e UTI'S, a fim de verificar a internação de pacientes sem identificação;	Serviço Social

6. MATERIAIS UTILIZADOS

- Recursos Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Sociais, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros).
- Didáticos: ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.
- Instrucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador e impressora para registro documental no prontuário único eletrônico.

7. CASO O PACIENTE ESTEJA CONSCIENTE E ORIENTADO

- Realizar Anamnese Social;
- Realizar busca ativa junto ao Posto Policial do HERSO, a fim de identificar algum documen com foto e contato com familiares;
- Realizar contato com a Rede de Proteção (CRAS, CREAS, Centro POP);
- Sendo suficiente: entrar em contato com familiares e solicitar documento com foto para que seja realizada a identificação do paciente e reconhecimento do mesmo;
- Não sendo suficiente: solicitar ao Posto Policial do HERSO a tomada de impressão digital;

8. CASO O PACIENTE NÃO ESTEJA CONSCIENTE

- Realizar o levantamento dos dados do paciente junto a Unidade que o encaminhou (Hospital, SAMU, Bombeiros), a fim de identificar o máximo de informações possíveis;

- Realizar busca ativa junto ao Posto Policial do HERSO, a fim de verificar se há algum boletim de ocorrência referente ao ocorrido que possibilite encontrar algum familiar;
- Realizar contato com a Rede de Proteção (CRAS, CREAS, Centro POP);
- Sendo suficiente: entrar em contato com familiares e solicitar documento com foto para que seja realizada a identificação do paciente e reconhecimento do mesmo;
- Não sendo suficiente: solicitar ao Posto Policial do HERSO a tomada de impressão digital;

9. EM CASOS QUE SEJA SOLICITADA A TOMADA DE IMPRESSÃO DIGITAL

- Após ser disponibilizado o laudo datiloscópico: identificar o paciente de acordo com o documento apresentado, anexar no prontuário e com base no mesmo, realizar busca ativa junto ao Posto Policial do HERSO, a fim de identificar contato com familiares;
- Caso apareça algum familiar do paciente na Unidade antes da disponibilização do laudo datiloscópico: verificar se o mesmo possui algum documento com foto que identifique o paciente, realizar o reconhecimento, informar ao Posto Policial do HERSO e identificá-lo no sistema.

10. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências;

- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e nº 293/1994;
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde;
- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n 2, Brasília: CFESS, 2010;
- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997;
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

11. ANEXOS

Não aplicável.

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

PROTOCOLO OS – CLASSIFICAÇÃO DE RISCOM CONFORME MANCHESTER

	UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA		
	PROTOCOLO		
	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME MANCHESTER		
	PRO.UET.041	Revisão: 00	Vigência: 13/01/2025

1. OBJETIVO

Acolher e humanizar o atendimento dos pacientes, priorizando o atendimento dos pacientes de acordo com os critérios clínicos, respeitando a vulnerabilidade e o grau de sofrimento baseado no SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO MANCHESTER, organizando o fluxo e o tempo de espera conforme a gravidade clínica otimizando o processo de trabalho.

2. DEFINIÇÕES

O Serviço de Emergência se destaca como um espaço importante e complexo. Sempre com a demanda maior que a capacidade de atendimento. A Classificação de Risco é uma ferramenta de acolhimento e ordenamento com o objetivo de identificar rapidamente aquele paciente com risco de morte dos que podem esperar com segurança. Contudo, independente da classificação de risco realizada no paciente, este deve receber atendimento igualitário e ser encaminhado conforme conduta definida na classificação[1].

Existem vários sistemas para classificação de risco em uso no mundo, mas o Sistema de Triagem de Manchester (STM) vem sendo utilizado no Brasil desde de 2008. É um sistema de triagem não baseado em presunção diagnóstica, é centrado na queixa apresentada, pois nem sempre um diagnóstico define a urgência do atendimento. Contém 52 fluxogramas

para os diferentes problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes.

O Sistema possui na sua confecção cinco níveis que atribuem ao atendimento uma COR. Atualmente, de acordo com evidências na literatura, foi reestruturado para quatro. Entretanto, descreveremos para cada um há tempo de atendimento estimado, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

De acordo com a portaria n. 3.390 de 30 de dezembro de 2013, a classificação de risco caracteriza-se como protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Em linhas gerais, a metodologia da classificação de risco requer que o profissional defina a queixa ou o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência, selecione uma das várias apresentações e, então, procure um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, atribuindo uma cor a cada usuário. Desta forma, a cor corresponde ao grau de prioridade clínica no atendimento e tempo de espera recomendado.

Os sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas são chamados de discriminadores e estão apresentados dentro das categorias pertencentes às urgências e emergências neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, cirúrgicas, psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólicas. Os discriminadores que indicam níveis de prioridade mais altos são os primeiros a serem procurados.

A determinação das prioridades será atribuída por uma cor (vermelho, laranja, amarelo, verde) que corresponde ao tempo alvo limite para que o paciente receba o atendimento médico e de enfermagem adequadamente, sendo os eixos de prioridades:

- **VERMELHO**: Emergência com atendimento imediato, risco iminente de morte ou com sinais iminentes de deterioração do quadro clínico. Encaminhar diretamente para sala vermelha para atendimento médico.

- **LARANJA**: Muito urgente. São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico e assistência contínua. Tempo de atendimento 10 minutos.

- **AMARELO**: Urgente com potencial risco para agravamento, porém sem risco

iminente de morte. Encaminhar para consulta médica imediata. Sendo este atendimento ocorrer no máximo em **60 minutos.**

- **VERDE**: Pouco urgente, não apresenta risco potencial de morte. O atendimento ocorre no máximo em **120 minutos**.
- **AZUL**: Não urgente, atendimento de baixa complexidade. Após a avaliação médica poderá ser encaminhado a rede de atenção à saúde, conforme fluxo municipal. Avaliação no máximo em **240 minutos.**

Quadro 1. Distribuição de cor conforme prioridade e tempo alvo para atendimento.

COR	PRIORIDADE	TEMPO ALVO
Vermelho	Emergência	Imediato
Laranja	Muito urgente	10 minutos
Amarelo	Urgência	60 minutos
Verde	Pouca urgência	120 minutos
Azul	Não urgente	240 minutos

A tomada de decisão consiste simplesmente em uma série de passos para chegar a uma conclusão. Ela é composta por cinco passos: Identificação do problema; Coleta e análise de informações relacionadas à solução; Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação; Implementação da alternativa selecionada; Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados.

1) Identificação do problema: é feita pela obtenção de informações do próprio paciente, do acompanhante ou cuidador, ou de qualquer profissional da atenção pré-hospitalar. Essa fase permite a identificação dos discriminadores e da categoria pertinente.

2) Coleta e análise de informações relacionadas à solução: uma vez identificado a categoria, esta fase torna-se mais fácil, já que os discriminadores podem ser procurados em cada nível de prioridade.

3) Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação: o profissional de saúde coleta grande quantidade de dados sobre o paciente que está avaliando. Estas informações são reunidas e avaliadas, utilizando as categorias e discriminadores como apoio para o processo de tomada de decisão ao quadro clínico.

4) Implementação da alternativa selecionada: os profissionais d classificação de risco definem a cor (vermelho, laranja, amarelo, verde) que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente. Uma vez atribuída a prioridade, inicia-se o respectivo percurso.

5) Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados: a classificação de risco é dinâmica e deve responder tanto às necessidades dos pacientes quanto às do serviço de urgência. Os profissionais devem fazer o monitoramento, reavaliação e posterior confirmação ou alteração da prioridade. É necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada dos pacientes e fazer uma análise crítica de suas ações após esta decisão. Uma capacidade sólida de tomada de decisão é essencial para um cuidado de boa qualidade ao paciente.

É importante também que a avaliação do paciente seja sistemática, e que todos os dad sejam reunidos para fornecer um quadro completo dos problemas do paciente. Por essa razão, o profissional da classificação de risco deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, e boas relações interpessoais para se comunicar eficazmente com pacientes e familiares.

Para a Classificação são selecionados discriminadores que estão disponíveis no item 10 (anexos) deste protocolo.

3. SIGLAS

STM: Sistema de Triagem de Manchester

FC: Frequência Cardíaca

FR: Frequência Respiratória

HGT: Hemoglicoteste

PA: Pressão Arterial

Sat O2: Saturação Parcial de Oxigênio

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiros e médicos da Classificação de Risco e Sala Vermelha do Pronto Atendimento.

5. APLICAÇÃO

Classificação de Risco e Sala Vermelha do Pronto Atendimento.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

PACIENTE VERTICAL : Pacientes de demanda espontânea e regulados de Unidades de Baixa Complexidade (UBS, CAIS e UPA)		
	AÇÃO	**RESPONSÁVEL**
1	Acolher paciente na recepção do Pronto Atendimento e retirar senha para abertura de ficha de cadastro.	Recepção (posso ajudar)
2	Proceder com abertura de ficha de cadastro e colocar pulseira de identificação. *Caso o usuário apresente sinais de alerta, o recepcionista ou porteiro comunicará a equipe de enfermagem para que o usuário seja imediatamente encaminhado à sala vermelha ou à sala da classificação de risco.	Recepção (Guichê 1)
3	Encaminhar paciente a sala de classificação de risco conforme senha.	Posso ajudar da recepção
4	Identificar o motivo da procura a unidade/serviço (queixa principal). Escuta.	Enfermeira da classificação de risco

5	Aferir e registrar os sinais vitais (FC, PA, FR, Temperatura, HGT e saturação O2) e avaliar a clínica do paciente.	Enfermeira/técnica de enfermagem da classificação de risco
6	Realizar identificação dos riscos (braden, morse, alergia) que o paciente possa apresentar e fixar na pulseira a etiqueta de acordo com o risco identificado. **Risco de braden (lesão por pressão):** utilizar a etiqueta na cor verde. **Risco de morse (queda):** utilizar a etiqueta na cor amarela. **Alergias:** utilizar a etiqueta na cor vermelha.	Enfermeira da classificação de risco
7	Realizar classificação de risco conforme Manchester, e identificar o paciente com pulseira quanto a cor e registrar no prontuário eletrônico.	Enfermeira da classificação de risco
8	Encaminhar paciente classificado para avaliação do médico da classificação de risco.	Enfermeira da classificação de risco
9	Atender o paciente e encaminhá-lo para a sala da emergência (salão do PA) ou sala vermelha, conforme a prioridade de atendimento determinado pelas cores vermelha, laranja, amarela e verde.	Médico da classificação de risco
10	Atender os pacientes classificados na cor azul e realizar contrarreferência ou alta conforme as necessidades do paciente.	Médico da classificação de risco
11	Realizar notificação de pacientes identificados com suspeita ou confirmados com doenças e agravos de notificação	Enfermeiro, técnico de enfermagem e

	compulsória, conforme portaria do Ministério da Saúde.	médico da classificação de risco
12	Conduzir o paciente conforme a prioridade de atendimento determinado nas cores: vermelha (sala vermelha), laranja, amarelo e verde (salão do PA).	Condutor
13	Caso o paciente não seja atendido no tempo preconizado da classificação, avaliar a necessidade de reclassificação.	Enfermeira da classificação de risco

PACIENTE HORIZONTAL : Pacientes provenientes do Bombeiro e SAMU por meio da Regulação Estadual de Goiás		
	AÇÃO	**RESPONSÁVEL**
1	Direcionar o paciente que dá entrada pelo pronto atendimento à sala vermelha.	Enfermeiro da Sala Vermelha
2	Proceder com abertura de ficha de cadastro e colocar pulseira de identificação no paciente.	Profissional Bombeiro ou SAMU
3	Realizar classificação de risco conforme Manchester: Aferir e registrar os sinais vitais (FC, PA, FR, Temperatura, HGT e saturação O2) e avaliar a clínica do paciente conforme classificação.	Enfermeiro e médico da Sala Vermelha
4	Identificar com pulseira o paciente quanto a cor e registrar no prontuário eletrônico.	Enfermeiro da Sala Vermelha
5	Caso o paciente não seja atendido no tempo preconizado da classificação, avaliar a necessidade de reclassificação.	Enfermeiro da Sala Vermelha

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Classificar paciente na cor errada.	Realizar a reclassificação do paciente atendendo os critérios clínicos apresentados pelo paciente.
Sistema inoperante por falha do sistema ou falta de energia.	Proceder com a efetivação da classificação de risco de forma manual, utilizando da ficha impressa (ANEXO) e das orientações deste protocolo.

8. INDICADORES

- Percentual de profissionais do pronto atendimento e classificação de risco qualificados (número de profissionais da classificação de risco e pronto atendimento/ número total de profissionais da classificação de risco e pronto atendimento X 100);
- Percentual de pacientes classificados (Nº de pacientes classificados na urgência e emergência/ Nº de pacientes admitidos na urgência e emergência x 100);
- Número de pacientes classificados segundo cor (número de pacientes classificados segundo cor / número total de pacientes classificados X 100);
- Mensurar o nível de aproveitamento das equipes com avaliação pré e pós treinamento (questionário).

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Assessoria Técnica de Humanização. Manual Técnico para a Organização das Unidades de Urgência e Emergência em Conformidade com o Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco. 1ª Edição. Rio de Janeiro, 2022. 45 p.

Coutinho, A A P; Cecílio, L C O; Mota, J A C. Classificação de Risco em Serviços de Emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (2): 188-198.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013: Institui

a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Prefeitura de São Luiz. Secretaria Municipal de Saúde. Política Municipal de Humanização-PMH Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais/ São Luís/Ma. São Luís. 32 p.

10. ANEXOS

Quadro de discriminadores de Manchester disponível no sistema de classificação de risco do hospital.

1. Agressão

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DEFORMIDADE
2. INCHAÇO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

2. Alergia

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. FRASES ENTRECORTADAS
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. NOVO PULSO ANORMAL
6. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
8. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
3. DOR OU COCEIRA MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. DOR OU COCEIRA LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

3. Alteração do comportamento

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
4. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
5. ALTO RISCO DE AGREDIR OUTROS

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
5. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
6. RISCO MODERADO DE AGREDIR OUTROS

4. Asma

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. FRASES ENTRECORTADAS
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. PFE MUITO BAIXO
4. NOVO PULSO ANORMAL
5. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
6. HISTÓRIA RESPIRATÓRIA SIGNIFICATIVA
7. BEBÊ QUENTE
8. CRIANÇA MUITO QUENTE
9. ADULTO MUITO QUENTE
10. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. PFE BAIXO
3. SEM MELHORA COM SUA MEDICAÇÃO HABITUAL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CHIEIRA
2. TOSSE PRODUTIVA
3. BEBÊ FEBRIL
4. CRIANÇA FEBRIL
5. ADULTO FEBRIL
6. EVENTO RECENTE

5. Autoagressão

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
3. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. DOR MODERADA

6. Cefaléia

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. SINAIS DE MENINGISMO
4. PÚRPURA
5. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
6. INÍCIO ABRUPTO
7. PERDA TOTAL DA VISÃO AGUDA
8. CRIANÇA MUITO QUENTE
9. ADULTO MUITO QUENTE
10. SEPSE POSSÍVEL
11. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
3. COURO CABELUDO TEMPORAL DOLORIDO
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. VÔMITOS PERSISTENTES
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. CRIANÇA QUENTE
9. ADULTO QUENTE
10. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

7. Corpo estranho

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
4. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. TRAUMA OCULAR PENETRANTE
4. INGESTÃO DE OBJETO PERIGOSO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. OLHO VERMELHO
2. INFLAMAÇÃO LOCAL
3. INFECÇÃO LOCAL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

8. Convulsões

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CONVULSIONANDO
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. SINAIS DE MENINGISMO
4. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
5. PÚRPURA
6. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
7. NEONATO QUENTE
8. BEBÊ QUENTE
9. CRIANÇA MUITO QUENTE
10. ADULTO MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. NEONATO FEBRIL
5. CRIANÇA QUENTE
6. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CEFALEIA
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL
4. ADULTO FEBRIL
5. DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

9. Criança abusada ou negligenciada

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
4. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
3. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
4. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
5. TRAUMA VAGINAL
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
8. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
9. SINAIS DE DOR MODERADA

10. Desmaio

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. PÚRPURA
8. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
9. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. HIPOTERMIA
14. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
15. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
2. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
5. HIPERGLICEMIA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. CRIANÇA QUENTE
8. ADULTO QUENTE
9. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

11. Diabetes

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO PULSO ANORMAL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA
9. HIPOTERMIA

URGENTE - AMARELO

1. HIPERGLICEMIA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL
4. ADULTO FEBRIL
5. DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

12. Diarréia e/ou vômitos

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. PROSTRAÇÃO, HIPOTONIA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NÃO REAGE AOS PAIS
5. VÔMITO DE SANGUE
6. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
7. HISTÓRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA IMPORTANTE
8. NEONATO QUENTE
9. BEBÊ QUENTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL
4. ADULTO FEBRIL
5. DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

13. Dispnéia em adulto

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. LESÃO POR INALAÇÃO
2. FRASES ENTRECORTADAS
3. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
4. HEMOPTISE
5. EXAUSTÃO
6. PFE MUITO BAIXO
7. NOVO PULSO ANORMAL
8. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
9. HISTÓRIA RESPIRATÓRIA SIGNIFICATIVA
10. INÍCIO AGUDO APÓS TRAUMA
11. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
12. DOR EPIGÁSTRICA
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. PFE BAIXO
4. HISTÓRIA DE HEMOPTISE
5. DOR PLEURÍTICA
6. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CHIEIRA
2. TOSSE PRODUTIVA
3. TRAUMA TORÁCICO
4. EVENTO RECENTE

14. Doença mental

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
3. ALTO RISCO DE AGREDIR OUTROS
4. HIPERGLICEMIA COM CETOSE

URGENTE - AMARELO

1. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
2. RISCO MODERADO DE AGREDIR OUTROS
3. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
4. HIPERGLICEMIA
5. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
6. COMPORTAMENTO CONTURBADOR

15. Dor abdominal em adulto

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
4. ADULTO MUITO QUENTE
5. SEPSE POSSÍVEL
6. DOR EPIGÁSTRICA
7. DOR IRRADIADA PARA O DORSO
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. GRAVIDEZ POSSÍVEL
5. ADULTO QUENTE
6. DOR IRRADIADA PARA O OMBRO
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

16. Dor abdominal em criança

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
4. PÚRPURA
5. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
6. BEBÊ QUENTE
7. CRIANÇA MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. GRAVIDEZ POSSÍVEL
5. MASSA ABDOMINAL VISÍVEL
6. INCONSOLÁVEL PELOS PAIS
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. CRIANÇA QUENTE
9. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

17. Dor cervical

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
2. SINAIS DE MENINGISMO
3. PÚRPURA
4. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. TRAUMA DIRETO NO PESCOÇO
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

18. Dor de garganta

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
3. RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. INÍCIO SÚBITO
2. HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

19. Dor lombar

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
2. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
3. CRIANÇA MUITO QUENTE
4. ADULTO MUITO QUENTE
5. SEPSE POSSÍVEL
6. DOR ABDOMINAL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. TRAUMA DIRETO NO DORSO
3. INCAPAZ DE ANDAR
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. CÓLICAS
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

20. Dor testicular

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. GANGRENA DE ESCROTO
2. IDADE DE 25 ANOS OU MENOS
3. BEBÊ QUENTE
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. CELULITE DE ESCROTO
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. CÓLICAS
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. TRAUMA DE ESCROTO
5. VÔMITO
6. DOR LEVE RECENTE
7. EVENTO RECENTE

21. Dor torácica

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. HISTÓRIA CARDÍACA IMPORTANTE
4. DOR PLEURÍTICA
5. CRIANÇA QUENTE
6. ADULTO QUENTE
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

22. Embriaguez aparente

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÃO TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
4. HISTÓRIA INADEQUADA
5. HIPOTERMIA

URGENTE - AMARELO

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
6. HISTÓRIA DISCORDANTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. TRAUMA RECENTE
2. DOR LEVE RECENTE

23. Erupção cutânea

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. DISPNEIA AGUDA
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. PÚRPURA
6. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
7. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
8. NEONATO QUENTE
9. BEBÊ QUENTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR OU COCEIRA MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR OU COCEIRA LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

24. Exposição a agentes químicos

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. CONVULSIONANDO
7. LESÃO OCULAR QUÍMICA AGUDA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. LESÃO POR INALAÇÃO
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. NOVO PULSO ANORMAL
6. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
7. MORTALIDADE QUÍMICA ALTA
8. RISCO DE CONTAMINAÇÃO PERSISTENTE
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
4. MORTALIDADE QUÍMICA MODERADA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DOR LEVE RECENTE
2. EVENTO RECENTE

25. Feridas

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. TRAUMA VAGINAL
4. HISTÓRIA DISCORDANTE
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

26. Hemorragia digestiva

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA IMPORTANTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
4. VÔMITOS PERSISTENTES
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

27. Infecções locais e abscesso

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
2. ENFISEMA SUBCUTÂNEO
3. NEONATO QUENTE
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. ARTICULAÇÃO QUENTE
2. DOR AO MOVIMENTO ARTICULAR
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

28. Mal estar em adulto

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. SINAIS DE MENINGISMO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. HEMOPTISE
8. PÚRPURA
9. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
10. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
11. RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO
12. DOR EPIGÁSTRICA
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL
15. HIPOTERMIA
16. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA
4. HISTÓRIA DE HEMOPTISE
5. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
6. INÍCIO SÚBITO
7. HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE
8. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
9. ADULTO QUENTE
10. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. ADULTO FEBRIL
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

29. Mal estar em criança (12 meses a 14 anos de idade)

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
4. NÃO REAGE AOS PAIS
5. SINAIS DE MENINGISMO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. PÚRPURA
8. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
9. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL
12. HIPOTERMIA
13. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
4. NÃO SE ALIMENTA
5. SEM URINAR
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
8. CRIANÇA QUENTE
9. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. COMPORTAMENTO ATÍPICO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

30. Mordedura e picadas

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA FACIAL
2. EDEMA DE LÍNGUA
3. FRASES ENTRECORTADAS
4. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
5. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
6. NOVO PULSO ANORMAL
7. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
8. ENVENENAMENTO DE ALTA MORTALIDADE
9. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
10. NEONATO QUENTE
11. BEBÊ QUENTE
12. CRIANÇA MUITO QUENTE
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL
15. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
3. ENVENENAMENTO DE MODERADA MORTALIDADE
4. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR OU COCEIRA MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

31. Overdose e envenenamento

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. MORTALIDADE ALTA
5. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
6. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
4. MORTALIDADE MODERADA
5. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
8. HISTÓRIA DISCORDANTE

32. Palpitações

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
5. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
2. PALPITAÇÃO ATUAL
3. HISTÓRIA CARDÍACA IMPORTANTE
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. EVENTO RECENTE

33. Problema em face

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
5. AVULSÃO DENTÁRIA AGUDA
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
8. HISTÓRIA DISCORDANTE
9. NEONATO FEBRIL
10. CRIANÇA QUENTE
11. ADULTO QUENTE
12. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INCHAÇO NA FACE
2. HEMATOMA DE ORELHA
3. DIPLOPIA
4. SENSIBILIDADE ALTERADA NA FACE
5. OLHO VERMELHO
6. BEBÊ FEBRIL
7. CRIANÇA FEBRIL
8. ADULTO FEBRIL
9. DOR LEVE RECENTE
10. EVENTO RECENTE

34. Problemas em extremidades

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. PELE CRÍTICA
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. FRATURA EXPOSTA
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. DOR PLEURÍTICA
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DEFORMIDADE
2. INCHAÇO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

35. Problemas em olhos

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. LESÃO OCULAR QUÍMICA AGUDA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. TRAUMA OCULAR PENETRANTE
2. PERDA TOTAL DA VISÃO AGUDA
3. DOR INTENSA
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. OLHO VERMELHO
2. SENSAÇÃO DE CORPO ESTRANHO
3. DIPLOPIA
4. BEBÊ FEBRIL
5. CRIANÇA FEBRIL
6. ADULTO FEBRIL
7. DOR LEVE RECENTE
8. EVENTO RECENTE

36. Problemas urinários

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. PRIAPRISMO
2. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
3. BEBÊ QUENTE
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMATÚRIA FRANCA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. RETENÇÃO URINÁRIA
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. CÓLICAS
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DISÚRIA
3. BEBÊ FEBRIL
4. CRIANÇA FEBRIL
5. ADULTO FEBRIL
6. DOR LEVE RECENTE
7. EVENTO RECENTE

37. Quedas

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO PULSO ANORMAL
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. NEONATO QUENTE
8. BEBÊ QUENTE
9. CRIANÇA MUITO QUENTE
10. ADULTO MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL
12. HIPOTERMIA
13. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. FRATURA EXPOSTA
5. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
6. HIPERGLICEMIA
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. NEONATO FEBRIL
9. CRIANÇA QUENTE
10. ADULTO QUENTE

11. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÉ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. DEFORMIDADE
6. INCHAÇO
7. EVENTO RECENTE

38. Queimaduras

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA FACIAL
2. LESÃO POR INALAÇÃO
3. DISPNEIA AGUDA
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
6. MORTALIDADE QUÍMICA ALTA
7. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. QUEIMADURA ELÉTRICA
4. MORTALIDADE QUÍMICA MODERADA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

39. Sangramento vaginal

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SANGRAMENTO VAGINAL INTENSO
2. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. TRAUMA VAGINAL
2. GRAVIDEZ POSSÍVEL
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. DOR ABDOMINAL
6. DOR IRRADIADA PARA O OMBRO
7. CRIANÇA QUENTE
8. ADULTO QUENTE
9. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DOR LEVE RECENTE
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. EVENTO RECENTE

40. Situação de múltiplas vítimas - avaliação primária

POUCO URGENTE - VERDE

1. ANDA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA ANORMAL (< 10 OU > 29 IPM)
2. PERFUSÃO CAPILAR ANORMAL (> 2 SEG)
3. FREQUÊNCIA DE PULSO ANORMAL (> 120 BPM)
4. RESPIRA APÓS ABERTURA DE VIAS AÉREAS

41. Situação de múltiplas vítimas - avaliação secundária

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. TRTS 1 A 10

URGENTE - AMARELO

1. TRTS = 11

POUCO URGENTE - VERDE

1. TRTS = 12

42. Trauma cranioencefálico

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. CONVULSIONANDO
7. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
4. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
5. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HIPERGLICEMIA
6. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. HEMATOMA DE COURO CABELUDO
2. VÔMITO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

43. Trauma maior

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
3. COMORBIDADE IMPORTANTE
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. DOR MODERADA

44. Trauma toracoabdominal

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. EVISCERAÇÃO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. DOR PLEURÍTICA
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Modelo da Ficha de classificação de risco

Ficha de classificação de risco

Queixa principal:_____

Sinais sintomas:_____

Dados complementares:

PA: _____x_____ mmHg SaO_2: _____ % FC: _____ bpm T: ____ °C

Glicemia: _____ mg/dL

Alergia: _____

Risco de queda ( ) sim ( ) não

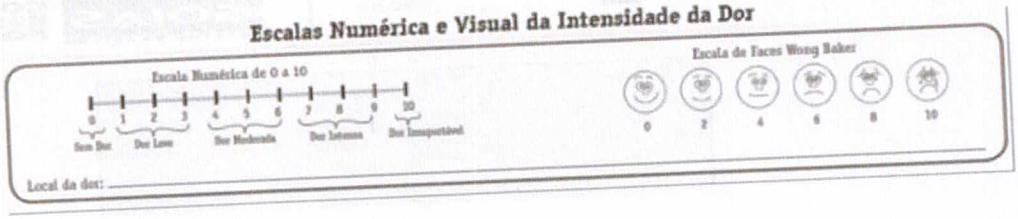
Destino do paciente

( ) Unidade de emergência ( ) Sala de gesso ( ) Sala de procedimentos

Enfermeiro classificador:_____

Escala de dor:_____

Escalas Numérica e Visual da Intensidade da Dor



Escala de Glasgow:_____

Escala de Glasgow			
Abertura Ocular: [ ] 4 - Espontânea [ ] 3 - Ao estímulo verbal [ ] 2 - Ao estímulo doloroso [ ] 1 - Nenhuma	Resposta Verbal: [ ] 5 - Orientado [ ] 1 - Nenhuma [ ] 4 - Confuso [ ] 3 - Palavras inapropriadas [ ] 2 - Sons incompreensíveis	Resposta Motora: [ ] 6 - Obedece ordens [ ] 2 - Reage a dor com extensão patológica [ ] 5 - Localiza a dor [ ] 1 - Não reage a dor [ ] 4 - Reage a dor sem localizar [ ] 3 - Reage a dor com flexão patológica	Total: _____

Escala de Cincinatti

ESCALA DE CINCINATTI

A Escala de Cincinnati (Cincinnati Prehospital Stroke Scale - CPSS) é uma ferramenta para o diagnóstico de casos agudos de AVC idealizada para o contexto pré-hospitalar

Paresia facial (pedir ao paciente para mostrar os dentes ou sorrir):



- Normal: ambos os lados da face movem-se simetricamente
- Anormal: um lado da face não se move tão bem quanto o outro



Déficit motor dos membros superiores (paciente deve fechar os olhos e manter os braços estendidos por 10 segundos)



- Normal: ambos os braços movem-se simetricamente ou ambos não se movem (outros achados como pronação distal podem ser úteis)
- Anormal: um membro superior não se move ou apresenta queda



Fala (pedir que o paciente fale "não se pode ensinar novos truques a um cachorro velho"):

- Normal: paciente usa corretamente as palavras sem alteração
- Anormal: paciente apresenta dificuldade para falar, usa as palavras de forma inadequada ou é incapaz de falar.

Interpretação: Se qualquer um destes três sinais for anormal, a probabilidade da ocorrência de um AVC agudo é de 72%.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Caroline Marinho de Araújo** **Tutora de Enfermagem COREMU**	**28/08/2022**	
	Jane Chaves da Silva Rezende **Coordenadora de Enfermagem UTI I**	28/08/2022	
	Letícia de Souza Pereira **Coordenadora Residência COREMU/SESG**	28/08/2022	
	Luzia dos Santos Oliveira **Enfermeira do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia**	28/08/2022	
	Verlaine dos Reis **Médico Cirurgião Vascular**	28/08/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva **Coordenador da Emergência**	13/01/2023	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira do NQSP**	13/01/2023	
Validação:	Mírian da Silva Pires Santos **Gerente Assistencial**	13/01/2023	
	Tamilles da Silva Borges **Coordenadora do NQSP**	13/01/2023	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	13/01/2023	

12.2 Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.

A equipe multiprofissional surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência, com o objetivo refletir sobre a relação entre integralidade na rede de assistência à saúde e a composição das equipes multiprofissionais, e envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, caracterizando as possibilidades de atuação e contribuições de outros profissionais de saúde.

Em busca da integralidade e das relações entre a composição das equipes e os desafios de sua implementação.

A equipe multiprofissional, caracterizada nesta proposta, inclui profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre outros.

Onde as experiências são importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação. Além disso, os programas incentivados pelo Ministério da Saúde, abrem espaço para novas conquistas na qualificação da assistência à saúde no Brasil. A possibilidade de experiência o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial.

OBJETIVOS:

- Mobilizar atores para o processo de reflexão, problematização e qualificação dos profissionais, considerando o processo formativo e de mobilização.
- Fomentar a realização do trabalho em equipe pelos profissionais das equipes multiprofissionais, incorporando e ampliando o apoio matricial na atenção básica.

- Apoiar e ofertar ferramentas para a implantação e implementação das equipes multiprofissionais em consonância com as estratégias e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.
- Avançar na concretização das práticas de apoio matricial.
- Fomentar intervenções pactuadas e contextualizadas nos territórios das equipes multiprofissionais

EQUIPE MULTIPROfiSSIONAL:

O objetivo do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de abordagem apropriada do profissional, abordagem essa integral do processo saúde-doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

Desta forma o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que têm como conceito estruturante:

> ***"o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos".***

A equipe multiprofissional, que irá compor o quadro clínico do HERSO deverá ter abrangência ampla, percorrendo todas as linhas de cuidado estruturantes, bem como permitir uma assistência adequada durante todo ciclo de vida.

IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS:

Do planejamento à organização e pactuação inicial do trabalho das equipes multiprofissionais envolvem:

- Ferramentas, práticas e intervenções compartilhadas;
- consulta compartilhada;

- Projeto terapêutico singular;
- Gestão do cuidado na atenção à saúde;
- Monitoramento e avaliação do processo de trabalho;

COMPETE AO SERVIÇOS ASSISTENCIAIS:

I – Observar e cumprir fielmente o presente regulamento;

II- Observar as políticas definidas pela área de Gestão de Pessoas, tanto no processo seletivo, como na condução de sua atividade laboral;

III- Estabelecer um fluxo de trabalho organizado, ampliando o atendimento e acesso;

IV- Promover qualidade assistencial e segurança que observe os critérios legais e internamente estabelecidos pela unidade;

V- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o atendimento ambulatorial, e procedimento ou exames na unidade;

VI -Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos;

VII - Elaborar, propor e analisar os indicadores e resultados do serviço, acompanhando, apresentando e definindo ações preventivas e corretivas, buscando melhorias contínuas e prestando suporte a análises e decisões estratégicas;

VIII – Proporcionar integração da equipe multiprofissional, organizando reuniões periodicamente e debate dos casos clínicos a serem avaliados;

IX- Estimular a prática da pesquisa científica ao campo de atuação de cada serviço;

X – Observar e fazer cumprir as diretrizes e normativas e pautar sua ação profissional em tais documentos;

XI – Atuar de modo a garantir a educação continuada entre os colaboradores, buscando sempre o aprimoramento de suas habilidades;

XII- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;

XIII – Proporcionar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para garantir qualidade na assistência;

XIV – Guardar e cuidar da manutenção de materiais e equipamentos, mantendo o controle e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários para o funcionamento da unidade;

XV – Demais atribuições inerentes ao desempenho eficiente de sua função.

A equipe multiprofissional do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO contará com a liderança e suporte de uma Coordenação Multiprofissional, que será coordenada por um profissional de enfermagem. Á essa coordenação estará vinculada as seguintes áreas multiprofissionais:

- - Psicologia
- - Serviço Social
- - Fisioterapia
- - Fonoaudiologia
- - Terapia Ocupacional
- - Farmácia
- - Nutrição

CABERÁ AO COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL:

I – Orientar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas;

II- Coordenar em conjunto com os líderes das áreas que coordena as atividades, processos, almejando resultado eficientes e adequando condutas caso não sejam satisfatórios;

III - Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;

IV- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;

V- Incentivar o uso de sistema informatizado do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;

VI- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;

VII – Buscar aprimoramento no método de execução dos processos de auditorias que estiver em sua área de ação;

VIII - Cumprir atribuições contidas neste Regulamento, bem como os contidos em Regimento Interno de áreas que lhe sejam afetas;

A COORDENAÇÃO MULTIPROFISSIONAL SUBORDINA-SE À GERÊNCIA ASSISTENCIAL.

Cabe a equipe multiprofissional do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO :**

I - Participar e cumprir toda as regras do processo seletivo em observância com as políticas e estratégias de Gestão de Pessoas da unidade;

II - Agir para uma melhora no relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;

III – Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;

IV - Encontrar as ameaças dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, identificar e minimizar a ocorrência de eventos não esperados;

V - Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos clínicos da unidade;

VI - Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;

VII - Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes, familiares e colaboradores;

VIII – Proporcionar um ambiente de colaboração mútua entre todos os colaboradores facilitando a execução dos processos;

IX - Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras;

X- Conservar materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários;

XI Conservar materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

XII. Atuar em conjunto com o serviço de Controle de Infecção Ambulatorial relacionado à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

XIII - Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;

XIV - Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;

XV - Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;

XVI - Implementar ações para a promoção da saúde;

ENFERMAGEM

A unidade de Enfermagem, compete:

- Auxiliar na assistência de Enfermagem;
- Responder pelos mapas de medicamentos e entrega dos mesmos e outros mapas implantados pelo Ministério da Saúde;
- Elaborar fluxograma de atendimento do serviço;
- Elaborar projetos que visem a melhoria da qualidade técnica e humana dos profissionais da equipe;
- Elaborar junto com a equipe, protocolos que visem a melhoria da assistência;
- Participar de treinamentos;
- Auxiliar o médico nos acompanhamentos dos pacientes atendidos quando for solicitado;
- Auxiliar na supervisão dos acadêmicos de Enfermagem;

- Realizar campanhas de prevenção de agravos conforme solicitado;
- Realizar orientações diversas e atendimentos aos usuários.

PSICOLOGIA

A Unidade de Psicologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Assistir psicologicamente a pacientes do ambulatório e famílias, em todo seu processo de adoecer, identificando e interferindo nos cursos dos desajustes emocionais, por meio de instrumentos/ programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família, tanto na forma individual como em grupo;

II - Participar de programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família;

III- Emitir relatórios, disponibilizando-os na forma eletrônica, em tempo hábil para uso de toda equipe de saúde as atualizações das ações e orientações decorrentes do acompanhamento psicológico;

IV - Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;

V - Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;

VI - Facilitar a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, de enfermagem e multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;

VII - manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com rotina estabelecida;

VIII- manter banco de dados de recursos em saúde mental da comunidade para encaminhamento quando se fizer necessário;

IX- Apresentar relatório mensal e anual de atividades;

X- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessário;

XI - Viabilizar as etapas previstas para a execução com qualidade dos planos de ensino e projetos de pesquisas;

XII - fazer a intermediação entre a Unidade de Psicologia com as instâncias internas pertinentes, bem como com os órgãos externos, no tocante a ensino e pesquisa;

SERVIÇO SOCIAL

A Unidade do Serviço Social, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Atender os pacientes e familiares, utilizando os instrumentais teóricos metodológicos;

II- Acompanhar a adesão ao tratamento de pacientes;

III - Agilizar recursos mediante as possibilidades de facilitar ou melhorar qualidade deste atendimento;

IV- Planejar ações em conjunto com as equipes com o objetivo de socializar a educação em saúde preventiva;

V- Informar, orientar e encaminhar o paciente a rede socioassistencial;

VI - Participar das reuniões de equipe para maior integração das mesmas;

VII - Supervisionar estagiário do Serviço Social;

VIII - Colaborar na elaboração de projetos;

IX - Realizar reuniões de grupo;

X- Realizar atividades grupais com pacientes e familiares para reflexão do processo saúde-doença;

XI - Realizar atendimento ao paciente dos Programas preestabelecidos;

XII - Esclarecer e interpretar ao paciente/ familiar, normas e rotinas institucionais;

XIII - - Esclarecer e refletir com o paciente e familiar as possíveis intercorrências que envolvam a sua participação e adesão ao tratamento médico proposto;

XIV - identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;

XV- Interpretar ao paciente/familiar, os programas de atendimento do hospital, visando otimizar a utilização dos recursos oferecidos;

XVI - Levantar situação que indique maus tratos e/ou negligência e conduzir conforme necessidade.

FISIOTERAPIA

A Unidade de Fisioterapia tem as seguintes atribuições:

I- Estabelecer, organizar e implementar os programas de assistência fisioterapêutica aos pacientes da unidade;

II- Identificar, planejar e coordenar ações de treinamento e desenvolvimento de pessoas, necessárias ao aprimoramento, manutenção e inovação do padrão de excelência na assistência fisioterapêutica, de acordo com as diretrizes institucionais;

III - Promover o estudo e a padronização de técnicas compatíveis com o desenvolvimento de novas tecnologias;

IV- Identificar, promover e coordenar ações de ensino e capacitação profissional na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas educacionais internas e externas;

V- Desenvolver ações de pesquisa e produção de conhecimento técnico-científico na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas internas e externas;

VI - Participar de projetos de pesquisa que requeiram o suporte da Fisioterapia;

VII - promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras e gestão dos sistemas de qualidade;

VIII - Observar os procedimentos definidos pela legislação pertinente;

IX - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

X - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

FONAUDIOLOGIA

A equipe de Fonoaudiologia tem as seguintes atribuições:

I - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial da instituição;

II - Cumprir e fazer cumprir as determinações técnico-assistenciais da Divisão de Fonoaudiologia;

III - Orientar e dar apoio aos responsáveis pelo processo de atendimento aos pacientes institucionais nas suas solicitações e em eventuais demandas de pacientes e/ou familiares em sua área de atuação;

IV - Operacionalizar fluxos, rotinas, protocolos e critérios para o atendimento e quaisquer outras que venham a ser constituídas onde houver atuação fonoaudiológica, visando à minimização dos impactos e riscos assistenciais;

V- Executar as tarefas, atendendo a Norma Regulamentadora 5.32 e promovendo a saúde e segurança ocupacional, dentro das diretrizes corporativas;

VII - promover a gestão da qualidade na prática operacional e assistencial;

VIII— propor medidas que visem ao aprimoramento técnico e científico das atividades desenvolvidas;

IX - Planejar, executar e controlar a produção e demais atividades técnicas das áreas;

X - Garantir a regularidade das atividades técnicas na Área;

XI- promover e apoiar as atividades de ensino e pesquisa na Área, de acordo com padrões estabelecidos pela Divisão;

XI- garantir o uso das tecnologias disponibilizadas para as rotinas diagnósticas dentro das especificações dos fabricantes;

XII — zelar pelo bom uso e preservação das instalações e dos recursos disponibilizados para a realização das atividades;

XIII- - participar de comissões internas onde for designado;

XIV - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

XV - Realizar a assistência fonoaudiológica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;

XVI - Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;

XVII - Prestar atendimento diário;

XVIII - Prestar o primeiro atendimento frente ao pedido médico de interconsulta pelo sistema e deve acontecer nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o pedido de interconsulta, conforme quadro operacional;

XIX - Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;

XX - Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse.

TERAPIA OCUPACIONAL

O Setor Terapia Ocupacional tem as seguintes atribuições:

I - Garantir assistência em suas várias formas aos pacientes e o tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos;

II - Executar métodos e técnicas terapêutico ocupacionais, objetivando promover o desempenho ocupacional satisfatório do paciente, restaurando, desenvolvendo e conservando sua funcionalidade em todas as áreas de ocupação;

III - Realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes, utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;

IV - Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;

V - Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;

VI - Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;

VII - participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;

VIII - elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacionais padrão relacionados a sua área de atuação;

IX- Desenvolver e participar de orientações, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal por meio de programas de educação continuada e/ou de cursos de aperfeiçoamento/especialização voltados à comunidade profissional;

X- Desenvolver e participar de projetos de pesquisa na sua Unidade específica e/ou conjunta com outras disciplinas/unidades, visando à consecução dos objetivos da Unidade de Terapia Ocupacional;

XI - Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;

XII - Propor e observar normas para a utilização da Unidade no campo de ensino, primordialmente no desenvolvimento após a graduação, de profissionais psicólogos nas formas de aprimoramento, especialização e residência, participando da execução de programas de ensino;

XIII-Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

FARMÁCIA

Ao setor de Farmácia compete:

I - Realizar orientações e entrega de medicamentos;

II - Responder pelos mapas de medicamentos;

III- Solicitar medicamentos e insumos;

IV - Manter organizado a farmácia;

V - Receber, estocar e controlar a medicações;

VI – Zelar pela adesão e disponibilidade de medicamento ao paciente;

VII - Remanejar medicações evitando perda por validade.

VIII - Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

IX - Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes;

X - Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;

XI - Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional;

XII - Participar de ações de ensino e pesquisa;

XII - Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;

XIII - Identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de Farmacovigilância e Tecno vigilância;

XIV - Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;

XV - Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar o atendimento das solicitações da Ouvidoria;

XVI - Realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indica- dores e metas estabelecidas.

NUTRIÇÃO

Ao setor de Nutrição compete:

I - Avaliar o estado nutricional do paciente, a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;

II- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do paciente, quando necessário;

III - Prescrever complementos nutricionais, quando necessário;

IV - Registrar em prontuário do paciente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e alta em nutrição;

V - Promover orientação e educação alimentar e nutricional aos pacientes;

VI - Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população;

VII - Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;

VIII- Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à área de atuação.

IX - Garantir o registro claro e preciso, em prontuário único do paciente, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente e acompanhamento;

X- Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;

XI- Realizar projetos de pesquisa, visando atender aos objetivos da Área, da Unidade, da Instituição;

XII - Prestar assessoria e consultoria técnica às demais estruturas organizacionais e órgãos externos;

BUCOMAXILO

Ao serviço de Bucomaxilo compete:

I - Avaliar o estado do paciente, a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese e exames;

II- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução do paciente, quando necessário;

III - Prescrever medicações, quando necessário;

IV - Registrar em prontuário do paciente a prescrição, a evolução, as intercorrências e alta em nutrição;

V -Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos para as correções das deformidades da face, distúrbios da articulação têmporo-mandibular entre outras atuações.

Horário:

Os profissionais da equipe multidisciplinar atuarão em cargas horárias de 6 (seis) horas dias, de 7 às 13 hs e 13 às 19 hs , de 19:00 às 01:00, de 01:00 às 07:00 hs.

ABRANGÊNCIA, ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

FISIOTERAPIA: O serviço de fisioterapia integra o corpo de profissionais do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Atuará também na internação e reabilitação de pacientes. Atuará junto aos pacientes nas diversas multi-especialidades, e permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção fisioterapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Contará com uma equipe formada por 56 (cinquenta e seis) fisioterapeutas e realizarão atendimentos aos usuários. 40 (quarenta) profissionais no período diurno e 16 (dezesseis) no período noturno.

FARMÁCIA: O serviço de farmácia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Atuará em toda a unidade, respondendo pelos mapas de medicamentos, solicitando medicamentos e insumos de prevenção; mantendo organizado a farmácia e trabalhando de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

Contará com uma equipe formada por 22 (vinte e dois) farmacêuticos e realizarão atendimentos aos usuários e setores, sendo 18 (dezoito) profissionais no período diurno e 4 (quatro) profissionais no turno noturno na unidade.

PSICOLOGIA: O serviço de Psicologia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta d parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multiespecialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção psicológica e possibilitará adequação da equipe

Para o serviço de Psicologia contará com equipe formada por 24 (vinte e quatro), sendo 20 (vinte) profissionais no período diurno e 4 (quatro) profissionais no turno noturno na unidade.

NUTRIÇÃO: O serviço de Nutrição integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Atuará junto aos pacientes internados no cuidado alimentar dos mesmos. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção de nutrição e possibilitará adequação da equipe.

Nos termos da Resolução CFN nº 600 de 2018, sugerimos que o HERSO seja contemplado por 21 (vinte e um) profissionais de nutrição.

Assim, teremos 19 (dezenove) profissionais durante o dia, e 2 (dois) no turno noturno na unidade.

SERVIÇO SOCIAL: O Serviço Social integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: O serviço social contemplará pacientes nas diversas multi-especialidades, permitindo atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção, agindo com acolhimento e eficiência na resolução de demandas.

A Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regramento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

Assim, propomos 22 (vinte e dois) assistentes sociais na unidade conforme já descriminado no tópico específico de funcionamento do serviço social nesta Proposta Técnica.

ENFERMAGEM: O serviço de Enfermagem integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Área de abrangência principal é Ambulatório (Clínica Médica), Clínica Cirúrgica, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, UTI, Unidade de Centro de Materiais (CME).

O serviço de Enfermagem integrará o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe formada por profissionais de Enfermagem para: 01 Diretoria Técnica, 01 Gerencia Médica,

01 Gerencia Assistencial, 01 coordenação de clínica médica, 01 para Clínica Cirúrgica, 03 para UTI, 01 para Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, 01 para o Centro de Materiais Esterilizados, 01 para o Centro Cirúrgico, 01 para Pronto Atendimento, 01 para Traumatologia, 01 para Serviço de Núcleo do Paciente, 02 Enfermeiro de Qualidade, 167 enfermeiros assistenciais, e 527 técnicos de enfermagem.

TERAPIA OCUPACIONAL: O serviço de Terapia Ocupacional integra o corpo de profissionais da do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: A equipe oferecerá atendimento diferenciado e individualizado a paciente clínicos, em cuidados paliativos, adultos e geriátricos.

Na Clínica Médica e internação, a Terapia Ocupacional buscará enriquecer o tratamento oferecido na instituição, por meio de intervenções específicas nos déficits de componentes do desempenho como a sensibilidade, amplitude de movimento, tônus muscular, força muscular, reflexos, coordenação motora, destreza, cognição, percepção, interação social e orientando nas áreas de desempenho ocupacional: atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

A atuação dos profissionais estará voltada para prevenção e/ou redução da deterioração das habilidades e componentes necessários ao desempenho ocupacional do paciente, auxiliando na recuperação, por meio de atividades expressivas/construtivas e lúdicas, de estimulação percepto cognitiva e sensório motora controlada e humanização do ambiente.

O Serviço de Terapia Ocupacional contará com uma equipe formada por 2 (dois) profissionais e realizarão atendimento aos usuários.

FONAUDIOLOGIA: O serviço de Fonoaudiologia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: ▪ Atendimento ambulatorial e acompanhamento de internação: São realizados atendimentos ambulatoriais tendo como ênfase os distúrbios da deglutição, afasias, disartrias e algumas alterações vocais. Os atendimentos são realizados por meio de interconsultas. No caso de pacientes internados, é realizado por indicação do profissional médico e realizado no leito do paciente.

O Serviço Fonoaudiologia contará com uma equipe formada por 14 (quatorze) profissionais, sendo 6 (sete) durante o período matutino e 7 (dois) durante o turno vespertino.

BUCOMAXILO: O serviço de bucomaxilo integra o corpo de profissionais do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Atuará também na internação e reabilitação de pacientes. Atuará junto aos pacientes nas diversas multi-especialidades, e permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção cirúrgica e possibilitará adequação da equipe.

Contará com uma equipe formada por 6 (seis) bucomaxilos e realizarão atendimentos aos usuários, sendo 4 (quatro) durante o dia e 2 (dois) durante a noite.

12.3 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.

A Administração Geral está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

O gerenciamento exercido pela Administração Geral está descrito de forma transversal em toda Proposta Técnica e está aportado nas diretrizes operacionais:

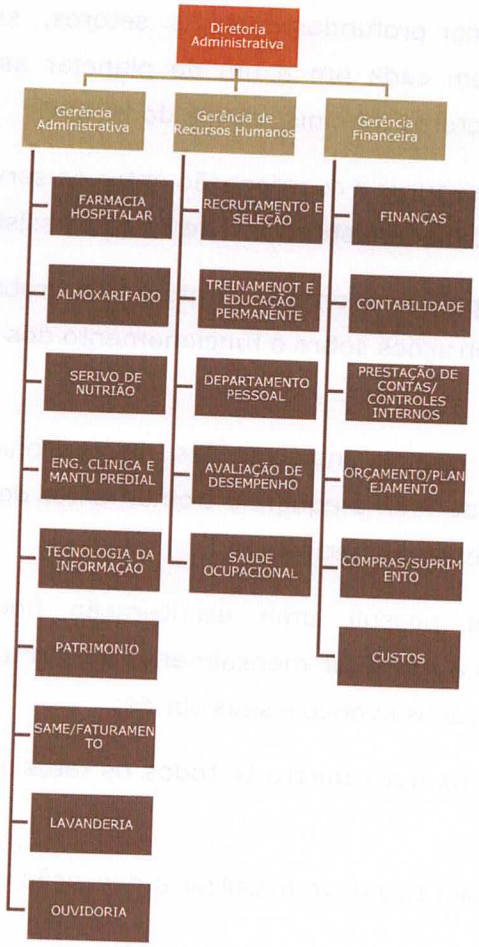
- Valorizamos transparência;
- Implementar as linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual objetivando garantir a atenção à saúde. e Implementar o Comitê de Qualidade e as Comissões Técnicas;
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população;

- Dispor de Recursos Humanos capacitados e da infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva;
- Definir um eixo comum de organização do cotidiano dos trabalhadores;
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização
- Alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção, prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico no cotidiano das agendas
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quand necessário.
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho.
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos.
- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos. Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população,
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde.
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, por meio da aplicação de uma linha de base, da avaliação de processos e resultados e, da avaliação das opiniões d profissionais e usuários.

A Administração Geral compreende a Hotelaria, Recepção, Portaria/Segurança/ Almoxarifado e Manutenção Predial que devem funcionar 24h por dia;

- Quando se menciona a atividade de administrar uma instituição, esta tem por características gerais a competência de planejamento, fiscalização, controle, coordenação, organização de variados setores de modo a permitir uma administração transparente e eficiente.

ESTRUTURA



Para o bom funcionamento da unidade, devem haver normas e rotinas de trabalho que definam modo de atuação durante o desempenho das atividades que compõe a Administração Geral.

As normas devem ser do conhecimento de todos e treinamentos devem ser ofertados de modo a padronizar a atuação profissional.

NORMAS

A Administração Geral tem por finalidade plane- jar, organizar, controlar , comandar e coordenar um conjunto de atividades administrativas de gerencia - mento sobre os setores administrativos e de apoio da unidade, dessa maneira ela se pauta em Normas e diretrizes operacionais para atuar de maneira coe- rente, continua , transparente e eficaz.

Ela se pauta pelas seguintes normas:

- o Diretor conhecer profundamente os setores, seus colaboradores e as atividades desenvolvidas em cada um a fim de planejar as ações e supervisionar todas as atividades dos setores administrativos do HERSO;
- O setor deve assegurar a coordenação entre os serviços administrativos e os demais serviços da unidade, assistências e de apoio a assistência;
- O setor deve possuir Normas , Rotinas de trabalho e Manuais de trabalho que apresentem instruções sobre o funcionamento dos serviços que compõe à Administração Geral;
- As normas, e demais instrumentos de padronização e controle devem ser do conhecimento de toda a equipe e treinamentos devem ser executados durante o ano para atualizar esse conhecimento;
- O setor deve possuir uma escrituração fidedigna que permita ao Diretor Administrativo apresentar mensalmente ao Diretor Geral um relatório das atividades desenvolvidas, seus avanço e seus óbices;
- O setor deve manter registro te todos os fatos administrativos que gerem despesas ao HERSO;
- O Gerente Financeiro deve fiscalizar a execução dos recursos financeiros repassados à unidade;
- O Gerente Administrativo deve zelar pela eficácia dos serviços.

HORÁRIOS DO SETOR

Os serviços vinculados à Administração Geral atuarão sob jornada de trabalho de 8 horas diárias, com início da jornada as 8:00 hs e término as17:00 hs, de segunda a sexta-feira.

FUNCIONAMENTO:

AMBULATÓRIO: O Ambulatório funcionará de segunda a sexta 07 ás 19hs, 12 hs/dia.

CLÍNICA CIRÚRGICA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO: 24 horas/dia

SADT Externo: 12 horas/dia, 5 dias por semana , de 2a a 6a feira de 7h às 19hs

RECEPÇÕES: As recepções do Hospital funcionarão da seguinte forma: Recepção Administrativa 07 às 19 hs. Demais Recepções da unidade: 24 hs/dia

Equipe composta por recepcionista e vigilantes.

PORTARIA

A Portaria funcionará de todos os dias, 24 hs dia, sendo que será definido, em função do layout físico da Unidade como será distribuída a equipe pelas portas de acesso.

A equipe composta por seguranças.

SEGURANÇA

Funcionarão 24h por dia, de domingo a domingo (7 dias por semana). Equipe composta por seguranças

ALMOXARIFADO

O Almoxarifado funcionará de domingo a domingo, 24 hs/dia com sua equipe de colaboradores.

Equipe composta pelo Coordenador da Área , Auxiliares de almoxarifado e Agente Administrativo.

MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção Predial funcionará 24 h por dia.

Equipe composta por eletricistas, Coordenador da área, Auxiliares de manutenção, auxiliar administrativo.

ATIVIDADE DE ADMINISTRAÇÃO:

A estrutura administrativa do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , será estruturada conforme realidade e características da unidade, visando melhoria contínua e dar suporte para a implementação de um atendimento humanizado, bem como visa proporcionar atividades que alcancem as metas preestabelecidas, sendo que o modelo de gestão a ser implementado pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada objetiva adotar elementos e um modelo que busca o alinhamento com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS com a manutenção do

atendimento ininterrupto dos pacientes e proporcionando condições de trabalho e segurança da equipe.

Cada setor terá supervisão do respectivo responsável, devidamente designado, bem como contará com estrutura e profissionais de apoio técnico-operacional e administrativa, que acompanhará os horários de funcionamento já estabelecidos na presente proposta de trabalho e preconizados no Edital. Os serviços administrativos comuns funcionarão em dias úteis e dentro do horário comercial, à exceção das aditividades cruciais que requeiram atendimentos em horários diferenciados (lavanderia, limpeza, farmácia, segurança, dentre outros).

A equipe mínima da unidade será estruturada conforme demanda de cada setor ligado a Administração Geral e como demonstrado no modelo proposto de Organograma constante na presente Proposta Técnica.

Além da estrutura técnico-operacional prestada diretamente pela Administração do Instituto CEM, a Administração do Hospital também terá sua estrutura, no qual relacionamos a seguir e resumidamente apresentamos suas respectivas atribuições:

Gestão de Pessoas - responsável por todo tratamento documental e de atendimento relacionado aos profissionais da unidade;

Logística - na qual acompanhará toda a cadeia logística da unidade, inclusive recepção, bem como a gestão de contratos e os serviços de segurança e transporte;

Engenharia Clínica – acompanhamento, execução e gestão das manutenções preventiva e corretivas de todo parque tecnológico de equipamentos médico-hospitalares do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ;

Segurança e Saúde do Trabalhador – responsável por acompanhar a segurança e saúde dos profissionais, com alimentação de dados estatísticos, controle de documentos e implementações de ações visando a prevenção de acidentes.

Faturamento – acompanhará a produção e faturamento dos atendimentos realizados na unidade, devidamente descritos no Manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos; Material e Patrimônio – no qual controlará a gestão de materiais, móveis e equipamentos diversos, bem como dará o devido tratamento conforme normas de gestão patrimonial relacionados na presente proposta;

Manutenção Predial – responsável pela gestão estrutural da unidade, providenciando manutenções e intervenções para viabilizar a continuidade do atendimento aos pacientes e as atividades técnico-operacionais e administrativa do Hospital;

Hotelaria – acompanhará os serviços de lavanderia, rouparia, dedetização e controle de pragas, ajardinamento, limpeza e desinfecção hospitalar visando continuidade dos serviços da unidade, proporcionando segurança e conforto dos pacientes.

Farmácia – gestão de todo estoque, recebimento e distribuição de medicamentos, insumos e correlatos na unidade;

Documentação e Arquivo – acervo documental dos pacientes e do com base na Tabela de Temporalidade e legislação em vigor.

Abaixo segue um modelo de controle de acesso ao Hospital, onde serão implementadas normas que disciplinam a circulação de pessoas no interior do Hospital, cujos moldes inicialmente propostos seguem abaixo, porém, que poderão ser adequados para melhor se enquadrarem a necessidade da unidade.

ROTINAS:

A) Identificação de pessoas para acesso à unidade

Descrição: Registro no livro de ocorrências, o nome e documento identificador da pessoa, bem como fornecer crachá correspondente ao setor solicitado.

Responsável: Porteiro

B) Rondas periódicas

Descrição: o responsável fará rondas por toda a unidade de modo à localizar eventualmente pessoas sem crachá. De maneira suave, respeitosa e educada. Se houver alguma intercorrência nesse ato, deverá haver registro do mesmo.

Responsável: Segurança

C) Condução de veículos

Descrição: Conduzir o veículo, conferir combustível, óleo, água, anotar quilometragem. Caso necessário, requerer combustível ou outra demanda veicular.

Responsável: Motorista

D) Compra de materiais/suprimentos:

Descrição: Checar o memorando de solicitação e conferir a necessidade do pedido. Cotar com ao menos três fornecedores. Efetuar a compra pelo menor preço ofertado.

Responsável: Assistente Administrativo / Coordenador

EQUIPE MÍNIMA

1) Assistente Administrativo:

Subordinação: Diretor Administrativo

Função: Atribuições administrativas tais como: tirar cópias, lançar dados em sistema, conferir documentos, dentre outros:

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: não requer

2) Motorista

Subordinação: Diretor Geral

Função: Distribuir documentos externos à unidade; atender a demanda de setores, inspecionar cotidianamente o veículo, zelando pela sua conservação.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: CNH categoria "B" e 1 (um) ano de experiência comprovada na função.

3) Analista Financeiro:

Subordinação: Diretor Financeiro

Função: Realizar o planejamento de toda a rotina financeira; acompanhar recebimento e pagamentos efetuados, analisar fluxo de caixa e elaborar projeções de faturamento a fim de identificar melhorias no desempenho econômico-financeiro da unidade; realizar o processo de contas a pagar.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 18 (dezoito) meses de experiência na função.

4) Analista de Gestão de Pessoal:

Subordinação: Coordenador de Recursos Humanos

Função: Se responsabilizar para orientar a unidade de saúde e auxiliá-la nos assuntos referentes à gestão de pessoas, analisar os de alterações de cargos, promoções, transferências, demissões e outros tipo de movimentação de pessoal, observando as normas e procedimentos aplicáveis, visando contribuir para a tomada de decisões nesses assuntos;

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

5) Analista de Compras:

Subordinação: Diretor Financeiro

Função: Acompanhar as requisições de compras, manter contato com fornecedores, negociar preços e fazer controle de pedidos e orçamentos na área, atuar com emissão de notas fiscais, realizar cotações diversas, emitir e acompanhar pedidos até sua entrega, acompanhamento dos pedidos, cadastro de novos fornecedores para consultas e cotações.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

6) Técnico em Segurança do Trabalho:

Subordinação: Diretor Geral

Função: Orientar e coordenar o sistema de segurança do trabalho, investigando riscos e causas de acidentes, analisando esquemas de prevenção; Inspecionar locais, instalações e equipamentos da unidade e determinar fatores de riscos de acidentes; Propor normas e dispositivos de segurança, sugerindo eventuais modificações nos equipamentos e instalações e verificando sua observância, para prevenir acidentes; Inspecionar os postos de combate a incêndios, examinando as mangueiras, hidrantes, extintores e equipamentos de proteção contra incêndios; Comunicar os resultados de suas inspeções, elaborando relatórios; Investigar acidentes ocorridos, examinando as condições da ocorrência, para identificar suas causas e propor as providências cabíveis.

Intermediar junto aos serviços médico e social da instituição, visando facilitar o atendimento necessário aos acidentados; Registrar irregularidades e elaborar estatísticas de acidentes; Treinar os funcionários sobre normas de segurança, combate à incêndios e demais medidas de prevenção de acidentes; Coordenar a publicação de matéria sobre segurança no trabalho, preparando instruções e orientando a confecção de cartazes e avisos, para divulgar e desenvolver hábitos de prevenção de acidentes; Participar de reuniões sobre segurança no trabalho, fornecendo dados relativos ao assunto, apresentando sugestões e analisando a viabilidade de medidas de segurança propostas, para aperfeiçoar o sistema existente; Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática. Executar e apoiar outras tarefas para o desenvolvimento das atividades d setor, inerentes à sua função.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 1 (um ano) de experiência na função

7) Coordenador de Almoxarifado:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Confere notas fiscais, confronta notas e pedidos, encaminha materiais para armazenamento. Cuida de prazos de entrega dos produtos, solicita reposição de estoque. Acompanha pedidos de compras, administra atendimento a requisições de materiais e controla níveis de estoque. Otimiza estocagem de material. Acompanha prazo de vencimento de validade dos materiais. Realiza o levantamento de inventário físico, emite solicitações de compra e controle diversos de expedição dos materiais.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

8) Coordenador de Custos

Subordinação: Diretoria Financeira

Função: Lançar todas as informações; calcular dados par a composição os indicadores de custos; calcular dados para a composição dos indicadores de custos; levantar mensalmente os gastos gerais da unidade para uma análise comparativa da diretoria; elaborar projeções orçamentárias e outras atividades inerente à sua atividade.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Administração ou Economia.

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

9) Analista de Gestão de Pessoas:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Realiza análise da área de Recursos Humanos, recruta e seleciona novos colaboradores, levanta necessidades de treinamento e avalia desempenho de pessoal. Desenvolve planos de carreiras e dissemina cultura organizacional.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Administração ou Psicologia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

10) Farmacêutico:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade; fazer cumprir as normas e regulamentos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ; Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais; Receber os medicamento e materiais em seu setor, providenciando a conferência da quantidade e espécie recebidas com os documentos de entrega e solicitação de compra; visar a documentação relativa à entrega dos medicamentos e materiais solicitados; distribuir os materiais e medicamentos de acordo com as requisições recebidas; Exercer outras atribuições que lhe competem;

Nível de ensino requerido: Formação superior em Farmácia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

11) Engenheiro – Setor de Manutenção:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Planejar, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas no setor de manutenção; Fazer cumprir as normas e regulamentos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ; Supervisionar as atividades e

avaliar o desempenho de seus subordinados; Cumprir nos prazos estabelecidos pelo Diretor Administrativo; normatizar, organizar e priorizar as solicitações de manutenção, tendo em vista o bom andamento dos serviços da unidade; proceder com a manutenção do prédio, mantendo-o arejado, livre de vazamentos e ligações elétricas mal executadas; Manter estreito relacionamento com o Serviço de Manutenção terceirizado, tendo em vista a agilização dos atendimento às solicitações internas; Exercer outras funções que lhe competem.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Engenharia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

12) Arquivista para atuar no SAME:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Registrar e controlar toda a movimentação dos prontuários dentro da unidade; zelar pela clareza e exatidão dos prontuários médicos; colaborar em programas de ensino e pesquisa, cumprir normas e regulamentos da unidade; executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.

Nível de ensino requerido: Ensino médio completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	CARGA HORÁRIA
Diretor Administrativo	1	44 hs/semanais
Coordenador Administrativo	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo	1	44 hs/semanais
Motorista	6	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo	40	44 hs/semanais
Farmacêutico	10	30 hs/semanais

Auxiliar de Farmácia	5	44 hs/semanais
Coordenador de Almoxarifado	1	44 hs/semanais
Auxiliar de Almoxarifado	2	44 hs/semanais
Nutricionista	6	30 hs/semanais
Coordenador de Manutenção Predial	1	44 hs/semanais
Engenharia Clínica	1	44 hs/semanais
Coordenador de Tecnologia da Informação	1	44 hs/semanais
Técnico de redes	1	44 hs/semanais
Analista de Suporte	1	44 hs/semanais
Faturista	2	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Patrimônio	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para SAME	2	44 hs/semanais
Gerente de Gestão de Pessoas	1	44 hs/semanais
Analista de Gestão de Pessoas	2	44 hs/semanais
Técnico em Segurança do Trabalho	4	44 hs/semanais
Diretor Financeiro	1	44 hs/semanais

Tesoureiro	1	44 hs/semanais
Contador	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Diretoria Financeira	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para Diretoria Financeira	1	44 hs/semanais
Analista de Compras	1	44 hs/semanais

12.3.1 Proposta de Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

A princípio em uma primeira análise, pode parecer que somente se aplica a iniciativa privada, porém, o setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto decisivo para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição.

Dessa forma, mesmo em unidades públicas, a busca pela eficácia e precisão em seu faturamento propicia a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde - MS, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao Estado c ao Município. E é nesse ponto que destacamos nossa proposta de trabalho para a unidade de faturamento do Hospital, haja vista que muito da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e de cunho financeiro. Sabemos que o financiamento da saúde pública é extremamente oneroso para o Estado, e muita dessa carga pode ser aliviada se a unidade de faturamento cumprir seu papel.

Enfatiza-se a necessidade da regulação e controle dos recursos de todas as unidades assistenciais do SUS. No caso do Hospital, este deve receber na sua totalidade, somente pacientes regulados. Uma das ações que o INSTITUTO CEM apresenta como projeto de trabalho para a melhoria do faturamento visa gradativamente uma informatização plena de

todo o Hospital, ligada de forma direta com o sistema regulatório estadual e municipal. Isso evitará a realização de consultas ou procedimentos sem o chamado "vale exame" e a perda da informação quando, de fato, o usuário for atendido. Assim, os processos administrativos ligados à assistência serão revisados e auditados periodicamente para se garantir a eficácia no registro de todos os procedimentos realizados, objetivando o registro da produção real e evitando a perda financeira. Além disso, a gestão verificará todas as Portarias Ministeriais para buscar a possibilidade e viabilidade de habilitação para o incremento do faturamento. A revisão da Programação Físico orçamentária - FPO e a atualização constante do CNES (profissionais, estrutura física e equipamentos) também será essencial na busca da melhoria do desempenho das contas hospitalares.

Outra estratégia é buscar as contratualizações específicas que objetivam reduzir as filas de espera por cirurgias e ao mesmo tempo, repercutem no aumento de receita para as unidades de saúde. A gestão do Hospital também analisará com o corpo clínico a média de permanência dos pacientes e eventuais excedentes de diárias para evitar glosas e/ou rejeições de AIHs.

É importante lembrarmos que a INSTITUTO CEM, em sua proposta de trabalho, conduzirá o faturamento do Hospital seguindo as normatizações do Ministério da Saúde, as quais são detalhadas em dois manuais:

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Dentre os instrumentos necessários ao gerenciamento eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A Organização Mundial de Saúde – OMS define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas. Por outro lado, "informar" pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso "informação" pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

12.3.1.1 SIA: Sistema de informação ambulatorial

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com a evolução do sus para uma gestão cada vez mais descentralizada, o ministério da saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo ministério da saúde em todo o país em 1995. À época, por ser sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/ procedimentos/ tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial. Seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar a estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n º 18/1999 e SAS/MS n º 35/1999. Nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatoriais registradas nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso, subsidia os processos da programação pactuada integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local por intermédio do **SIA**. O processo completo de processamento é composto pelas fases de: entrada, processamento, saída e disseminação.

Em cada uma das etapas descritas pelo Ministério da Saúde, nossa proposta de trabalho para a Unidade irá ser acompanhada para que não haja perda de informações, fato que não é incomum hoje, sobretudo pelo ponto de vista estatístico e epidemiológico.

O Ministério da Saúde (MS) implantou o sistema de informação hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990. Desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

12.3.1.2 SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços. Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da secretaria de atenção à saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no MS, mais especificamente, no departamento de informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no sus. Com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM) do sus a partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, opme's do SUS (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

- Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

- Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.
- Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.
- Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, órteses e materiais médicos especiais do SUS.
- Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.
- Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.
- Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.
- Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde.

Já para procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico ou cirurgião-dentista que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH, e encaminhar para NIR, para que solicite Regulação do paciente em estabelecimento de saúde integrante do SUS

12.3.1.3 Proposta De Regimento De Rotinas Faturamento De Procedimentos

A APRESENTAÇÃO

O Setor de Faturamento está subordinado à Diretoria Administrativa, devendo obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão do Hospital. O Setor de Faturamento é responsável pela conferência dos prontuários, pela confecção e envio das contas hospitalares dos clientes internos e externos, SUS e dos demais convênios contratados pelo Hospital.

A IMPORTÂNCIA

No Setor de Faturamento são elaboradas contas hospitalares dos diversos clientes que adentrem o Hospital, sendo de fundamental importância que o serviço esteja sempre atualizado no que diz respeito às normas, diretrizes, portarias, tabelas e demais informações necessárias para a execução de suas atividades. É importante também que mantenha um bom relacionamento com todos os profissionais envolvidos no atendimento ao cliente e com os convênios credenciados ao Hospital. Tais atitudes dinamizam o processo e dão credibilidade ao serviço, que é um importante instrumento para determinação da qualidade dos serviços prestados pelo Hospital.

AS FINALIDADES

O Setor de Faturamento tem por finalidades:

I. Confeccionar as contas de todos os clientes que adentram o Hospital, tanto internados como externos, conforme se respectivo convênio, segundo tabelas e normas firmadas mediante contrato prévio;

II. Conservar os sistemas de registros de todas as despesas, tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares, para posteriores cobranças dos clientes de convênios, organizações, seguradoras e previdenciárias;

III. Confecção de relatórios de produção do faturamento encaminhando-o à Diretoria que darão subsídios para tomada de decisões, avaliações do desempenho e da produtividade de instituição.

ESTRUTURA ORGÂNICA

- DIRETORIA ADMINISTRATIVA
- ASSESSORIA ADMINISTRATIVA
- FATURAMENTO

A ORGANIZAÇÃO

O Setor de Faturamento encontra-se subdividido nos seguintes serviços:

I. Contas de Clientes Conveniados Internados:

a. Atualização de tabelas do Ministério da Saúde;

b. Emissão de Autorização Internação Hospitalar (AIH);

c. Fechamento Geral Mensal.

II. Contas Pronto Socorro:

a. Fechamento geral mensal;

b. Gerar e emitir fechamento das FAA´s.

III. Exames Externos:

a. Fechamento geral mensal;

b. Gerar e Emitir fechamento das SADTS externos.

DOS RECURSOS HUMANOS E SEUS REQUISITOS

O quadro de pessoal do Setor de Faturamento é composto por:

I. Líder de Faturamento, devendo possuir os seguintes requisitos:

a. Instrução Mínima – Ensino Superior Completo em Instituição reconhecida pelo MEC;

b. Conhecimento em Faturamento Hospitalar (todos os módulos);

c. Capacidade de Motivação e Liderança;

d. Capacidade de administração;

e. Elevado grau de compreensão.

II. Auxiliar de Faturamento, devendo possuir os seguintes requisitos:

a. Instrução mínima – Ensino Médio Completo;

b. Conhecimentos técnicos referentes a faturamento Hospitalar;

c. Espírito de colaboração e disciplina;

d. Condições básicas para desenvolver as atividades de sua competência.

III. Auxiliar Administrativo, devendo possuir os seguintes requisitos;

a. Instrução mínima – Ensino Médio completo;

b. Conhecimentos técnicos referentes a Faturamento Hospitalar;

c. Espirito de colaboração e disciplina;

d. Condições básicas para desenvolver as atividades de sua competência.

AS COMPETÊNCIAS

A Líder de Faturamento compete:

I. Zela para que sejam devidamente documentados os serviços prestados aos clientes internados de SUS e Exames Externos, evitando assim glosas;

II. Manter-se atualizado às novas deliberações da administração do Hospital, convênios e órgãos competentes;

III. Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados;

IV. Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários dos clientes;

V. Comunicar a Diretoria quaisquer anormalidades;

VI. Frequentar cursos no que refere a Faturamento hospitalar;

VII. Programar e desenvolver métodos de trabalho;

VIII. Comparecer as reuniões quando convocado;

IX. Cuidar para que o ambiente de trabalho sofra uma continuidade de respeito mútuo entre os colaboradores da seção;

X. Cumprir e fazer cumprir o Regimento desta seção;

XI. Fornecer quando necessário dado faturado para que a administração elabore relatórios;

XII. Controlar e zelar por todos os equipamentos da seção;

XIII. Acompanhar o desempenho de seus colaboradores;

XIV. Elaborar escalar de serviço prevendo férias;

XV. Desenvolver programas de treinamentos aos colaboradores.

Ao Auxiliar de Escritório – Faturamento, compete:

I. Estar no setor de trabalho no horário estabelecido respeitando os protocolos da instituição;

II. Elaborar conta hospitalar de serviços prestados a clientes internados de convênios e SUS e Exames Externos, atendidos pelo Hospital;

III. Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente e pela administração do Hospital;

IV. Comunicar ao Coordenador de Faturamento quaisquer informações julgadas necessárias.

Ao Auxiliar Administrativos, compete:

I. Estar no setor de trabalho no horário estabelecido respeitando os protocolos da instituição;

II. Acompanhar os procedimentos por parte dos médicos no quesito de preenchimento correto das solicitações, descrição de procedimento e avaliações;

III. Controlar o conteúdo e o preenchimento dos prontuários;

IV. Checar e encaminhar cópias dos prontuários dos clientes externos (paciente) saídos quando solicitados;

V. Cumprir e fazer cumprir o regulamento do Hospital e respeitar a hierarquia;

VI. Estar sempre solícito com as pessoas;

VII. Após a alta hospitalar, óbitos e transferências, organizar e encaminhar os prontuários ao faturamento;

VIII. Repor impressos e materiais de escritório nos setores de faturamento;

IX. Colaborar com as equipes multiprofissionais das unidades;

X. Zelar pela ordem do ambiente e do serviço em geral;

XI. Preservar a integridade da Instituição, cliente externo (paciente/familiares), acompanhantes e colegas de trabalho.

O HORÁRIO DE TRABALHO

O Setor de Faturamento trabalha no horário das 08:00 às 17:00 segunda a sexta-feira sempre com intervalo de 1 h para almoço.

AS NORMAS

Os colaboradores do Setor de Faturamento obedecerão às seguintes Normas Administrativas:

I. Cumprir o horário de trabalho estabelecido;

II. Estar devidamente uniformizado e identificado;

III. Nenhum colaborador poderá ausentar-se do trabalho sem autorização do seu superior ou da Diretoria;

IV. A seção deverá informar mensalmente á Diretorias os valores faturados;

V. A seção deverá fornecer mensalmente dados para a elaboração de relatórios financeiros;

VI. A seção seguirá determinação de cobranças firmadas em contrato entre o Hospital e Convênios.

OS DIREITOS E DEVERES E PROIBIÇÕES

São direitos da equipe:

I. Seguir os direitos descritos na CLT (código da Legislação Trabalhista), acordos dissídios coletivos da categoria;

II. O trato entre superiores e subordinados deve ter sempre cunho de cordialidade e de respeito mútuos. Essa atitude deverá ser mantida mesmo quando um superior tenha que reprimir atos de indisciplina, deverá fazê-lo com energia, porém serenamente em local apropriado;

III. A Líder de Faturamento espera que todos os colaboradores cooperem com seus superiores, expondo-lhe suas ideias e seus pontos de vista, visando sempre melhorar o trabalho que lhes cumpre executar;

IV. É dever do Líder de Faturamento atacar e ouvir, sempre com atenção e cortesia, seus subordinados e outros que deles se aproximem, com o propósito de lhes dizer ou propor matérias sobre o serviço ou outro ponto qualquer, que venha a propiciar melhorias na assistência ao cliente externo (paciente), ou no próprio Setor, desde que seja obedecida a hierarquia.

São deveres da equipe:

I. Durante o período de trabalho, os colaboradores deverão estar uniformizados e devidamente identificados;

II. Comunicar ao responsável imediato quaisquer intercorrências;

III. Justificar ao seu responsável a sua ausência ao trabalho;

IV. Dedicar assistência direta e indireta ao cliente externo (paciente), executando com presteza, zelo e atenção os trabalhos que lhe forem confiados;

V. Tratar com a máxima humanidade todas as pessoas que mantiverem contato com o Hospital, sem preferências individuais, esforçando-se para atendê-las Prontamente;

VI. Zelar pela economia do material do Hospital e pela conservação do que for confiado à sua guarda e utilização, comunicando ao superiores imediatos quaisquer quebras, perdas ou extravios;

VII. Comunicar ao superior imediato mudança de residência, estado civil e número de pessoas dependentes, para que possa ser encaminhado ao Recursos Humanos;

VIII. Comunicar todo acidente de trabalho, imediatamente após sua ocorrência, não excedendo 24 horas de prazo da sua comunicação.

São proibidos para a equipe:

I. Fazer quaisquer comentários sobre operações ou casos clínicos, como também revelar segredos e assuntos pertinentes ao Hospital, e, mais particularmente do cargo ou função que exerça;

II. Fuma, nas dependências internas do Hospital;

III. Manter-se dentro das dependências do Hospital executando outras ocupações, bem como permanecer nelas fora do seu horário de serviço;

IV. Organizar, dentro das dependências do Hospital, rifas, subscrições, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela Diretoria, bem como tornar-se parte nelas;

V. Usar mensageiros ou outros colaboradores do Hospital para recados ou trabalhos pessoais;

VI. Sentir-se de uso de telefones ou impressos do Hospital, para assuntos estranhos do serviço;

VII. Manter consigo bebidas alcoólicas ou drogas entorpecentes, em quaisquer dependências do Hospital, ou trazê-las para essas mesmas dependências;

VIII. Participar de jogos de diversões como baralho, dados ou qualquer outra modalidade que envolvam dinheiro ou não, dentro das dependências do Hospital.

IX. Usar termos ou atitudes indecorosas ou desrespeitosas, trocar insultos, mesmo a título de brincadeira, alterações com terceiros ou companheiros de trabalho, ainda que por razões de serviço, devendo qualquer questão ser discutida com os respectivos Superiores;

X. Agir, por qualquer modo, contra os interesses do Hospital.

AS PUNIÇÕES

São punições aplicáveis aos colaboradores:

Nas falhas técnicas e ou administrativas, inicialmente receberá orientação e acompanhamento. Nos casos de reincidência serão aplicadas as punições cabíveis pela CL que são:

I. Advertência verbal;

II. Advertência escrita;

III. Suspensão;

IV. Demissão por justa causa.

O tipo de punição aplicada será de acordo com a avaliação da chefia e da Diretoria, não necessariamente seguindo a ordem acima descrita, nos casos considerados como grave ou gravíssimo, podem ocorrer imediatamente demissão por justa causa.

AS DISPOSIÇÕES GERAIS

Todo colaborador de Setor de Faturamento deverá ter conhecimento do presente Regimento.

É função da Líder de Faturamento manter este Regimento devidamente disponibilizado, acessível e atualizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser observado na íntegra por todos os colaboradores do Setor de Faturamento e aplicado a todos sem qualquer exceção.

As atividades desenvolvidas pelo Setor de Faturamento estarão detalhadamente descritas nos Processos, devendo ser atacadas integralmente por seus colaboradores.

Os casos omissos neste Regimento deverão ser resolvidos pela Líder de Faturamento e Diretoria deste hospital.

O presente Regimento deverá obrigatoriamente sofrer revisão a periódica após a primeira aprovação e/ou sempre que o setor houver quaisquer alterações que devam constar neste documento.

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura de Líder de Faturamento e diretoria deste hospital.

12.3.1.4 Rotinas Básicas

FATURAMENTO AMBULATORIAL - SUS

Ação / Descrição

- Receber do serviço de atendimento via protocolo, as guias ambulatoriais para faturamentos referentes aos exames realizados.
- Gerar o arquivo eletrônico – em CD dos procedimentos de média complexidade. Se não conforme, efetuar as correções e adequações necessárias e gerar arquivo eletrônico – em CD.
- Verificar quantidade e valor total dos procedimentos de média complexidades digitadas e confrontar com o teto físico e financeiro estipulado pela SES.

- Encaminhar o CD contendo os procedimentos de média complexidade à Secretaria Municipal de Saúde com a capa de lote correspondente devidamente assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento constando os valores da fatura dos procedimentos de média complexidade para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à SES, mensalmente, a síntese dos procedimentos de média complexidades apresentadas e identificar os procedimentos a serem pagos e os valores glosados e seus respectivos motivos de glosas, providenciando a sua regularização, se passível de correção.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde.
- Reapresentar os procedimentos glosados com as correções necessárias.
- Acompanhar pagamentos das reapresentações/revisões através da síntese de pagamento.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

FATURAMENTO TRATAMENTO CLÍNICO – SUS

Ação / Descrição

- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta, os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas *vias*. No caso de Laudos para Emissão de AIH inicial, os laudos devem estar com nome do médico autorizador e número da senha (cota direta), requeridos através do site do Órgão Regulador no momento da admissão do paciente.
- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.
- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao departamento de Admissão e Alt para efetuar as devidas correções.
- Listar os Laudos para Emissão de AIH com documentação dos pacientes e submetê-los à análise do médico autorizador/regulador designado pela SES (Secretaria Estadual de Saúde) para autorização. Os laudos para emissão de AIH deverão ser encaminhados pelo departamento de faturamento para autorização em até 24 horas após admissão do paciente.
- Receber os laudos para emissão de AIH devidamente autorizados pela SES.
- Manter os Laudos de AIH autorizados de pacientes internados em pasta específica no setor de Faturamento.
- Emitir relatório do sistema de informática para acompanhar a evolução dos pacientes internados, observando a autorização da AIH e o tipo de tratamento que o mesmo permanece.

- Encaminhar ao departamento de Admissão e Alta, informando quais pacientes necessitam de trocar a AIH, por ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO (no caso de permanência após 45 dias).
- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta o espelho da AIH após alta do paciente.
- Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística os prontuários de pacientes correspondente ao período de atendimento da AIH.
- Analisar os dados dos prontuários de pacientes de alta, referentes à internação hospitalar correspondente e fazer o rascunho do faturamento da conta, e encaminhá-los ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística.
- Encaminhar à SES listagem dos laudos (mapa de produção) para emissão de AIH autorizados/codificados de pacientes de alta com dados exigidos pela própria secretaria para liberação do sequencial das AIH em até 72 horas.
- Receber da SES listagem de AIH com numeração do sequencial para faturamento.
- Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de informática e/ou programa SISAIH, emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros apontados e gerar as AIH em meio magnético.
- Salvar dados em pen-drive, junto aos dados das AIH, gerando relatório e capa de lote da respectiva fatura.
- Entregar pen-drive na SES e capa de lote assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento Mensal, constando o valor total faturado referente às Internações SUS para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à SES, os relatórios das AIH aprovadas e rejeitadas.
- Identificar as AIH glosadas com os respectivos motivos de glosa, providenciando a regularização, se passível de correção.
- Acompanhar junto à SES a divulgação dos valores a serem pagos.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde.
- Reapresentar as AIH glosadas passíveis de correção, no sistema de informática e/ou programa SISAIH com os motivos de glosa correspondentes.
- Acompanhar e registrar na Planilha de Controle de Faturamento o pagamento das AIH reapresentadas.
- Encaminhar laudos para emissão de AIH autorizados e codificados. Fichas de solicitação de procedimentos especiais (quando houver). Espelho da AIH ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística para arquivamento nos prontuários correspondentes.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

PRÉ-FATURAMENTO CIRÚRGICO - SUS

Ação / Descrição

- Imprimir o Mapa Cirúrgico referente ao dia no sistema de informática.
- Verificar no site da central de regulação de vagas as autorizações das cirurgias do SUS.
- Imprimir as altas cirúrgicas, conferir se as duas vias da AIH estão preenchidas corretamente, protocolar e encaminhar ao faturamento.
- Conferir no site da central de regulação de vagas se as trocas de procedimentos solicitadas no dia anterior foram autorizadas.
- Verificar pela evolução do paciente a alta hospitalar.
- Encaminhar ao departamento de Admissão e Alta, uma lista das AIH que podem ser dadas alta, caso o médico já tenha prescrito.
- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta, os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas vias. No caso de Laudos para Emissão de AIH's cirúrgicas (Eletiva) os laudos devem estar com nome do médico autorizador e número da senha e/ou chequinho requeridos à Regulação – Secretaria Municipal de Saúde, no momento da admissão do paciente.
- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.
- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao departamento de Admissão e Alta para efetuar as devidas correções.
- Listar os Laudos para Emissão de AIH Cirúrgicos com documentação dos pacientes e submetê-los à análise do médico autorizador/regulador designado pela SMS para autorização. Os laudos para emissão de AIH Cirúrgicas de COTA DIRETA deverão ser encaminhados pela SUFAT para autorização em até 24 horas após admissão do paciente.
- Acompanhar as descrições cirúrgicas, observar se o cirurgião descreve de acordo com a autorização, conferir se o procedimento realizado é compatível com materiais de OPME da tabela SIGTAP, com o CBO do cirurgião, se a Unidade de saúde possui serviço classificação para realizar o procedimento e se o cirurgião possui cadastro no CNES da Unidade de saúde.
- Em procedimentos do SUS que necessitarem de mudança de procedimento, solicitar ao cirurgião o preenchimento do LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS). Após o preenchimento do médico, solicitar pelo site da central de regulação de vagas, a mudança.
- Conferir o prontuário e observar se a descrição cirúrgica está carimbada e assinada pelos respectivos médicos. Observar se a ficha de anestesia está preenchida corretamente e se os códigos lançados no comprovante de anestesia estão de acordo com as cirurgias realizadas.

FATURAMENTO DE CIRURGIA - SUS

- Receber via protocolo do Faturista das Cirurgias Menores Ambulatoriais (CMA), os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas vias. No caso de Laudos para Emissão de AIH Cirúrgicas – Eletivas/Cota Direta.
- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.
- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao Faturista das Cirurgias Menores Ambulatoriais (CMA) para efetuar as devidas providências.
- Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística os prontuários de pacientes Cirúrgicos em posição de alta hospitalar correspondente ao período de internação da AIH.
- Analisar os dados dos prontuários de pacientes de alta, referentes à internação hospitalar correspondente e fazer o rascunho do faturamento da conta, e encaminhá-los ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística.
- Encaminhar à SES listagem dos laudos (mapa de produção) para emissão de AIH autorizados/codificados de pacientes de alta com dados exigidos pela própria secretaria para liberação do sequencial das AIH em até 72 horas.
- Receber da SES listagem de AIH com numeração do sequencial para faturamento.
- Levantar e organizar a documentação (notas fiscais de OPME) necessária para cobrança.
- Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de informática e/ou programa SISAIH, emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros apontados e gerar as AIH em meio magnético.
- Salvar dados em pen-drive, junto aos dados das AIH, gerando relatório e capa de lote da respectiva fatura.
- Entregar pen-drive na SMS e capa de lote assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento Mensal, constando o valor total faturado referente às Internações SUS, para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à SES, os relatórios das AIH aprovadas e rejeitadas.
- Identificar as AIH glosadas com os respectivos motivos de glosa, providenciando a regularização, se passível de correção.
- Acompanhar junto à SES a divulgação dos valores a serem pagos.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde.
- Reapresentar as AIH glosadas passíveis de correção.
- Acompanhar e registrar na Planilha de Controle de Faturamento o pagamento das AIH reapresentadas.
- Encaminhar laudos para emissão de AIH autorizados e codificados. Fichas de solicitação de procedimentos especiais, quando houver. Espelho da AIH, ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística para arquivamento nos prontuários correspondentes.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

- Faturamento Ambulatorial de Média Complexidade - SUS Ação / Descrição
- Receber do serviço de atendimento via protocolo, as guias ambulatoriais para faturamentos referentes aos exames realizados.
- Gerar o arquivo eletrônico – em CD dos procedimentos de média complexidade. Se não conforme, efetuar as correções e adequações necessárias e gerar arquivo eletrônico – em CD.
- Verificar quantidade e valor total dos procedimentos de média complexidades digitadas e confrontar com o teto físico e financeiro estipulado pela SES.
- Encaminhar o CD contendo os procedimentos de média complexidade à Secretaria Municipal de Saúde com a capa de lote correspondente devidamente assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento constando os valores da fatura dos procedimentos de média complexidade para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à SES, mensalmente, a síntese dos procedimentos de média complexidades apresentadas e identificar os procedimentos a serem pagos e os valores glosados e seus respectivos motivos de glosas, providenciando a sua regularização, se passível de correção.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde.
- Reapresentar os procedimentos glosados com as correções necessárias.
- Acompanhar pagamentos das reapresentações/revisões através da síntese de pagamento.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

12.3.1.5 Manual de rotinas para Serviços de Apoio

HOTELARIA HOSPITALAR

A Hotelaria Hospitalar é a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação.

A Hotelaria Hospitalar é um diferencial no setor de saúde, destaca-se que é uma nova tendência que agrega tecnologia, ciência, conforto e segurança na hospitalidade, oferecendo qualidade, valor e satisfação para o cliente.

Este novo segmento tem a função de contribuir no aprimoramento do sistema hospitalar, que deve ser o resultado de matéria, trabalho e valores. É uma interface dos diferentes serviços de apoio, com o objetivo de garantir à qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade do atendimento ao cliente.

Caberá à hotelaria a responsabilidade de administrar as equipes de limpeza, rouparia, lavanderia, coleta das roupas contaminadas e acompanhamento da segregação de resíduos de serviços de saúde.

As principais frentes de trabalho da Hotelaria é o serviço de processamento de roupas e a higienização dos ambientes.

NOVO MODELO DE GESTÃO
Hotelaria hospitalar centralizante
Único gestor para gerenciar os lideres do servido de apoio
Cobrança de resultados
Indicadores de desempenho
Treinamento / Equipe Coesa
Alta produtividade

Serviço de Processamento de Roupas

O processamento de roupas de serviços de saúde é uma atividade de apoio que influência grandemente a qualidade da assistência à saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do paciente, acompanhantes e profissionais. Tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde (ANVISA, 2007).

É necessário ressaltar a importância da lavanderia dentro da unidade de saúde, pois é da eficácia de seus profissionais que se demonstra a eficiência do Hospital, refletindo-se especialmente nos seguintes aspectos:

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

Planejamento de uma lavanderia hospitalar depende de suas funções, complexidade de ações e aspecto econômico das instalações.

A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades hospitalares e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade, deverão ser planejadas, instaladas, organizadas e controlada com o rigor dispensado às demais unidades do Hospital.

Os objetivos da lavanderia hospitalar são:

- Processar as roupas hospitalares com qualidade, segurança e eficiência;
- Favorecer um ambiente de trabalho seguro aos profissionais que atuam no setor;
- Preservar a qualidade das roupas, em todas as fases de seu processamento;
- Utilizar as técnicas adequadas para o processamento da roupa.

Rotinas de Trabalho da Unidade de Processamento de Roupas:

- Remoção da roupa suja da unidade geradora
- O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foi utilizado, esse local também é chamado de unidade geradora. Deve haver os seguintes cuidados:
- Retirar as roupas sujas dos leitos e acondicionadas em sacos de hamper identificado;
- Mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou a fim de prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes. Não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes em isolamento ou de enfermarias comuns;
- A equipe de enfermagem da unidade geradora deve ser orientada a evitar que objetos perfurocortantes, instrumentos ou outros artigos que possam causar danc aos trabalhadores e/ou aos equipamentos sejam deixados acompanhado de a roupa suja;
- Fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder ¾ da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim que (expurgo/sala de utilidades).

Coleta e Transporte da Roupa Suja

O trabalhador que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual no momento do recolhimento da roupa.

O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do serviço de saúde deve ser preferencialmente exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para

eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção.

Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

O transporte da roupa limpa e suja deve ser efetuado em carros separados. O quantitativo de carros deve ser projetado conforme a rotina de coletas das roupas nas unidades geradoras e entrega das roupas limpas pela rouparia suja)

1 Processamento da roupa na sala de recebimento da roupa suja (Área ou Sala)

Essa área suja corresponde a 25 % da área total da unidade e além de conter uma área para recebimento, pesagem, classificação da roupa suja, deve dispor de um depósito de material de limpeza e banheiro.

O depósito de material de limpeza é exclusivo para área suja e deve ser provido de tanque e de um local para guarda de materiais e produtos utilizados no processo de lavagem das roupas e na higienização da área.

É indicado que os trabalhadores da área suja, ao término do trabalho, não saiam do local sem tomar banho e trocar de roupa.

Deve-se a grupar as roupas a serem lavadas de acordo com o grau de sujidade e as suas características. Acondicioná-las e caixas laváveis ou carrinhos até serem colocadas nos maquinários.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas, puxando-as pelas pontas sem apertar, para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfurocortantes, de uso pessoal, tecidos humanos, entre outros, provenientes da unidade geradora e que foram encaminhados misturados com a roupa suja. Além disso, devem ser manuseadas com o mínimo de agitação.

A frequente higienização das mãos pelo pessoal que manuseia roupa suja é essencial para a prevenção de infecções.

A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

É necessário cautela no enxágue da roupa, principalmente as utilizadas por recém- nascidos, a fim de eliminar resíduos químicos que possam causar irritação da pele.

Classificação das sujeiras

É importante classificar as sujeiras para se adotar o método correto de eliminá-las. De forma geral as sujeiras se classificam em:

- **Sujeiras solúveis na água** (açúcares, sais, sucos de frutas, corantes etc.): sua eliminação se efetua basicamente por enxágues.
- **Sujeiras saponificáveis** (matérias gordurosas): a ação do calor, combinada com a dos álcalis e a agitação mecânica, amolece as gorduras, saponifica-as e remove-as.
- **Sujeiras emulsionáveis** (óleos minerais): a sua estrutura química só permite sua eliminação através da emulsificação, por ação dos tensoativos.
- **Sujeiras eliminadas por via física** (areia, fuligem, poeira etc.): sua eliminação ocorre pela ação mecânica combinada com o poder umectante de um produto tenso ativo.
- **Sujeiras eliminadas por descoloração** (chá, café, vinho, **medicamentos** etc.): não são removíveis, pois tingem a fibra. É necessário, então, destruir a cor através de agentes de branqueamento (hipoclorito de sódio, perborato de sódio e outros).
- **Sujeiras ou matérias albuminóides** (albumina, sangue, plasma etc.): coagulam e dissolvem-se através do calor e soluções alcalinas.

Métodos e técnicas de lavagem:

Os princípios de lavagem da roupa pouco têm se modificado, já que as máquinas de lavar passaram por uma grande evolução, acompanhando o avanço tecnológico. Os métodos e técnicas de lavagem da roupa, geralmente, associam alguns princípios para melhor alcançar seu objetivo.

Os princípios associados no processo de lavagem são de ordem física (mecânica, temperatura e tempo) e química (detergência, alvejamento, acidulação, amaciamento, desinfecção).

Ordem física

Mecânica

Consiste em bater, esfregar e torcer a roupa para retirar a sujidade, sendo esta técnica a mais antiga.

Quando intensa ou demorada, ela prejudica os tecidos, daí a necessidade de uso simultâneo de sabões ou detergentes em solução na água para encurtar o tempo e melhorar a lavagem.

Na máquina, é a rotação do tambor que exerce a ação mecânica, torcendo a roupa e levantando-a com as pás para deixá-la cair dentro da solução.

Na queda, a solução é forçada a penetrar no tecido, retirando boa parte da sujeira. O correto nível da água no tambor interno é fator importante para a eficiência da ação mecânica. A inobservância do nível correto prejudica seriamente todo o processo de lavagem.

Temperatura

Um dos importantes fatores na lavagem é a temperatura adequada para cada operação.

Para a correta proteção do tecido e a obtenção de resultados satisfatórios na remoção da sujidade, há operações que requerem água fria, água morna ou quente.

Em geral, cerca de 80 a 85% da quantidade de água utilizada na lavagem da roupa é fria e 15 a 25 % é morna ou quente.

A temperatura elevada durante a lavagem tem os seguintes efeitos:

- Diminui a tensão superficial da água, facilitando a sua penetração nas fibras do
- Tecido;
- Enfraquece as forças de adesão que unem a sujeira ao tecido;
- Diminui a viscosidade de graxas e óleos, facilitando a sua remoção;
- Aumenta a ação dos produtos químicos;
- Destrói os microrganismos, com exceção dos esporos, em 15 minutos, em água quente à temperatura de 85 a 95º C.

Tempo

É um dos mais importantes fatores da lavagem e deve ser corretamente determinado conforme o grau de sujidade, o tipo de equipamento e de tecido, para maior economia e eficiência nas diversas operações.

Estudos demonstram que, no processo tradicional de lavagem, a quantidade de ensaboamentos e enxaguaduras é responsável pela eficiência do processo, e não o tempo prolongado dessas operações.

Ordem química

Como a ação mecânica e a temperatura prejudicam os tecidos quando demoradas ou intensas, utiliza-se simultaneamente, a ação química de detergentes e outros produtos, o que reduz sensivelmente o tempo gasto, aumentando a eficiência do processo de lavagem.

Detergência

Esta é a ação química mais comum, e consiste em dissolver as gorduras e óleos, removendo a sujeira.

Os produtos que produzem esta ação detergente são o sabão e o detergente sintético; o primeiro é derivado de óleos ou gorduras animais ou vegetais (soda cáustica, mais ácidos graxos = saponificação) e o segundo é um subproduto da destilação do petróleo ou da hulha (soda cáustica mais ácido dodecilbenzenosulfato = sulfonação).

As funções do detergente sintético são:

- Quebrar ou baixar a tensão superficial da água, facilitando sua penetração no tecido;
- Emulsionar ou dissolver as sujeiras oleosas – graxas, óleos e gorduras;
- Produzir espuma.

Alvejamento

É o efeito da ação de branqueadores químicos (cloro e oxigênio), associados ao calor e ou à luz.

O alvejamento é uma operação complementar da lavagem, e nunca um substitutivo da mesma. É aplicado apenas em roupas brancas.

Acidulação

Consiste em adicionar um produto ácido, em geral à base de ácido acético, na última enxaguadura, para baixar o pH e neutralizar os resíduos alcalinos da roupa.

Amaciamento

É uma operação que consiste em adicionar, na última enxaguadura de determinados tecidos, um produto que contém glicerina em sua composição e produz o amolecimento ou elasticidade das fibras, tornando o tecido suave e macio.

Desinfecção

É um processo de destruição de todas as formas vegetativas existentes em superfícies inertes e meios líquidos, mediante a aplicação de agentes químicos e físicos.

A eficiência do ciclo de lavagem, não está apenas na eliminação da sujeira, mas também na destruição do grande número de microrganismos presentes na roupa.

Processamento da roupa na área limpa área limpa

Terminada a operação ou ciclo de lavagem, a roupa passa por um processo que consta centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas.

Secagem em Secadora

Roupas como colchas pesadas, tecido felpudo, roupa de vestir (adultos e crianças), cobertores, peças pequenas como máscaras, gorros, compressas e outras, são secadas na secadora.

Depois de secar, a roupa é retirada da secadora e colocada em carros-cestos apropriados, sendo selecionada, dobrada e encaminhada à rouparia para repouso. Na seleção, a roupa danificada vai para a costuraria para conserto ou baixa.

A secadora necessita de várias limpezas diárias para impedir o acúmulo de felpas.

Calandragem

É a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves e campos). Após aquecimento, a calandra deve ser operada continuamente, em determinado período, para evitar desperdício de energia.

Ao se retirar a roupa, faz-se uma seleção das peças danificadas, que deverão ser encaminhadas à costura para reparo ou baixa.

Rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa do Hospital. A centralização em um único local que permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades do Hospital. É na rouparia que se faz a

estocagem (repouso) da roupa, distribuição e costura, incluindo conserto, baixa e reaproveitamento.

Estocagem

Mantém para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva.

Distribuição de roupa limpa

Normalmente é aconselhável a distribuição para cada unidade receber 1 ½ (uma e meia) a 2 (duas) mudas para cada leito, por dia, dependendo do horário de atendimento da rouparia. Calculam-se três trocas de roupas para a unidade de saúde.

Costura

As peças de roupa danificadas, aproveitáveis, são reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa.

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixas no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo, uma toalha estragada pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras. Após o conserto, a roupa volta a ser lavada.

Condições Ambientais para a Prevenção e Controle das Infecções

A unidade de processamento deve possuir ralos para escoamento da água usada em todos os seus ambientes. Estes ralos devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento

É necessário instalar canaletas com grelhas junto à saída das lavadoras. Essas canaletas devem ter inclinação para facilitar o escoamento da carga total das lavadoras e possuir gradil de fácil remoção. Além disso, devem ser de material que permita sua higienização e serem interligadas à rede de esgoto através de ralo sifonado.

Os sistemas de climatização devem proporcionar ambientes de trabalho confortáveis, agradáveis e seguros, garantindo o conforto dos trabalhadores e impedindo a disseminação de microrganismos entre as diversas áreas das unidades de processamento de roupas. Estes sistemas de climatização da área limpa e da área suja devem ser independentes.

É necessário lavatório na área limpa e na área suja para higienização das mãos dos trabalhadores. De acordo com a RDC 50 este deve possuir torneira ou comando que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Próximo aos lavatórios deve existir dispensador de sabonete líquido, suporte com papel toalha e lixeiras com pedal.

O uso de preparação alcoólica pode substituir a higienização das mãos, sempre que não estiverem visivelmente sujas, podendo ser utilizado, por exemplo, na área limpa da unidade de processamento, antes de manipular a roupa limpa.

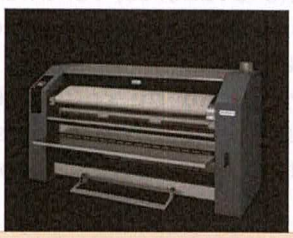
O piso, em todas as áreas deve ser liso, resistente à água e isento de desenhos e ranhuras que dificultem a limpeza.

A manutenção compreende os cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente de equipamentos e instalações, tanto com medidas preventivas como corretivas.

A balança é um instrumento utilizado para determinar o peso da roupa suja ou o peso dos insumos a serem utilizados. São diferenciadas pela sua capacidade, finalidade de uso (tipos de carga).

Os carros de transporte são diferenciados pela finalidade de uso e devem ser leves, confeccionado de material não oxidável e não poroso, de fácil limpeza e desinfecção:

- **Carro para roupa suja**: utilizado na coleta, transporte e armazenamento temporário de roupa suja. Esse carro deve possuir tampa e dreno para facilitar a higienização e eliminação de líquidos.
- **Carro cesto**: geralmente utilizado para o transporte da roupa que circula entre os equipamentos como lavadoras, centrífugas, calandras, secadoras ou prensas.
- **Carro barra sobre rodízios**: utilizado para o preparo prévio da roupa que será processada pela calandra.
- **Carro para distribuição de roupa limpa**: utilizado para o transporte da roupa dobrada dentro da unidade de processamento de roupas até a rouparia. Serve também de estante no armazenamento e distribuição de roupas limpas.

ETAPAS DO PROCESSAMENTO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
COLETAS DE ROUPAS SUJAS SETORIAIS	 CARRO CUBA
PESAGEM DO ENXOVAL SUJO	BALANÇA DIGITAL 
HIGIENIZAÇÃO DOS ENXOVAIS	LAVADORA EXTRATORA 120 KILOS 
PASSADORIA	CALANDRA MONORROL 
DOBRAS	 CALANDRA / DOBRADORA
DOBRAS	MESA PARA DOBRADURAS

ROUPARIA	HAMPER COM ARO 
	CARRO INOX PARA ENTREGA DE ENXOVAL LIMPO
	ESTANTE PARA GUARDA DE ENXOVAL 
	
	SELADORA PARA ENXOVAL 

Planejamento Técnico Operacional

Análise de quilo/leito para projeto de processamento de roupas/dia:

TIPO DE HOSPITAL	CARGA DE ROUPA
Hospital de longa permanência, para pacientes crônicos	2 kg/leito/dia
Hospital geral, estimando-se uma troca diária de lençóis	4 kg/leito/dia
Hospital geral de maior rotatividade, com unidades de pronto-socorro, obstetrícia, pediatria, e outras	6 kg/leito/dia
Hospital especializado, de alto padrão	8 kg/leito/dia
Hospital escola	8 a 15 kg/leito/dia

Fonte: Manual de Lavanderia de 1986

PLANEJAMENTO OPERACIONAL

Contratação Empresa Especializada em Lavanderia Hospitalar – 12 meses com Funcionamento da Lavanderia Interna: 12 horas de segunda a sexta - Processamento com estimativa de 4.000 a 5.000 kg/dia;

Com Fornecimento:

- Mão de obra especializada e uniformizada;
- Fornecimento de descartáveis (saco hamper 240 litros cores azul e verde), embalagens plásticas para acondicionamento dos enxovais na rouparia (tamanhos diversos);
- Conteiners para coleta interna de enxovais com capacidade de 420 litros;
- Conteiners fixos nas unidades geradoras para acondicionamento dos enxovais (tamanho a definir);
- Balança para pesagem dos enxovais por unidade geradora;
- Produto químico conforme validação da CCISS;
- Seladoras para rouparia;
- Diluidores químicos e automatização dos produtos nos maquinários;
- Fornecimento de máquinas de costura (reta e overlock) (utilizada para reparos e consertos de enxovais);
- Fornecimento de insumos para costura (reparos e consertos de enxovais);
- Disponibilizar um supervisor operacional

Planejamento Enxoval

Descrição / Característica	Quantitativo ESTIMADO
Toalha de Banho Paciente 0,80x1,40, 440 grams por m² tinto em fio, felpa na cor bege e fundo fio tinto cores, tingimento resistente a lavagem industrial, acabamento bainha costura dupla e personalização em alto e baixo-relevo na felpa. Toalha cor BEGE.	2.000 unidades
Lençol capa de maca: para paciente – 1,10 x 2,20 – cor AZUL – em percal profissional misto 60% algodão / 40% poliéster 170 fios, quantidade de fios 170 fio pó Pol2, tingimento em idantren (resistência ao cloro) encolhimento até 4% na trama e 8% no urdume, com personalização estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem clorada. Lençol com estampa em azul. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	2.300 unidades

Lençol – lençol solteiro paciente 1,60 x 2,50 – cor branco, em percal profissional misto 60% algodão / 40% poliéster 180 fios quantidade de fios 180 fios por Pol2, tingimento em idantrem (resistência ao cloro) encolhimento até 4% na trama e 8% no urdume. Com personalização estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem corada. Lençol branco com estampa em azul. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	5.000 unidades
Fronhas - Para Paciente tipo envelope 0,50x0,70 - cor BRANCO em PERCAL PROFISSIONAL MISTO 60% algodão / 40% poliéster, 180 fios, quantidade de fios 180 fios por Pol2, tingimento em idantrem (resistência ao cloro) encolhimento até 4% na trama e 8% no urdume. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	2.500 unidades
Pijama branco com logomarca azul (P, M, G, GG). Conjunto de pijama (blusa com bermuda branca), em estampa corrida / cilindro azul, conforme modelo de logomarca fornecido pelo Instituto CEM, 100% algodão, gramatura de 190 gram. / m2, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Bermuda com elástico. Blusa manga curta, gola em V. Cor do conjunto de pijama: BRANCO com logomarca AZUL. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	2.500 unidades
Pijama para obeso (P). Conjunto de pijama – contendo camisa fechada e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM.	200 unidades
Pijama para obeso (P). Conjunto de pijama – contendo camisa aberta com transpasse e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM.	200 unidades
Pijama para obeso (M). Conjunto de pijama – contendo camisa fechada e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM.	200 unidades

Pijama para obeso (M). Conjunto de pijama – contendo camisa aberta com transpasse e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	200 unidades
Pijama para obeso (G). Conjunto de pijama – contendo camisa fechada e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	200 unidades
Pijama para obeso (G). Conjunto de pijama – contendo camisa aberta com transpasse e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	200 unidades
Capote isolante simples verde-claro para UTI – decote redondo, manga raglã longa com punho em malha ribana sanfonada 100%, com 3 pares de tiras para fechamentos internos e 1 par para fechamento externo conforme padrão, brim pesado, tecido com armação 3 x 1, gramatura mínima 260g / m2, fio urdume título 20, fio de trama 16 encolhimento 3%, 100% algodão. Com logomarca de 1 cor. Personalização: centralizado resistente a lavagem clorada conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM. Tamanhos M e G;	3.000 unidades
Capote transpassado amarelo para clínicas - decote redondo, manga raglã longa com punho em malha ribana sanfonada 100%, com 3 pares de tiras para fechamentos internos e 1 par para fechamento externo conforme padrão, brim pesado, tecido com armação 3 x 1, gramatura mínima 260g / m2, fio urdume título 20, fio de trama 16 encolhimento 3%, 100% algodão. Com logomarca de 1 cor. Personalização: centralizado resistente a lavagem clorada conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM. Tamanhos M e G;	2.000 unidades
Capote transpassado com opa para CENTRO CIRÚRGICO (com envoltório duplo) – COR AZUL claro decote redondo, manga raglã longa com punho em malha ribana sanfonada 100%, com 3 pares de tiras para fechamentos internos e 1 par para fechamento da opa conforme padrão, tamanho M e G – brim pesado. Tecido com armação sarja 3 x 1, gramatura mínima 260 g/m2, fio urdume, título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão	1.100 unidades

tingimento em idantren (resistência ao cloro). Personalização: centralizado resistente a lavagem clorada conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	
Campo Cirúrgico simples 1,80 x 1,80 cor verde-claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo INSTITUTO CEM;	800 unidades
Campo Cirúrgico simples 1,50 x 1,50 cor verde-claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo INSTITUTO CEM;	800 unidades
Campo Cirúrgico 1,20 x 1,20. Campo Cirúrgico simples 1,20 x 1,00 cor verde-claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM;	800 unidades
Campo Cirúrgico simples 1,00 x 1,00 cor verde-claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM	700 unidades
Campo Cirúrgico simples 0,80 x 0,80 cor verde-claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM;	500 unidades
Campo fenestrado 1,20 x 1,20 cor verde-claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3 x 1, gramatura mínima 260 g / m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento com idantren, resistência ao cloro. Personalização:	500 unidades

logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM;	
Campo fenestrado 0,80 x 0,80 cor verde-claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3 x 1, gramatura mínima 260 g / m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento com idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM;	500 unidades
Fronha de Maio – FRONHA DE MAIO 1,00 X 1,00, COR verde-claro BRIM PESADO – Tecido com armação sarja 3 x 1, gramatura mínima 260g / m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3% - 100% algodão, tingimento em idantren (resistência ao cloro),resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro) conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	600 unidades
Unissex UTI AZUL. Blusa manga curta decote V, calça com elástico e bolso – tamanho M, G, GG. Tecido misto 60% algodão 40% poliéster, 165 gramas/m², sarja 2/1, tecido efeito mescla parte interna conforto do algodão parte externa durabilidade e resistência do poliéster. Encolha de 3%, Personalização resistente a lavagem clorada, logomarca na calça e logomarca na blusa lado esquerdo, conforme modelo que será fornecida pelo Instituto CEM. COR AZUL E LOGOMARCA BRANCO – TECIDO CEDRO MIX;	3.000 unidades
Unissex Centro Cirúrgico Verde. Blusa manga curta decote V, calça com elástico e bolso – tamanho M, G, GG. Tecido misto 60% algodão 40% poliéster, 165 gramas/m², sarja 2/1, tecido efeito mescla parte interna conforto do algodão parte externa durabilidade e resistência do poliéster. Encolha de 3%, Personalização resistente a lavagem clorada, logomarca na calça e logomarca na blusa lado esquerdo, conforme modelo que será fornecida pelo Instituto CEM. COR VERDE E LOGOMARCA AZUL – TECIDO CEDRO MIX;	3.000 unidades
Unissex CLÍNICAS COR ROSÊ. Blusa manga curta decote V, calça com elástico e bolso – tamanho M, G, GG. Tecido misto 60% algodão 40% poliéster, 165 gramas/m², sarja 2/1, tecido efeito mescla parte interna conforto do algodão parte externa durabilidade e resistência do poliéster. Encolha de 3%, Personalização resistente a lavagem clorada, logomarca na calça e logomarca na blusa lado esquerdo, conforme modelo que será fornecida pelo Instituto CEM. COR ROSÊ E LOGOMARCA AZUL – TECIDO CEDRO MIX;	4.000 unidades

Unissex CME Amarelo. Blusa manga curta decote V, calça com elástico e bolso – tamanho M, G, GG. Tecido misto 60% algodão 40% poliéster, 165 gramas/m², sarja 2/1, tecido efeito mescla parte interna conforto do algodão parte externa durabilidade e resistência do poliéster. Encolha de 3%, Personalização resistente a lavagem clorada, logomarca na calça e logomarca na blusa lado esquerdo, conforme modelo que será fornecido pelo Instituto CEM. COR AMARELO E LOGOMARCA AZUL – TECIDO CEDRO MIX;	1.300 unidades
Cobertor adulto UTI 1,50 x 220 cm. 100 % poliéster. Característica: cobertor microfibra, acabamento nos quatro cantos antialérgico, antipilling, resistente a lavagem industrial clorada, cores a definir. Personalização: bordado – logomarca fornecido pelo Instituto CEM;	1.400 unidades
Colcha de Piquet profissional 100%, algodão 1,75 x 2,15. Cor: BRANCO ou BEGE, resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa centralizada;	1.300 unidades
Cobertor adulto CLÍNICAS 1,50 x 220 cm. 100 % poliéster. Característica: cobertor microfibra, acabamento nos quatro cantos antialérgico, antipilling, resistente a lavagem industrial clorada, cores a definir. Personalização: bordado – logomarca fornecido pelo Instituto CEM	2.000 unidades
Pijama Infantil - Conjunto de pijama (blusa com bermuda), em estampa corrida / cilindro azul, conforme modelo de logomarca fornecido pelo Hospital, 100% algodão, gramatura de 190 gram. / m2, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Bermuda com elástico. Blusa manga curta, gola em V. Cor do conjunto de pijama: AMARELO com logomarca AZUL. Personalização: cilindro / estampa corrida em azul, conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM	300 unidades
Camisola bariátrica com transpasse, com logomarca de 1 cor, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3%, decote V, manga japonesa, com transpasse na frente tipo robe, quatro tiras para fechamento sendo 1 interna 1 no transpasse 1 lateral externa e 1 frente do transpasse, cor branca, resistente a lavagem clorada. Personalização: azul, estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem clorada. Tamanho G: largura 1,00, comprimento 118 cm;	200 unidades
Camisola bariátrica com transpasse, com logomarca de 1 cor, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3%, decote V, manga japonesa, com transpasse na frente tipo robe, quatro tiras para fechamento sendo 1 interna 1 no transpasse 1 lateral externa e 1 frente do transpasse, cor branca, resistente a lavagem clorada. Personalização:	200 unidades

Azul, estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem clorada. Tamanho GG: largura 1,02, comprimento 129 cm.	
Camisola bariátrica com transpasse, com logomarca de 1 cor, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3%, decote V, manga japonesa, com transpasse na frente tipo robe, quatro tiras para fechamento sendo 1 interna 1 no transpasse 1 lateral externa e 1 frente do transpasse, cor branca, resistente a lavagem clorada. Personalização: azul, estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem clorada. Tamanho M: largura 0,98, comprimento 107 cm;	200 unidades

Camisola para EXAMES - cor verde claro decote V, manga japonesa, com transpasse de 10 cm, 2 pares de tiras para fechamento tamanho M, G, GG. Super Cretone - Fio duplo retorcido gramatura de 190 gram./m² - 100% algodão, quantidade de fios 170 fio por Pol², tingimento em idantren (resistência ao cloro) encolhimento até 4% na trama e 8% no urdume. Personalização resistente a lavagem clorada em sistema estampa corrida conforme modelo que será fornecido pelo Instituto CEM;	600 unidades
Travesseiros na cor bege medido 40 x 50cm em tecido impermeável para higienização. Sem zíper – travesseiro deve ser costurado;	400 unidades
Oleado em NAPA - tamanho 1,00 x 1,40 - Napa 0,26;	400 unidades

Planejamento Aquisição
Contratação Empresa Especializada em Fabricação de Enxoval Hospitalar; Entrega de enxoval em 03 etapas conforme funcionamento do Hospital;
A empresa contratada deverá encaminhar amostra de cada item para validação;
Enxoval estimado conforme Manual da Anvisa/Lavanderia – com Maior Rotatividade e Pronto Socorro – visando 4.000 a 5.000 kg/dia

SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E DESINFECÇÃO HOSPITALAR

A limpeza ambiental pode ser considerada como um dos primeiros itens na avaliação de qualidade que o paciente faz quando procura um serviço de saúde. Ela é considerada um "cartão de visitas" da Instituição e pode transmitir aos seus clientes a primeira impressão de segurança, conforto, bem-estar e profissionalismo existente no serviço de saúde.

O Serviço de Higiene é o responsável direto pela manutenção de um ambiente limpo, seguro e com um mínimo de riscos ambientais. O relacionamento deste serviço com o Setor de Controle de Infecção Hospitalar é extremamente importante visto que deverão atuar em

conjunto na elaboração das rotinas operacionais e ações educacionais, que devem ser estabelecidas em consenso.

Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, através de boas práticas em higiene e limpeza hospitalar.

O Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar precisa ser muito bem planejado e elaborado, por profissionais capacitados, sistema de tecnologia que apoie no dimensionamento de métodos, tempos e frequências, seja para implementação em serviço com modelo próprio ou terceirizado.

O sucesso de um planejamento operacional adequado, com índice de distorção aceitável, depende muito da qualificação das informações disponíveis.

Para dimensionamento do efetivo e recursos materiais como, por exemplo, equipamento, acessório e saneante, é necessário levantamento de variáveis, dados, informações atualizadas sobre estrutura e atendimento institucional.

O porte da instituição, complexidade de atendimento, volumetrias como: taxa de ocupação, tempo de permanência, nº de altas, nível de qualificação - Acreditação Hospitalar, nível de entregas requeridas são exemplos de informações obrigatórias para um adequado planejamento.

Além disto, deve-se levar em consideração, taxa média de absenteísmo, contingência, *turnover* projetado, tipo de escala, férias, entre outros, estabelecendo um padrão de desempenho baseado na produtividade (m²/h) e nível de eficiência.

A limpeza em serviços de saúde segue quatro princípios básicos:

Remoção de sujidades

O Serviço de Higienização/Limpeza tem sua efetividade diretamente relacionada com a remoção total ou não das sujidades do piso e superfícies, pois estas podem favorecer algum tipo de contaminação de profissionais ou pacientes.

A remoção das sujidades deve ser realizada utilizando-se água e detergente. Os produtos químicos devem ser utilizados em áreas críticas e em superfícies com presença de matéria orgânica ou em caso de surtos, sob a orientação da CCISS da instituição.

Quando da utilização de produtos químicos, consultar a Portaria n.º 15 do Ministério da Saúde.

Sistematização

Sistematizar os processos de higienização do ambiente em unidades de saúde é um ponto muito importante. Algumas considerações devem ser seguidas na técnica de limpeza, como por exemplo: limpar um lugar mais limpo para depois limpar um lugar mais sujo. Esta técnica, que deve ser seguida em todos os casos, faz com que um agente microbiano não seja transportado de um local mais contaminado para um local menos contaminado. Outras considerações são:

Nunca realizar movimentos de vaivém (os movimentos manuais devem ser sempre retos, paralelos, unidirecionais, de cima para baixo, do fundo para a porta de entrada, de dentro para fora);

Iniciar a limpeza pelas paredes e por último, o piso;

Outro ponto a ser considerado, é a utilização de dois baldes de cores diferentes, quando a limpeza estiver sendo realizada com rodo e pano de chão. Um dos baldes deve destinar-se à solução e o outro, para a água limpa de enxágue;

Além disso, separar também os panos para as diferentes superfícies e áreas, por exemplo: flanela branca para móveis e flanela azul para pias, vaso sanitário etc.;

E importante que, ao se utilizar o Mop seco para limpeza de pisos, lembrar-se de não levantar o mesmo durante o procedimento de limpeza, com o objetivo de não provocar a dispersão das partículas de pó no ambiente.

Proteção do executor

O executor da limpeza deve sempre utilizar o uniforme básico incluindo: roupas, luvas de borracha, sapatos impermeáveis com meias e proteção de cabelo.

Este uniforme básico deve ser utilizado somente no horário de trabalho, devendo ser retirado no vestiário após o plantão, onde o profissional deve tomar um banho completo.

Além destes cuidados, ao limpar um isolamento ou área específica o executor deverá utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) adequado: máscaras comuns e especiais, óculos, aventais, vestimenta cirúrgica etc.

Proteção do ambiente

Além da execução da limpeza, o executor deverá atentar-se para não tocar em locais como maçanetas de portas, parapeitos e grades de segurança com a luva utilizada durante o procedimento de limpeza.

Outro cuidado com o ambiente é a recomendação de nunca utilizar a varrição seca nas área internas do ambiente hospitalar, relacionadas ao atendimento de pacientes, pois esta atitude favorece a dispersão de microrganismos que podem estar sendo veiculados junto com as partículas de pó. Portanto, somente a varrição úmida é permitida dentro dos hospitais.

A higienização nos hospitais é alcançada mediante os procedimentos de limpeza, desinfecção e/ou descontaminação.

- **LIMPEZA:** É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica manual. Deve ser realizada primeiramente antes dos processos de desinfecção.
- **DESINFECÇÃO**: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.

DESCONTAMINAÇÃO: É a remoção de materiais orgânicos de uma superfície, aplicando solução desinfetante diretamente sobre o agente contaminante.

PROCESSO DE LIMPEZA	DESCRIÇÃO
Tirar o pó	Passar flanela seca.
Limpar	Passar mop água e/ou pano umedecido em detergente e/ou desinfetante nos pisos. Passar flanela umedecida em desinfetante nas superfícies de móveis, paredes e portas.
Lavar	Aplicar solução detergente e/ou desengraxante através de escova, enceradeira, mop água, lavadora automática de pisos e/ou máquina de alta pressão, enxaguar e enxugar.
Lustrar	Lustrar o piso através de enceradeira. Lustrar móveis, revestimentos e metais com flanela seca e produtos adequados.
Encerar	Lavar com detergente, removendo a cera velha, aplicando em seguida nova camada de cera, apropriada ao tipo de piso.
Varrer	Varrer com os diferentes tipos de vassouras ou mop pó.
Aspirar Superficialmente	Aspirar superficialmente todas as áreas acarpetadas com aspirador de pó e/ou vassoura mágica.
Aspirar Profundamente	Aspirar todas as áreas acarpetadas com aspirador de pó, afastando móveis e Objetos dos cantos para otimização do trabalho.
Recolher lixo	Recolher detritos com o auxílio de luvas em sacos plásticos e/ou carrinhos e transportá-los ao local apropriado.
Abastecer	Abastecer os sanitários com: papel higiênico, papel toalha, sabão líquido e sacos plásticos.
Conservar	Manter o local limpo e seco.
MÓVEIS, DIVISÓRIAS E OBJETOS EM GERAL	
Madeira Natural e Encerada	Retirar o pó utilizando pano de limpeza em todos os lados. Colocar uma pequena quantidade de lustra-móveis em pano de limpeza e aplicá-lo no objeto a ser limpo.

	Dar polimento com flanela em todos os lados.
Madeira Envernizada	Retirar o pó utilizando pano de limpeza em todos os lados. Umedecer o pano de limpeza em água e passá-lo no objeto a ser limpo. Deixar secar por completo. Dar polimento com flanela por todos os lados.
Euraplac, Duraplac e Fórmica.	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar a fibra de limpeza branca com suporte limpa tudo, umedecida em detergente neutro no objeto a ser limpo. Passar no objeto pano de limpeza umedecido em água. Deixar secar por completo. Dar o polimento com flanela em todos os lados.
Metais não Revestidos	Retirar o pó utilizando pano de limpeza umedecido em detergente neutro em todos os lados. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Limpar o excesso com pano. Dar polimento com flanela.
Metais Inox e Cromado	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar o pano de limpeza umedecido e/ou outro produto adequado por toda a superfície do objeto. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Limpar o excesso com pano. Dar polimento com flanela.
Metais Esmaltados, Acrílicos, Plásticos e Fibra de Vidro.	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Umedecer a fibra de limpeza branca no Veja Multiuso, passar no objeto começando pela parte inferior e seguir até a parte mais alta. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Dar polimento com flanela.

Vidros	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar a luva de limpeza com suporte limpa-vidro, umedecida em Vidrex na superfície a ser limpa. Dar polimento com flanela em todos os lados.
Carpete	Retirar o pó utilizando aspirador. Retirar manchas com utilização do removedor de manchas.

PAREDES, COLUNAS E FORRO	
Remoção de Manchas	Passar pano de limpeza na área manchada para retirar o pó. Umedecer a fibra de limpeza branca no detergente neutro e passar sobre a superfície manchada. Passar pano umedecido em água onde foi aplicado o detergente. Secar com pano de limpeza seco.
Limpar/Lavar	Limpeza das grelhas de ar-condicionado com panos umedecidos em Veja Multiúso. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. (Não permitir secagem da solução na parede.)

PISOS DUROS	
Lavação	Recolher os detritos maiores com vassouras de pelo e pá automática. Retirar pó com mop pó utilizando o movimento serpentina. Espalhar detergente removedor com mop água o suficiente para não secar durante o tempo de aplicação, agir por cinco minutos aproximadamente. Lavar os cantos e rodapés com suporte limpa-tudo e fibra de limpeza preta ou verde-escuro. Recolher o detergente do piso com mop água. Esperar o piso secar por completo.
Enceramento	Com o piso limpo passar o mop água levemente umedecida em água. Esperar o piso secar por completo. Espalhar a cera no piso com mop água. Deixar o piso secar por completo e, caso necessário, aplicar nova camada. Dar o polimento utilizando enceradeira com o disco branco. Dar o polimento nos cantos utilizando o suporte limpa-tudo e fibra de limpeza branca.

SANITÁRIOS E VESTIÁRIOS

- ✓ Vasculhar o teto com vassouras limpa teto.
- ✓ Remover sujeira visível nos ralos de pias e mictórios.
- ✓ Esfregar os azulejos com suporte limpa tudo e fibra verde, de baixo para cima e deixar o detergente agir.
- ✓ Esfregar os rejuntes dos azulejos com escova lava tanque.
- ✓ Enxaguar as paredes.
- ✓ Lavar interna e externamente as pias com fibra branca.
- ✓ Lavar as torneiras, registros, válvulas, saboneteiras e tubulações.
- ✓ Enxaguar as superfícies e outros aparelhos lavados.
- ✓ Lavar internamente os vasos sanitários com escova lavatina.
- ✓ Dar descarga até que toda a água seja trocada.
- ✓ Lavar externamente o vaso, assento, tampa e válvulas.
- ✓ Enxaguar e secar.
- ✓ Lavar os cestos de papéis com escova e detergente, enxaguar e secar.
- ✓ Limpar o piso utilizando mop-água e/ou enceradeira com disco verde ou preto.
- ✓ Lavar os ralos com escova lavatina e produto Multiuso.
- ✓ Espalhar desinfetante com mop-água, o bastante para não secar durante o tempo de aplicação. Deixar agir por cinco minutos.
- ✓ Lavar os cantos e rodapés com os suportes limpa tudo e fibra de limpeza verde.
- ✓ Lavar o piso com enceradeira e disco verde ou preto.

Especificações dos Processos de Limpeza

- Recolher o detergente do piso com mop-água conjunto duplo.
- Enxaguar os ralos.
- Enxaguar o piso com mop-água até a água ficar limpa.
- Secar o piso com mop-água.
- Borrifar odorizador pelo ambiente.
- Limpar os espelhos com pano umedecido em detergente.
- Secar com pano limpo.
- Secar as paredes, vasos, tampas e pias com pano limpo.
- Polir as torneiras e metais com flanela.
- Recolocar o papel toalha, papel higiênico e cesto de lixo nos seus devidos lugares.

- Abastecer dispensadores com material de toalete, caso necessário.
- Tirar manchas das portas dos dois lados com pano úmido.
- Limpar os batentes com pano úmido em todos os lados.
- Limpeza das divisórias dos vasos sanitários com produto Multiuso.

Procedimentos de higienização

Os procedimentos de Higiene a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente:

- Habilitar os profissionais de Higiene para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas críticas semicrítica e não crítica;
- Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de higienização, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
- Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;
- Não manusear lentes de contato durante o desempenho das atividades de trabalho;
- Não consumir alimentos e bebidas durante as atividades de trabalho;
- Não guardar alimentos em locais não destinados para esse fim;
- Não fazer uso de calçados abertos;
- Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas;
- Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área antes dos procedimentos de Higiene;
- Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para frente e de dentro para fora;
- Realizar a coleta de resíduos pelo menos, três vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. Os resíduos deverão ser transportados em carro próprio,

impermeável, com cantos arredondados, sem emendas na sua estrutura; fechado com tampa, lavável, com dreno para escoamento de líquidos após a lavagem e identificado com o símbolo específico para cada tipo de resíduo;

- Usar luvas, panos de limpeza, cabeleiras e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
- Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mops, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes etc.) nas salas de utilidades indicadas, segundo procedimento específico, ou no mínimo, diariamente;

Classificação das áreas de Atuação

Área crítica
São áreas que oferecem maiores riscos de transmissão de infecção, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos de risco, onde se encontram pacientes imunodeprimidos, ou aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de micro-organismos patogênicos. Ex: CC, CCO, UTI, laboratórios, Agência Transfusional, Banco de Sangue.
Área semi crítica
São áreas onde o risco de transmissão de infecção é baixo, por não haver procedimentos invasivos. Ex: ambulatórios médicos, quartos e enfermarias.
Área não-crítica
São todas as demais áreas, que não são ocupadas por pacientes.

Frequência procedimento de limpeza terminal programada

CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUÊNCIA DE LIMPEZA TERMINAL – Conforme cronograma terminal anual
ÁREAS CRÍTICAS	Semanal
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	Quinzenal
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	Mensal
ÁREAS COMUNS	Conforme estabelecido no Cronograma anual

Frequência procedimento de limpeza concorrente

CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUÊNCIA MÍNIMA
ÁREAS CRÍTICAS	3x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	2x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	1x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS COMUNS	1x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS EXTERNAS	2x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.

Frequência procedimento de limpeza terminal programadaCLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUÊNCIA DE LIMPEZA TERMINAL
ÁREAS CRÍTICAS	Semanal
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	Quinzenal
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	Mensal
ÁREAS COMUNS	Conforme estabelecido no Cronograma anual

PRODUTOS QUÍMICOS – HOSPITALARES

A definição e aquisição dos produtos químicos devem ser colegiadas, buscando trazer para a Instituição o CUSTO x BENEFÍCIO mais adequado e seguro.

PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES SOBRE SANEANTES HOSPITALARES

LEGISLAÇÃO					EMENTA
Resolução 16/8/2010	RDC	ANVISA	34	de	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para produtos desinfetantes.
Resolução 16/8/2010	RDC	ANVISA	35	de	Dispõe sobre Regulamento Técnico para produtos com ação antimicrobiana usados em artigos críticos e semicríticos.
Resolução 17/12/2010	RDC	ANVISA	59	de	Dispõe sobre procedimentos e requisitos técnicos para a notificação e o registro de produtos saneantes e dá outras providências.

Resolução 04/7/2011	RDC	ANVISA	30	de	Substitui a lista de substâncias de ação conservante permitidas para produtos saneantes.
Resolução RDC nº 31, de 4 de julho de 2011Resolução RDC/Anvisa 55 de 14/11/2012Resolução-RDC/Anvisa N° 109, de 6 de setembro de 2016					Dispõe sobre a indicação de uso dos produtos saneantes na categoria "Esterilizante", para aplicação sob a forma de imersão, a indicação de uso de produtos saneantes atualmente categorizados como "Desinfetante Hospitalar para Artigos Semicríticos" e dá outras providências.
					Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências.
					Dispõe sobre regulamento técnico para produtos saneantes categorizados como alvejantes à base de hipoclorito de sódio ou hipoclorito de cálcio e dá outras providências.

Fonte: ANVISA

De acordo com o programa do Ministério da Saúde (MS), os tipos de produtos químicos utilizados em limpeza de superfícies fixas ou inanimadas do ambiente hospitalar são:

- **Produtos detergentes:** São produtos que contem em sua formulação tenso ativos que tem a finalidade de limpar através da redução da tensão superficial (umectação), dispersão e suspensão da sujeira.
- **Produtos desinfetantes:** São formulações que tem na sua composição substâncias microbicidas e apresentam efeito letal para os microrganismos não esporulados; podem ser utilizados na presença de matéria orgânica visível em qualquer superfície inanimada ou fixa do ambiente hospitalar.

Produtos que limpam e desinfetam em uma única etapa, sem necessidade de enxágue, contribuem diretamente com a melhoria da produtividade, reduzindo o tempo do procedimento de limpeza em cada área.

EQUIPAMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO



Contratação Empresa Especializada em Higienização Hospitalar – 12 meses;
Fornecimento:

Mão de obra especializada;

Fornecimento de descartáveis (saco de lixo branco/infectante, preto/comum, vermelho/fluídos corpóreos);

Insumos e dispensers: papel toalha, papel higiênico, sabonete, álcool gel);

Conteiners para coleta interna de resíduos comum e infectante com capacidades de 340 litros;

Maquinários para higienização de piso;

Produto químico conforme validação da CCISS;

Diluidores químicos.

Controle de Pragas

O controle de pragas em um ambiente hospitalar não é uma tarefa fácil, uma vez que se trata de um lugar que está em constante atividade, faz uso diversos recursos que não podem ser contaminados ou danificados no processo de eliminação das infestações, além da presença dos pacientes, muitas vezes extremamente fragilizados e, portanto, mais propensos a contrair algum tipo de infecção.

As pragas que infestam hospitais são as mesmas que ocorrem em outros edifícios. São elas: baratas, ratos, formigas, moscas, pulgas e afins; sendo que o principal problema da presença desses animais em um espaço clínico reside no fato de que são agentes disseminadores mecânicos e/ou biológicos de doenças infectocontagiosas causadas por protozoários, vírus, bactérias e outros microrganismos, além de prejudicarem as condições de esterilização de equipamentos e ambientes.

A incidência de pragas depende não somente da higiene e limpeza do local, mas também da sua localização e manutenção. Umo Hospital localizado, por exemplo, às margens de um

rio no qual é frequentemente despejado esgoto, ou ainda próximo a instalações industriais, pode ter uma higienização adequada em suas instalações, entretanto, se seus vizinhos não necessariamente seguirem os mesmos princípios, acabam por ocasionar a migração de ratos, baratas e semelhantes de uma instalação para a outra; ou seja, os bons cuidados dentro do Hospital não impedem que as pragas de outros ambientes venham habitar o local.

Seja a infestação de origem interna ou externa ao ambiente hospitalar, para que o problema possa ser diagnosticado e devidamente controlado, a sugestão de Oliveira é que todo o estabelecimento seja monitorado periodicamente, sendo que as estratégias de controle devem ser aplicadas de acordo com o local e com o tipo de infestação observada. No entanto, ainda que a origem da infestação seja principalmente externa, as medidas de higiene dentro das instalações clínicas ajudam a minimizar o problema.

Tendo em vista que determinadas áreas são mais propensas a desenvolverem uma infestação em relação a outras, há uma periodicidade recomendada para melhor eficiência na identificação e controle dos insetos.

É importante, contudo, lembrar que estas são sugestões. São elas:

- Mensalmente, áreas críticas como cozinhas, copas, despensas e redes de esgoto devem ser desinsetizadas;
- Áreas de cuidados com os pacientes como enfermarias, apartamentos, centros cirúrgicos, CTIs, Pronto Socorro e consultórios médicos devem ser inspecionados quinzenalmente,
- Setores administrativos devem passar por inspeção a cada dois meses.
- O controle citado acima é, na maioria das vezes, realizado com os materiais menos agressivos possíveis, como géis baraticidas e formicidas, ratoeiras, entre outros. Se por alguma eventualidade for necessário um controle químico mais eficiente no ambiente hospitalar, certas medidas devem ser tomadas visando garantir a segurança de todas as pessoas envolvidas ativa ou passivamente no processo, tais como:
- Ações de controle químico devem ser de conhecimento da Diretoria Administrativa, que, por sua vez, informará aos setores os horários e locais que serão desinsetizados ou desratizados;
- É indispensável a prescrição do produto em formulário próprio, com o devido detalhamento do processo de aplicação pelo referido responsável técnico.



Planejamento – Controle de Pragas	
Contratação Empresa Especializada em Controle Integrado de Pragas conforme RDC 18 e RDC 52	Visitas semanais para combate preventivo às pragas.

ÁREA DE QUALIDADE

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT :

Conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

SERVIÇOS DE FARMÁCIA:

Deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – SND:

O Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

SERVIÇO DE LAVANDERIA:

a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – CME:

A CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

12.3.2 Planejamento Estratégico – Diretoria Adminstrativa E Financeira

1. OBJETIVO

Facilitar a tomada de decisões; distribuindo com racionalidade os recursos; ampliando a margem de eficiência e eficácia. Estimular necessidades futuras (tendências); com a garantiada equidade na oferta de serviços eatender as reais necessidades do usuário.

2. DEFINIÇÕES

Planejar:processo contínuo de tomada de decisões; organização sistemática do esforço para efetivá-las; medir os resultados face às expectativas através de sistema organizado de feedback.

Estratégia:ações com alinhamento-direção; saber aonde se vai; saber com quem se vai; o importante é saber quem são as pessoas que estão com você, compartilham sua paixão e determinação, com flexibilidade mental para se adaptar sempre que necessário.

Planejamento Estratégico:é tido como ferramenta gerencialde direcionamento e condução da organização em seu caminhar para a autossustentabilidade e perenidade. Considerando as organizações como sistemas abertos e em constante interação com o ambiente, torna-se necessário pensar antes de agir, sistematicamente e com método. Explicar cada uma das possibilidades e analisar suas vantagens e desvantagens; propor objetivos". MATUS (1976); é um processo gerencial que permite ao administrad estabelecer o rumo da empresa para otimização de sua relação com o ambiente. (OLIVEIRA, 2006).

3. APLICAÇÃO

Todos os setores do Hospital.

4. RESPONSABILIDADES

Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. JUSTIFICATIVA

- O Gerenciamento da área de saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização. A administração de hospitais constitui-se numa especialidade complexa e peculiar da administração, por envolver recursos humanos e procedimentos muito diversificados. Compreender a atividade hospitalar como um negócio e equilibrar esse conceito com a função social do hospital exige uma questão empresarial ética, competente e desafiadora, adaptarohospitalaonovoparadigmadaqualidadeéquestãodesobrevivência;
- Frente a esse cenário, os serviços de saúde, que se encontravam nesse movimento de expansão, envolveram-se com iniciativas de qualidade;

- O HERSO é um hospital Geral de Média e Alta Complexidade, de demanda regulada e/ou referenciada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), conforme classificação de risco, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.
- A unidade contempla atendimento ambulatorial, emergências/urgências e internações que demandam serviços SADT incluindo Tomografia Computadorizada, , , Raio-X, , Eletrocardiograma e CPRE;

Nossa definição de negócio considerou o foco no usuário do SUS, considerando a saúde como um direito fundamental do ser humano que deve ser trabalhada de forma humanizada, dentro da criação de valor para todas as partes interessadas, fundamentada na promoção do conhecimento.

6. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

Missão: "Ser um hospital Geral, de esfera pública, que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência/emergência e SADT, de demanda espontânea e referenciada, em alta e média complexidade, promovendo assistência de qualidade, humanizada, segura e respeitosa."

Visão: "Ser referência regional em resolubilidade terapêutica hospitalar, tornando-se um padrão de excelência em atenção hospitalar."

Valores:

- Ética;
- Humanização;
- Transparência;
- Compaixão;
- Segurança do paciente;
- Resolutividade;
- Responsabilidade;
- Excelência em gestão.

7. ANÁLISE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Negócio: "Gestão de Negócios em Saúde".

Intenção Estratégica: Introjetar os valores eficácia, eficiência e efetividade, considerando as seguintes características:

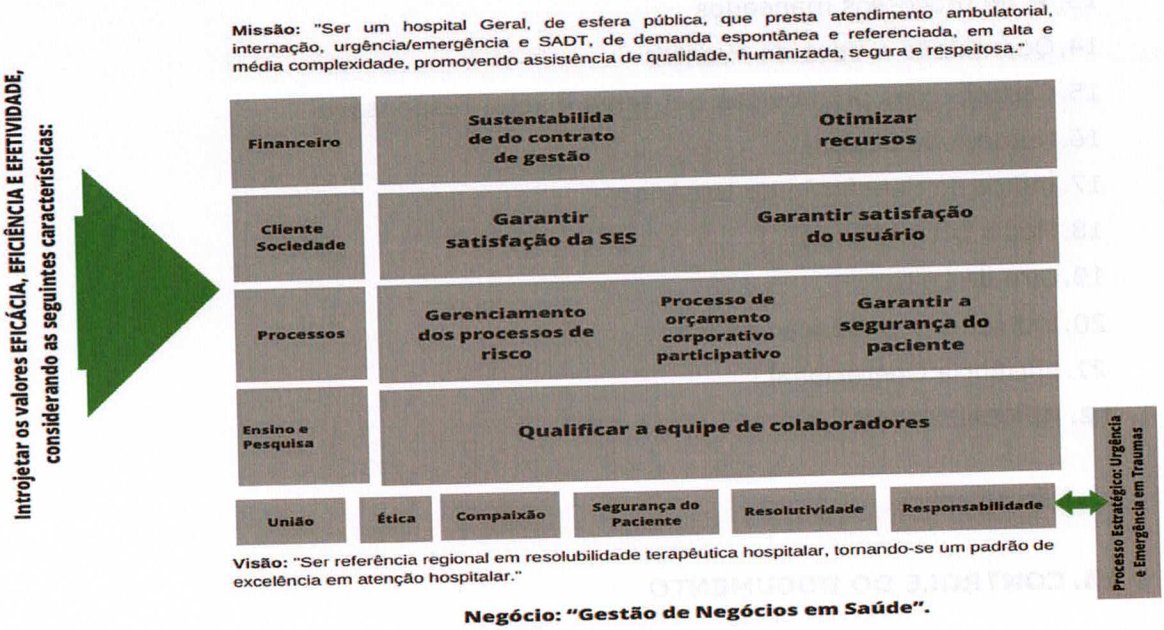
- humanizar em todos os momentos;
- qualidade percebida;
- qualidade atestada;
- infraestrutura e tecnologia sempre disponíveis;
- análise de desempenho com cumprimento de metas.

8. RESULTADOS DESEJADOS

Conjunto de resultados desejados quantitativos e/ou qualitativos que a empresa precisa alcançar. Funcionalmente os objetivos precisam ser transformados em metas, que são fragmentos de um objetivo.

PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Clientes/ Sociedade	Atender as necessidades dos Clientes	Garantir satisfação do usuário
		Garantir satisfação da SES
Financeiro		Sustentabilidade do contrato de gestão

	Manter o equilíbrio financeiro	Otimizar recursos
Processos	Aprimorar constantemente os processos	Gerenciamento dos processos de risco
		Processo de orçamento corporativo participativo
		Garantir a segurança do paciente
Ensino e pesquisa	Buscar crescimento constante	Qualificar a equipe de colaboradores



9. TAREFAS CRÍTICAS

- Avaliar o Planejamento Estratégico a cada 3 meses;
- Desdobramento do Plano de Ação;
- Monitorar por meio de cronograma de reuniões.

10. MATERIAIS UTILIZADOS

Rede local de computadores – INTRANET.

11. INDICADORES ESPECIAIS

1. Pesquisa de satisfação do usuário
2. Investimentos
3. Índice de resultado financeiro/meta
4. Total de internações mês
5. Análise da capacidade de internação/Número de saídas

6. Média de permanência
7. Taxa de ocupação hospitalar
8. Atendimento Urgência/Emergência
9. Procedimentos Cirúrgicos
10. Atendimento Ambulatorial – Consultas Médicas
11. Quantitativo de Serviço de Apoio diagnóstico terapêutico – SADT
12. Taxa de mortalidade global
13. % de processos mapeados
14. Quantidade e tipos de eventos
15. Capacitações promovidas por tema e setor responsável
16. Número de saídas;
17. Índice de Satisfação do Usuário;
18. Média permanência;
19. Giro de Leito;
20. Índice de substituição do leito;
21. Eficiência Operacional.

12. REFERÊNCIAS

Não se aplica.

13. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

12.4 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares

Considerações Gerais

A Padronização de Medicamentos e materiais hospitalares é definida como um processo contínuo, interativo, multidisciplinar e participativo, que determina e assegura os níveis de acesso aos medicamentos necessários ao sistema de saúde.

O processo baseia-se em critérios científicos e econômicos, e fornece elementos necessários ao uso racional de medicamentos.

Objetivos da Padronização de Medicamentos e materiais hospitalares:

- Implantar políticas de utilização de medicamentos com base em correta avaliação, seleção e emprego terapêutico no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO e a nível ambulatorial.
- Promover a atualização e reciclagem em temas relacionados à terapêutica médica.
- Reduzir custos, visando obter a disponibilidade dos medicamentos essenciais à cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes.

Importância da Padronização de Medicamentos:

- Pelo fato de existir um número muito grande de produtos similares e do lançamento de novos produtos - muito dos quais não apresentam vantagens em relação aos já existentes no mercado, a padronização proporciona ao sistema de saúde benefícios econômicos, administrativos e terapêuticos.

VANTAGENS EM TER UMA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

- Benefício terapêutico;
- Disciplina o receituário médico - uniformização da terapêutica e obediência ao protocolo;
- Aumenta a qualidade da farmacoterapia;
- Facilita a farmacovigilância;

- Melhora a qualidade da utilização, administração, informação e controle de medicamentos;
- Reduz o custo da terapêutica sem prejuízos para segurança e efetividade do medicamento;
- Otimiza o ciclo logístico (planejamento, aquisição, armazenamento e dispensação);
- Racionaliza o número de medicamentos, como consequência, redução dos custos com aquisição.

CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PARA A ADEQUADA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Considerar as necessidades epidemiológicas da população atendida;
- Incluir medicamentos de comprovada eficácia, baseando-se em ensaios clínicos controlados que demonstrem efeito benéfico à espécie humana;
- Eleger, dentre os medicamentos de mesma indicação e eficácia, aquele de menor toxicidade relativa, menor custo de tratamento e maior comodidade posológica;
- Escolher, sempre que possível, dentre medicamentos de mesma ação farmacológica, um representante de cada categoria química ou com característica farmacocinética diferente ou que possua característica farmacológica que represente vantagem no uso terapêutico;
- Evitar a inclusão de associações fixas, exceto quando os ensaios clínicos justificare. o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior que a soma dos efeitos dos produtos individuais;
- Priorizar formas farmacêuticas que proporcionem maior possibilidade de fracionamento e adequação a faixa etária;
- Realizar a seleção de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, verificando a ecologia hospitalar quanto aos microorganismos prevalentes, padrões de sensibilidade, selecionando aqueles antimicrobianos que permitam suprir as necessidades terapêuticas;

- Reservar novos antibióticos para o tratamento de infecções causadas por microorganismos resistentes a antibióticos padrões, ou para infecções em que o novo produto seja superior aos anteriores, fundamentado em ensaios clínicos comparativos;
- Utilizar sempre a Denominação Comum Brasileira (DCB).

INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

As solicitações de inclusão de medicamentos na Padronização do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO deverão ser feitas através do preenchimento do formulário apropriado, encaminhado para avaliação do Diretor Médico e da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , acompanhado de referências bibliográficas de origem reconhecida e independente, confirmando suas justificativas e mostrando:

- Eficácia/segurança do medicamento em questão (para os casos em que não há similar ou equivalente padronizado);
- Vantagens terapêuticas (para casos em que já exista similar ou equivalente padronizado, destinado ao mesmo fim).

EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

Critérios:

- Medicamentos que tiveram sua comercialização proibida ou descontinuada por órgãos competentes;
- Medicamentos que poderão ser substituídos com vantagens, quando da inclusão de outro fármaco;
- Consumo, em período considerado, que não justifique a padronização
- Comissão de Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares

DESCRIÇÃO DA FINALIDADE

A Comissão de Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares é uma comissão permanente, de assessoramento e de orientação normativa, estando operacionalmente vinculada a Direção Técnica do Hospital Estadual de Santa Helena de

Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , que tem por finalidade analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais, Terapêutica e equipamentos utilizados dentro do Hospital , garantindo que tudo o que é utilizado no Hospital está dentro do que é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Entende-se por Material Médico-Hospitalar, os artigos de consumo implantáveis, órteses, próteses, artigos descartáveis, produtos químicos, instrumental médico cirúrgico de pequeno porte, e todo aquele que porventura forem utilizados e seguirem com o paciente ou forem descartados após o uso.

Considerar-se á material permanente todo aquele que tiver como característica a perenidade e que possa em razão de sua estrutura receber no seu corpo placa de número de Patrimônio estando dentro deste conceito como exemplo, móveis, automóveis, computadores, aparelhos médicos, etc.

A comissão Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares visas identificar e simplificar, reduzindo variedades eliminando excessos e conseguindo economicidade. A diversidade em relação aos tipos, qualidade e ao grande número de fornecedores e fabricantes de materiais hospitalares, dificulta a escolha, o controle de qualidade e administração destes, acarretando aumento de custo.

Vários segmentos têm-se preocupado com o estabelecimento de atividades que proporcionem o uso racional de medicamentos na unidade de saúde. A política do uso racional de medicamentos deve ser implementada por uma elaboração de revisão de un. padronização de medicamentos. O processo de seleção de medicamentos no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO deve cumprir o objetivo de assegurar uma terapêutica racional, eficiente e de baixo custo.

GUIA DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

APRESENTAÇÃO

O serviço de Farmácia do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO tem sob sua responsabilidade atividades administrativas e clínico-assistenciais, visando o uso racional de medicamentos para a redução de custos e eventos adversos. A farmácia conta com a presença de profissionais qualificados para atingir bons resultados com um planejamento adequado, mecanismos de controle eficientes, recursos humanos e uma política de gestão dos recursos materiais, contando com a visão e propostas atualizadas de trabalho, capazes de detectar e satisfazer as necessidades do HERSO em relação à assistência farmacêutica.



A assistência farmacêutica abrange desde o abastecimento, a conservação, a garantia da qualidade da utilização dos produtos farmacêuticos, a obtenção e a difusão de informações, a educação continuada dos profissionais da saúde e do paciente para assegurar o uso racional de medicamentos.

Medicamentos padronizados são aqueles adquiridos de forma planejada e estão disponíveis na farmácia para uso imediato, conforme análise e aprovação prévia pela CFT.

OBJETIVOS

- Racionalizar o uso de medicamentos;
- Garantir que a lista de medicamentos padronizados atenda as principais demandas Institucionais;
- Adquirir produtos com qualidade e valor terapêutico comprovados;

- Reduzir a compra de medicamentos não-padronizados que passam por um processo demorado e oneroso à Instituição.

CRITÉRIOS

- Evitar a multiplicidade de princípios ativos padronizados com a mesma finalidade (a inclusão de um medicamento deve estar atrelada à possibilidade de exclusão de um medicamento de mesma classe terapêutica anteriormente padronizado);
- Evitar, sempre que possível, as associações medicamentosas e as formas farmacêuticas de liberação prolongada, com exceção dos casos em que haj vantagens terapêuticas comprovadas;
- Padronizar formas farmacêuticas e apresentações, considerando a comodidade de administração ao paciente, faixa etária, facilidade para cálculo da dose, fracionamento ou multiplicação das doses;

PADRONIZAÇÃO DE CORRELATOS E MEDICAMENTOS

A Comissão de Padronização de Correlatos e Medicamentos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO apresenta o "Guia de Padronização de Medicamentos" desta instituição.

Esta versão está disponível no modelo impresso em todas as unidades de internação e na "área de trabalho" de todos os computadores do HERSO estando acessível a todos os profissionais que atuam na instituição e tem por finalidade, orientar a escolha, a prescrição e a dispensação de medicamentos de forma racional e segura para o paciente.

O "Guia de Padronização de Medicamentos" a partir dessa versão será atualizada a cada dois anos.

Vale ressaltar que a relação dos medicamentos padronizados está apresentada por especialidade médica e segundo sua classificação terapêutica, conforme classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), o qual é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além da listagem dos medicamentos, esse guia disponibiliza as orientações para solicitação de medicamentos não padronizados e requisitos para solicitar a alteração

desta relação como inclusão, substituição ou exclusão e outras de interesse assistencial e diretivo.

Destacamos ainda que esse guia apresenta uma relação que evoluirá e poderá ser modificada ao longo do tempo conforme os avanços científicos da prática médica e está sempre disponível para as alterações que se fizerem necessárias e as solicitações podem ser entregues na farmácia em qualquer horário para serem encaminhadas aos cuidados da comissão.

ESPECIALIDADES

ANESTESIOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANESTÉSICOS LOCAIS		
Cloridrato de Bupivacaína	Frasco/Ampola 0,5% 20 mL	Neocaína
Cloridrato de Bupivacaína + Epinefrina 1:200.000	Frasco/Ampola 0,5% 20 mL	Neocaína
Cloridrato de Bupivacaína + Glicose 8%	Ampola 0,5% + 8% 4 mL	Neocaína
Cloridrato de Lidocaína	Frasco/Ampola 2% 20 mL	Xylestesin
	Frasco Nebulizador 10% 50 mL (aerossol)	Xylestesin spray
	Tubo gel 2% 30 g	Xylestesin gel
Cloridrato de Lidocaína + Epinefrina 1:200.000	Frasco/Ampola 2% 20 mL	Xylestesin c/ vaso
Cloridrato de Ropivacaína	Frasco/Ampola 10 mg/mL 20 mL	Naropin
ANESTÉSICOS GERAIS		
Alfentanila	0,544 mg/mL ampola 5 mL	Rapifen
Cloridrato de Cetamina	Ampola 50 mg/ mL 2 mL	Clortamina
Citrato de Fentanila	Ampola 78,5* µg/mL 2 mL *: Equivalente a 0,05 mg/mL de Fentanila	Fentanil
Citrato de Sufentanila	Ampola 5 mg/ mL 2 mL	Sufenta
Cloridrato de Remifentanila	Frasco-Ampola 2 mg	Ultiva
Propofol	Ampola 10 mg/mL 10 mL	Provive/ Propovan
Sevoflurano	Frasco Solução p/ inalação 250 mL	Sevorane/ Sevocris

Tiopental sódico	Frasco/Ampola pó 1 g	Thiopentax
BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES		
Besilato de Cisatracúrio	Ampola 2 mg/mL 5 mL	Nimbium
Brometo de Pancurônio	Ampola 2 mg/mL 2 mL	Pancuron
Cloreto de Suxametônio	Frasco/Ampola pó 100 mg	Quelicin
	Frasco/Ampola pó 500 mg	Quelicin
SEDATIVOS		
Dexmedetomidina	Frasco/Ampola 100 µg/mL 2 mL	Precedex
Fenobarbital	Comprimido 100 mg	Gardenal
	Frasco 40 mg/mL solução oral 20 mL	Gardenal
	Ampola 100 mg/mL 2 mL	Gardenal
Midazolam	Ampola 5 mg/mL 3 mL	Dormonid
	Frasco 2 mg/mL gotas 10 mL	Dormonid
Nitrazepam	Comprimido 5 mg	Sonebon
CARDIOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
AGONISTAS ADRENÉRGICOS		
Cloridrato de Dobutamina	Ampola 12,5 mg/mL 20 mL	Dobutrex
Cloridrato de Dopamina	Ampola 5 mg/ mL 10 mL	Revivan
Cloridrato de Etilefrina	Ampola 10 mg/mL 1 mL	Efortil
Sulfato de Efedrina	Ampola 50 mg/ mL 1 mL	Efedrin
Epinefrina	Ampola 1 mg/mL 1 mL	Adrenalina
Hemitartarato de Norepinefrina	Ampola 2 mg/mL 4 mL	Levophed
Vasopressina	Ampola 20 UI/mL 1 mL	Encrise
AGONISTAS ALFA-2 ADRENERGICOS		
Clonidina	Comprimido 0,100 mg	Atensina
ANTIARRÍTMICOS		
Adenosina	Ampola 3 mg/mL 2 mL	Adenocard
Cloridrato de Amiodarona	Comprimido 100 mg	Ancoron

	Ampola 50 mg/mL 3 mL	Ancoron
Cloridrato de Propranolol	Comprimido 40 mg	Propranolol
BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS		
Atenolol	Comprimido 25 mg	Atenolol
Carvedilol	Comprimido 3,125 mg	Divelol
Cloridrato de Propranolol	Comprimido 10 mg	Propranolol
Tartarato de Metoprolol	Ampola 1 mg/mL 5 mL	Seloken
BLOQUEADOR DE CANAL DE CÁLCIO		
Nifedipino	Comprimido 10 mg	Adalat
DIURÉTICO DE ALÇA		
Furosemida	Comprimido 40 mg	Lasix
	Ampola 10 mg/mL 2 mL	Lasix
DIURÉTICO INIBIDOR DA ANIDRASE CARBÔNICA		
Acetazolamida	Comprimido 250 mg	Diamox
DIURÉTICO OSMÓTICO		
Solução de Manitol a 20%	Bolsa solução Injetável 250 mg/mL 250 mL	Manitol
DIURÉTICO POUPADOR DE POTÁSSIO		
Espironolactona	Comprimido 25 mg	Aldactone
DIURÉTICO TIAZÍDICO		
Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg	Clorana
GLICOSÍDEOS CARDIOTÔNICOS		
Deslanosídeo	Ampola 0,2 mg/mL 2 mL	Cedilanide
Digoxina	Comprimido 0,25 mg	Digoxina
Milrinona	Ampola 1 mg/mL 10 mL	Primacor
INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA		
Captopril	Comprimido 25 mg	Capoten
Maleato de Enalapril	Comprimido 10 mg	Renitec
Nitroglicerina	Ampola 5 mg/mL10 mL	Tridil
VASODILATADORES		

Cloridrato de Hidralazina	Ampola 20 mg/ mL 1 mL	Nepresol
Alprostadil	20 mcg frasco ampola	Prostavasin
Nitroprussiato de Sódio	Ampola 25 mg/mL 2 mL	Nipride
DERMATOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIBACTERIANO TÓPICO		
Sulfato de Neomicina + Bacitracina	5 mg/g + 250UI/g Tubo 50 g	Nebacetin
ANTI-INFLAMATÓRIO ESTEROIDAL/ ANTIALÉRGICO TÓPICO		
Betametasona + Gentamicina	Tubo 0,5 mg + 1 mg pomada 30 g	Diprogenta
ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO HORMONAL		
Escina + Salicilato de Dietilamônio	Tubo 10 mg/g + 50 mg/g Gel 100 g	Reparil
ANTISSÉPTICO TÓPICO		
Sulfadiazina de Prata	Tubo creme 1% 30 g	Dermazine
PROTETORES DA PELE E MUCOSAS		
Ácidos Graxos Essenciais + Vitamina A e Vitamina E	Frasco 200 mL solução tópica	Dersani
Polihexanida creme de barreira protetora	Tubo 50 gr	Pielsana Dermamon
Polihexanida óleo Dermoprotetor com óleos AGE, Copaíba e Melaleuca	Frasco 100 mL óleo	Pielsana Óleo
Polihexanida aquosa	Frasco 350 mL	Pielsana Aquosa
Polihexanida Gel Dermoprotetor com óleos AGE, Copaíba e Melaleuca	Tubo 100 g gel	Pielsana Gel
Polihexanida + Gaze Rayon embebida com óleos AGE, Copaíba e Melaleuca	Gaze 7,5 x 7,5cm com 3ml de Pielsana	Pielsana Sachê
Óxido de zinco + Retinol (Vitamina A) + Colecalciferol (Vitamina D)	Tubo pomada 135 g	Hipoglós
CURATIVOS		
Curativo Hidroativo impermeável estéril	Curativo 10 x 10 cm (Extra-fino)	Curativo Hidrocolóide
Curativo Filme transparente hipoalergênico	Curativo 05 x 10 cm	Hypafix
Curativo Leukomed IV	Curativo 06 x 08 cm	Curativo

		Leukomed
	Curativo 07 x 09 cm	Curativo Leukomed
Curativo Leukomed T plus	Curativo 08 x 15 cm	Curativo Leukomed
ENDOCRINOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
HORMÔNIOS TIREOIDEANOS		
Levotiroxina Sódica	Comprimido 25 mcg	Puran T4
INSULINAS		
Insulina Humana NPH	Frasco 100 UI/mL 10 mL SC	Humulin N / Novolin N
Insulina Humana Regular	Frasco 100 UI/mL 10 mL	Humulin R / Novolin R
MISCELÂNEA		
Acetato de Desmopressina	Spray nasal 0,1 mg/mL frasco 5 mL	DDAVP
	Solução nasal 0,1 mg/mL frasco 2.5 mL	DDAVP
Ácido Ursodesoxicolico	Comprimido 50 mg	Ursacol
GASTROENTEROLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIEMÉTICOS/ ANTINAUSEANTES/ PROCINÉTICOS		
Bromoprida	Ampola 5 mg/mL 2 mL	Plamet
	Solução Oral 4 mg/mL frasco 20 mL	Plamet
Dimenidrinato 3 mg/mL + Cloridrato de Piridoxina 5 mg/mL + Glicose 100 mg/mL+ Frutose 100 mg/mL	Ampola 1 mL	Dramin
	Ampola 10 mL	Dramin
Cloridrato de Ondansetrona	Ampola 2 mg / mL 2 mL	Zofran
	Comprimido 4 mg	Zofran
Domperidona	Frasco 1 mg/mL suspensão oral 100 mL Comprimido 10mg	Motilium
ANTIESPASMÓDICO		
Butilbrometo de Escopolamina	Ampola 20 mg/mL 1mL	Buscopan
ANTIFISÉTICO		

Simeticona	Frasco emulsão oral 75 mg/mL 15 mL	Luftal
LAXANTES		
Glicerina	Supositório pediátrico	Supositório de Glicerina
Glicerina Enema	Bolsa 120 mg/mL	Clisterol
Lactulose	Frasco xarope 667 mg/mL 120 mL	Lactulona
Óleo Mineral	Frasco 200 mL solução	Nujol
Solução de Manitol 20%	Bolsa 250 mg/mL 250 mL	Manitol
OBSTIPANTES/ PROBIÓTICOS		
Racecadotrila	Sachê 10 mg	Tiorfan
Bacillus clausii	Flaconete 5 mL	Enterogermina
Saccharomyces cerevisae	Envelope 200 mg sachê	Floratil
ANTIÚLCEROSOS		
Cimetidina	Ampola 150 mg/mL 2 mL	Cimetidina
Omeprazol	Cápsula 20 mg	Losec
Omeprazol Sódico	Frasco ampola pó 40 mg	Oprazon
Sucralfato	Flaconete 2 g/10 mL	Sucrafilm
CORANTE		
Metiltionina	Ampola 1% 5 mL	Azul de Metileno
HEMATOLOGIA/ ANGIOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO		
Ácido Acetilsalicílico	Comprimido 100 mg	AAS
ANTIANÊMICOS		
Ácido Fólico	Comprimido 5 mg	Ácido Fólico
Eritropoetina Humana	Ampola 4000 UI/ mL 2 mL	Hemax
Hidróxido de Ferro	Ampola 20 mg/mL 5 mL	Noripurum
Ferropolimaltose	Frasco 400mg/mL gotas 15 mL	Noripurum
ANTICOAGULANTES		

Enoxaparina Sódica	Seringa preenchida 20 mg 0,2 mL Seringa preenchida 40 mg 0,4 ml Seringa preenchida 60 mg 0,6 ml	Clexane
Heparina Sódica	Frasco/ Ampola 5.000 UI/mL 5 mL EV/SC	Heptar
Varfarina Sódica	Comprimido 5 mg	Marevan
EXPANSOR PLASMÁTICO		
Albumina Humana	Frasco solução injetável 20% 50 mL	Albuminar 20%
HEMOSTÁTICOS		
Ácido Épsilon-Aminocapróico	Frasco/ Ampola 1 g Frasco 20 mL (50mg/ml)	Ipsilon
Ácido Tranexâmico	Ampola 50 mg/ mL 5 mL	Transamin
Fitomenadiona (Vitamina K)	Ampola 10 mg/mL 1 mL IM	Kanakion
Octreotida	Ampola 0,1mg/mL 1 mL	Sandostatin
Hemostático absorvível a base de Celulose Oxidada W 913-t	-	Surgicel
IMUNOESTIMULANTE/ FATOR DE CRESCIMENTO HEMATOPOIÉTICO		
Filgrastima	Seringa 300 mcg/mL solução injetável 0,5 mL	Granulokine
TROMBOLÍTICO		
Alteplase	50 mg Frasco/ Ampola 2,3 g pó para solução	Actilyse
INFECTOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIMICROBIANOS, AMINOGLICOSÍDEOS		
Sulfato de Amicacina	Ampola 100 mg/mL solução 2 mL	Novamin
Sulfato de Gentamicina	Ampola 40 mg/mL solução 2 mL	Garamicina
Sulfato de Neomicina + Bacitracina	5 mg/g + 250UI/g Tubo 10 g	Nebacetin
ANTIMICROBIANO, CARBAPENÊMICO		
Meropenem	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1 g	Meronem
ANTIMICROBIANOS, CEFALOSPORINAS 1ª GERAÇÃO		
Cefalexina	Comprimido 500 mg	Keflex
	Frasco 250 mg/5 mL suspensão oral 100 mL	Keflex

Cefalotina Sódica	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1 g	Keflin
ANTIMICROBIANO, CEFALOSPORINA 2ª GERAÇÃO		
Cefuroxima	Frasco pó para solução injetável 750 mg	Zinnat
ANTIMICROBIANOS, CEFALOSPORINAS 3ª GERAÇÃO		
Ceftriaxona	Frasco/ Ampola pó p/ solução injetável 1 g (IM)	Rocefin
	Frasco/ Ampola 1 g (IM e EV)	Rocefin
Cefotaxima	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1 g	Clafordil
ANTIMICROBIANO, CEFALOSPORINA 4ª GERAÇÃO		
Cloridrato de Cefepima	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1 g	Maxcef
ANTIMICROBIANO, LINCOSAMIDA		
Fosfato de Clindamicina	Ampola 150 mg / mL 4 mL	Dalacin
	Comprimido 300 mg	Dalacin
ANTIMICROBIANOS, MACROLÍDIOS		
Claritromicina	Solução oral 125 mg/5 mL frasco 60 mL	Klaricid
	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 500 mg	Klaricid
Azitromicina	Frasco 40 mg/ mL solução oral 15 mL	Zitromax
ANTIMICROBIANOS, MISCELÂNEA		
Cloridrato de Vancomicina	Frasco/ Ampola pó liofilizado para solução injetável 500 mg	Vancomicina
Sulfato de Polimixina B	Frasco/ Ampola pó liofilizado para solução 500.000 UI	Polimixina B
Teicoplanina	Frasco/ Ampola pó liofilizado para solução injetável 200 mg	Targocid
ANTIMICROBIANOS, SULFONAMIDA		
Sulfadiazina	Comprimido 500 mg	Sulfa
ANTIMICROBIANOS, MISCELÂNEA MAIS SULFONAMIDA		
Sulfametoxazol + Trimetoprima	Ampola 400 + 80 mg 5 mL	Bactrim
	Frasco 240 mg/ 5 mL suspensão oral	Bactrim
ANTIMICROBIANOS, PENICILINAS		
Oxacilina	Frasco ampola pó 500 mg	Oxacilina

Penicilina Benzatina	Frasco 1200 UI/mL 4 mL	Benzetacil
Penicilina Potássica + Procaína	Frasco/ Ampola pó 5.000.000 UI	Cristalpen
ANTIMICROBIANOS, PENICILINAS + INIBIDORES BETA-LACTAMASE		
Amoxicilina + Ácido Clavulânico	Frasco/ Ampola pó 1 g + 200 mg pó para solução injetável 10 mL	Clavulin
	Frasco pó 400 mg + 57 mg/ 5 mL Suspensão oral 70 mL	Clavulin
Ampicilina + Sulbactam	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1,5 g	Unasyn
	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 3 g	Unasyn
Piperacilina + Tazobactam	Frasco/ Ampola pó liofilizado 4,5 g	Tazocin
ANTIMICROBIANOS, QUINOLONAS		
Cloridrato de Ciprofloxacino	Comprimido 500 mg	Ciprofloxacino
	Bolsa 2 mg/mL 100 mL	Ciprofloxacino
	Colírio 3,5 mg/mL frasco 5 mL	Maxiflox
ANTIFÚNGICOS		
Cetoconazol	30 g tubo pomada	Nizoral
Fluconazol	Bolsa 2 mg/mL 100 mL	Zoltec
Itraconazol	Comprimido 100 mg	Sporanox
Nistatina	Frasco suspensão oral 100.000 UI / mL 50 mL	Micostatin
	Creme vaginal 25.000 UI/g tubo 60 g	Micostatin
ANTIPARASITÁRIOS		
Albendazol	Comprimido 40 mg/mL frasco 10 mL	Zentel
Ivermectina	Comprimido 6 mg	Revectina
Metronidazol	Bolsa solução injetável 5 mg/mL 100 mL	Flagyl
ANTIVIRAIS		
Aciclovir	Frasco/ Ampola 250 mg	Zovirax
Oseltamivir	Comprimido 30 mg Comprimido 45 mg Comprimido 75 mg	Tamiflu
NEFROLOGIA		

Princípio Ativo	Apresentação	Referência
QUELANTE		
Carbonato de cálcio	Comprimido 500 mg	Os – Cal
NEUROLOGIA/ PSIQUIATRIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANSIOLÍTICOS/ HIPNÓTICOS		
Clobazam	Comprimido 10 mg	Frisium
Clonazepam	Frasco 2,5 mg/mL solução oral 20 mL	Rivotril
Diazepam	Ampola 5 mg/mL 2 mL	Diempax
	Comprimido 10 mg	Valium
Lorazepam	Comprimido 2 mg	Lorax
Midazolam	Ampola 5 mg/mL 3 mL	Dormonid
	Frasco 2 mg/mL gotas 10 mL	Dormonid
Nitrazepam	Comprimido 5 mg	Sonebon
ANTICONVULSIVANTES		
Carbamazepina	Comprimido 200 mg	Tegretol
	Frasco 2% suspensão oral 100 mL	Tegretol
Clonazepam	Frasco 2,5 mg/mL solução oral 20mL	Rivotril
Diazepam	Ampola 5 mg/mL 2 mL	Dienpax
	Comprimido 10 mg	Valium
Fenitoína	Ampola 50 mg/mL 5 mL	Hidantal
	Comprimido 100 mg	Hidantal
Fenobarbital	Comprimido 100 mg	Gardenal
	Frasco 40 mg/mL solução oral 20 mL	Gardenal
	Ampola 100 mg/mL 2 mL	Gardenal
Lamotrigina	Comprimido 100 mg	Lamictal
Levetiracetam	Frasco 100 mg/mL 150 mL	Keppra
Oxicarbazepina	Comprimido 300 mg	Trileptal
	Frasco 6% solução oral 100 mL	Trileptal
Topiramato	Comprimido 50 mg	Topamax

Valproato de Sódio	Frasco 50 mg/ mL solução oral 100 mL	Depakene
Vigabatrina	Comprimido 500 mg	Sabril
NEUROLEPTICOS		
Cloridrato de Clorpromazina	Ampola 5 mg/mL 5 mL	Amplictil
	Frasco 40 mg/mL (4%) solução oral gotas 20 mL	Amplictil
Levomepromazina	Frasco 1 mg/mL 20 mL	Neozine
Periciazina	Frasco 1% gotas 20 mL	Neuleptil
Risperidona	Comprimido 1 mg	Risperdal
ANTIESPÁSTICO		
Baclofeno	Comprimido 10 mg	Lioresal
NUTRIÇÃO		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
REPOSIÇÕES PARENTERAIS		
Cloreto de Potássio	Ampola 15% 10 mL	Cloreto de Potássio
	Frasco 60 mg/mL (6%) xarope 120 mL	Cloreto de Potássio
Glicose	Ampola 50% 10 mL	Glicose
	Frasco sistema fechado a 5% 100 mL Frasco sistema fechado a 5% 250 mL Frasco sistema fechado a 5% 500 mL	Soro Glicosado
Gliconato de Cálcio	Ampola 0,45 mEq/mL 10%	Gliconato de Cálcio
Sulfato de Magnésio	Ampola 50% 10 mL	Sulfato de Magnésio
VITAMINAS/ SUPLEMENTO MINERAL		
Ácido Fólico	Comprimido 5 mg	Ácido Fólico
Ácido Folínico	Frasco 10 mg/mL c/ 60 ml	Ácido Folínico
Carbonato de Cálcio	Comprimido 500 mg	Os – Cal
Complexo Vitamínico (Vitamina A + B1+ B2 + B3 + B5 + B6 + B8 + C + D2 + E)	Frasco 20 mL gotas	Protovit
Vitamina do Complexo B	Ampola 2 mL	Hiplex B
Vitamina C (Ácido Ascórbico)	Ampola 100 mg/mL 5mL	Vitamina C

	Frasco 20 ml gotas	Vitamina C
Hidróxido de Ferro	Ampola 20 mg/mL 5 mL	Noripurum
Ferropolimaltose	Frasco 400mg/mL gotas 15 mL	Noripurum
OBSTETRÍCIA (para os casos atípicos em que alguma gestão for atendida no HERSO)		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ESTIMULANTE UTERINO		
Metilergometrina	Ampola 0,2 mg/mL 1 mL	Methergin
HORMÔNIO HIPOTALÂMICO		
Ocitocina	Ampola 5 UI/mL 1 mL	Syntocinon
RELAXANTE UTERINO/ VASODILATADOR PERIFÉRICO		
Cloridrato de Isoxsuprina	Ampola 5 mg/mL 2 mL	Inibina
OFTALMOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIFLAMATÓRIO HORMONAL		
Dexametasona	Frasco 5 mL colírio	Maxidex
ANTIBIÓTICOS/ ANTIBACTERIANOS		
Tobramicina	Frasco 3% colírio 5 mL	Tobrex
Ciprofloxacino	Frasco 3,5 mg/mL colírio 5 mL	Maxiflox
LUBRIFICANTE OCULAR		
Hipromelose + Dextrana	Frasco 3 mg/mL + 1 mg/mL colírio	Lacrima Plus / Lacribel
REGENERADOR DE TECIDO		
Acetato de Retinol 10000 UI + Aminoácidos 2,5% + Metionina 0,5% + Cloranfenicol 0,5%	Pomada oftálmica estéril tubo 3,5 g	Epitezan
PNEUMOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTI-HISTAMÍNICOS		
Cloridrato de Difenidramina	Ampola 50 mg/mL 1 mL	Difenidrin
Cloridrato de Hidroxizina	Frasco 2 mg/mL solução oral 120 mL	Hixizine
Cloridrato de Prometazina	Ampola 25 mg/mL 2 mL	Fenergan

Maleato de Dexclorfeniramina	Frasco solução oral 0,4 mg/mL 120 mL	Polaramine
ANTITUSSÍGENOS/ MUCOLÍTICOS/ EXPECTORANTES		
Dropropizina	Frasco 1,5mg/mL xarope 120 mL	Vibral
BRONCODILATADORES		
Aminofilina	Ampola 24 mg/mL 10 mL	Aminofilina
Acebrofilina	Frasco 25 mg/5ml xarope c/ 5 mL	Brondilat
Cafeína	Ampola 20 mg/mL c/ 1 mL	Peyona
Brometo de Ipratrópio	Frasco solução para inalação 0,25 mg/mL (0,025%) frasco 20 mL	Atrovent
Fenoterol	Frasco solução 5 mg/mL 20 mL gotas	Berotec
Sulfato de Salbutamol	Ampola solução injetável 0,5 mg/mL 1mL	Aerolin
	Frasco 100 mcg/dose 200 doses spray	Aerolin
	Flaconete 2,5 mg/mL aerossol 2,5 mL	Aerolin
Terbutalina	Ampola 0,5 mg/mL solução injetável 1 mL	Bricanyl
CORTICOSTERÓIDES		
Beclometasona	400 mg/ mL flaconete 2 mL suspensão para inalação	Clenil
Prednisona	Comprimido 5 mg	Meticorten
	Comprimido 20 mg	Meticorten
Hidrocortisona	Frasco ampola pó liofilizado 100 mg	Flebocortid
Dexametasona	Comprimido 4 mg	Decadron
	Ampola solução injetável 4 mg/mL 2,5 mL	Decadron
Succinato de Metilprednisolona	Frasco/ Ampola pó liofilizado 125 mg	Solu-Medrol
Prednisolona	Frasco 3 mg/mL 100 mL	Predsim
MISCELÂNEA		
Sildenafila	Comprimido 50 mg	Viagra
QUÍMICOS		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTISSÉPTICOS E DEGERMANTES		
Álcool 70%	Frasco 1000 mL	Álcool 70%

Clorexidina Solução Alcoólica 0,5%	Frasco 100 mL	Clorexidina Alcoólica 0,5%
Clorexidina Solução Aquosa 0,2%	Frasco 100 mL	Clorexidina Aquosa 0,2%
Clorexidina Solução Bucal 12%	Frasco 250 mL	Clorexidina Bucal 0,12%
Clorexidina Sol. Degermante 2%	Frasco 100 mL	Clorexidina Degermante 2%
Clorexidina Degermante 2%	Escova 22 mL	Clorexidina escova para degermação
DESINFETANTES		
Desinfetante de alto nível de Glutaraldeido 2%	Solução 2% galão 5 L	Steranios 2%
Desinfetante de alto nível Ácido Peracético Anióxido 1000	Solução galão 5 L	Anióxido 1000
Detergente desinfetante concentrado (Cloreto de Didecildimetilamônio e N-Aminopropil Dodecilpropano Diamia (Quartenário + Amina)	Galão 5 L	Aniosurf NPC/ Surfanios NPC
Detergente Enzimático 6 enzimas	Galão 5 L	Indazyme 6 ST/ Lifezime
Hipoclorito de Sódio 1%	Solução 1% galão 5 L	Hipoclorito de Sódio
MISCELÂNEA		
Cal sodada	Galão 4,5 Kg peso total	Atrasorb
Gel Condutor para exame	Galão 5 L	Gel Condutor para USG
REUMATOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS, ANTINFLAMATÓRIOS NÃO HORMONAIS		
Ácido Acetilsalicílico	Comprimido 100 mg	AAS
Cetoprofeno	Bolsa 100 mg solução pronta para uso	Profenid
Dipirona	Ampola solução injetável 500 mg/mL 2 mL	Novalgina
	Comprimido 500 mg	Novalgina

	Solução oral 500 mg/mL 20 mL gotas	Novalgina
Ibuprofeno	Suspensão oral 50 mg/mL 30 mL gotas	Alivium
Nimesulida	Comprimido 100 mg	Scaflan
Paracetamol	Solução oral 200 mg/mL 15 mL gotas	Tylenol
ANTIFLAMATÓRIOS HORMONAIS		
Dexametasona	Comprimido 4 mg	Decadron
	Ampola solução injetável 4 mg/mL 2,5 mL	Decadron
Hidrocortisona	Frasco/ Ampola pó liofilizado 100 mg	Flebocortid
Succinato de Metilprednisolona	Frasco/ Ampola pó liofilizado 125 mg	Solu-Medrol
Prednisona	Comprimido 5 mg	Meticorten
	Comprimido 20 mg	Meticorten
Prednisolona	Frasco 3 mg/mL 100 mL	Predsim
SOROS / SOLUÇÕES		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
SOLUÇÕES PARA INFUSÃO PARENTERAL/ REPOSIÇÃO E SOLUÇÃO HIDROELETROLÍTICA		
Água Destilada	Ampola 10 mL	Água Bidestilada
	Bolsa sistema fechado 250 mL Bolsa sistema fechado 500 mL	Água Bidestilada
Bicarbonato de Sódio	Ampola 8,4% 10 mL	Bicarbonato de Sódio
	Pote 80 g pó	Bicarbonato de Sódio
Cloreto de Sódio	Ampola 17,55% 10 mL	Cloreto de Sódio
	Ampola 0,9% 10 mL	Cloreto de Sódio
	Frasco sistema fechado 0,9% 100 mL Frasco sistema fechado 0,9% 250 mL Frasco sistema fechado 0,9% 500 mL	Soro Fisiológico Soro Fisiológico Soro Fisiológico
Cloreto de Potássio	Ampola 15% 10 mL	Cloreto de Potássio
	Frasco 60 mg/mL (6%) xarope 120 mL	Cloreto de Potássio
Glicose	Ampola 50% 10 mL	Glicose
	Frasco sistema fechado a 5% 100 mL Frasco sistema fechado a 5% 250 mL Frasco sistema fechado a 5% 500 mL	Soro Glicosado

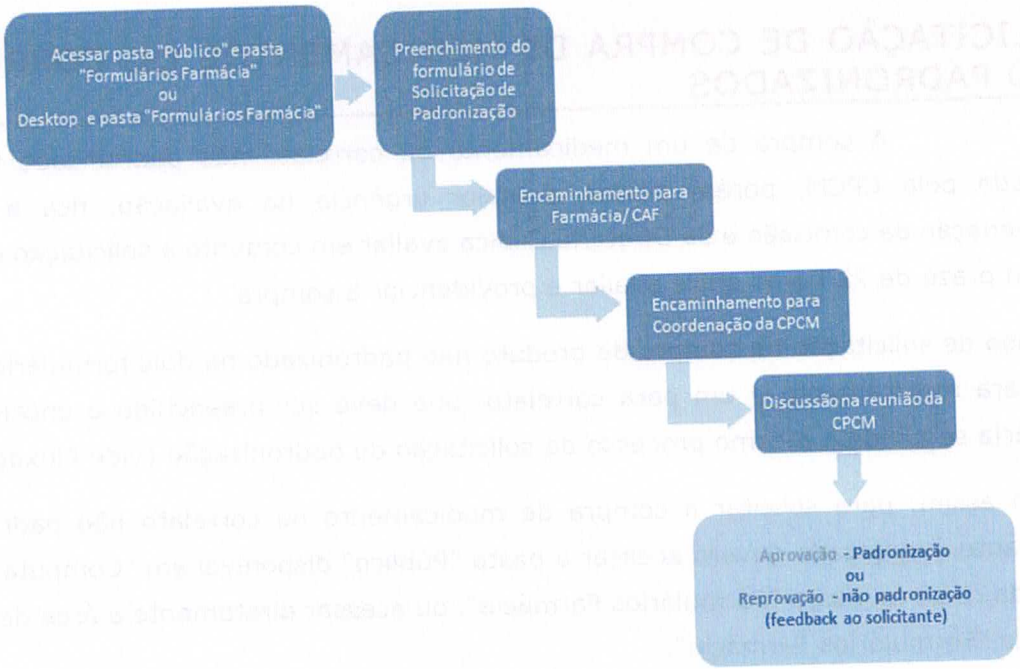
Gliconato de Cálcio	Ampola 10 mg/mL (0,45 mEq/mL)	Gliconato de Cálcio
Sulfato de Magnésio	Ampola 50% 10 mL	Sulfato de Magnésio
Solução de Manitol a 20%	Bolsa solução Injetável 250 mg/mL 250 mL	Manitol
Cloreto de Sódio 8,6 mg/mL + Cloreto de Potássio 0,3 mg/mL + Cloreto de Cálcio 0,33 mg/mL	Frasco sistema fechado 500 mL	Solução de Ringer Simples
Cloreto de Sódio 6 mg/mL + Cloreto de Potássio 0,3 mg/mL + Cloreto de Cálcio 0,20 mg/mL + Lactato de Sódio 3,20 mg/mL	Frasco sistema fechado 250 mL Frasco sistema fechado 500 mL	Solução de Ringer com Lactato
SOLUÇÕES PARA DIÁLISE		
Solução para diálise peritoneal	Bolsa 1,5 % 2000 mL	Solução para diálise peritoneal
TOXICOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTÍDOTOS		
Sulfato de Atropina	Ampola solução injetável 0,25 mg/mL 1 mL	Atropina
Carvão Ativado	Frasco solução manipulada 25 g/125 mL	Carverol
Cloridrato de Naloxona	Ampola solução injetável 0,4 mg/mL 1 mL	Narcan
Dantrolene	Frasco 20 mg	Dantroleno
Flumazenil	Ampola 0,1 mg/mL 5 mL	Flumazil
Metilsulfato de Neostigmina	Ampola solução injetável 0,5 mg/mL 1 mL	Prostigmine
Protamina	Ampola solução injetável 10 mg/mL 5 mL (10 mg equivale a 1000 UI)	Protamina
CONTRASTES		
Sulfato de Bário	Frasco 100 % suspensão oral 150 mL	Bariogel
Iohexol	Frasco 300 mg/mL injetável 50 mL	Henetix

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE PROTOCOLO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS

A padronização de medicamentos ou correlatos fica a cargo da Comissão de Padronização de Correlatos e Medicamentos (CPCM), que é formada por uma equipe multidisciplinar que realiza reuniões periódicas no intuito de organizar a padronização desses produtos de maneira a garantir o uso racional de medicamentos e o melhor custo-benefício.

Os profissionais de saúde podem solicitar a inclusão de novos produtos na padronização, bem como, a exclusão ou a substituição de itens padronizados. Uma vez que julgar necessário essa avaliação, deve ser encaminhado uma solicitação por escrito para a CPCM, por meio do formulário padrão (Anexo 3), conforme o fluxograma 1, referente ao procedimento para solicitação de padronização de correlato ou medicamento.

Fluxograma 1: Procedimento para solicitação de padronização de correlato ou medicamento



SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS OU CORRELATOS

Para solicitar a padronização de um medicamento ou de um correlato, o solicitante interessado deverá acessar a pasta "Público" disponível em "Computador" e em seguida

clicar na pasta "Formulários Farmácia", ou acessar diretamente na área de trabalho, a pasta "Formulários Farmácia".

Posteriormente imprimir o Formulário "Solicitação de Padronização de Correlato ou Medicamento" específico para o atendimento da solicitação (vide Anexo 3), preencher esse formulário obedecendo as informações solicitadas, identificar no formulário a assinatura da Coordenação do setor ou do gestor da especialidade e anexar ao Formulário, estudos que justifiquem a padronização e comprovem a eficácia do medicamento e/ou insumo.

O formulário preenchido e seus anexos devem ser encaminhados a Farmácia ou CAF, que providenciará o encaminhamento para a coordenação da CPCM. A coordenação é responsável pela validação desses documentos e pela inclusão do assunto na pauta da reunião ordinária ou por marcar uma reunião extraordinária dependendo da urgência do assunto.

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS OU CORRELATOS NÃO PADRONIZADOS

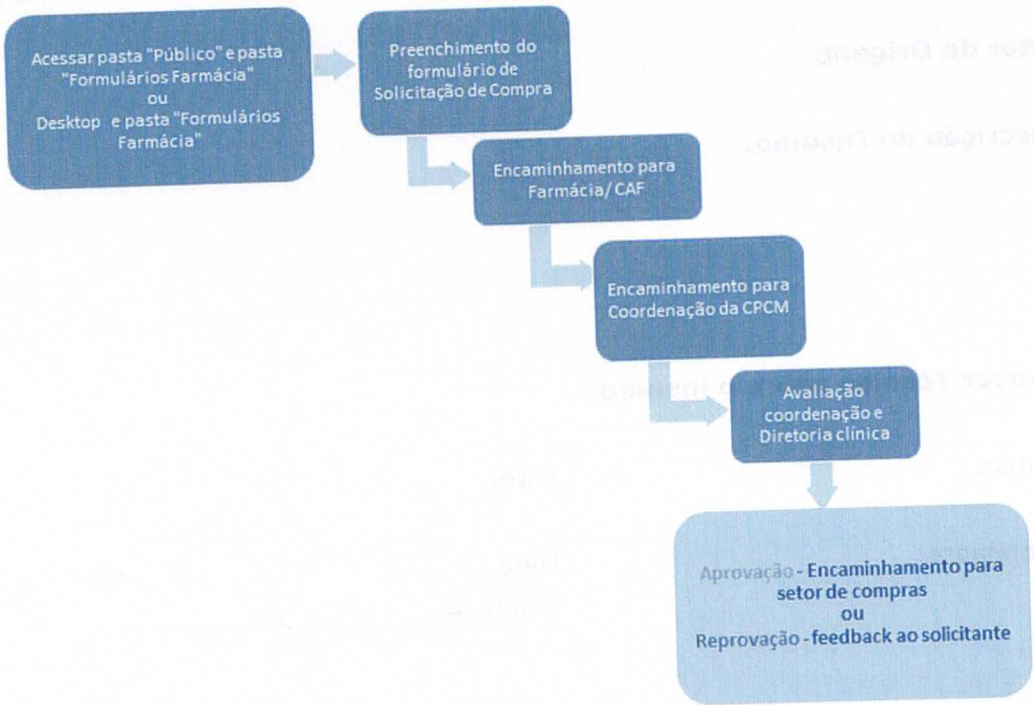
A compra de um medicamento ou correlato não padronizado também é avaliada pela CPCM, porém devido a maior urgência na avaliação, fica a cargo da coordenação da comissão e da Diretoria Clínica avaliar em conjunto a solicitação e para isso há um prazo de 72 horas entre avaliar e providenciar a compra.

No caso de solicitação de compra de produto não padronizado há dois formulários padrão, um para medicamento e um para correlato, que deve ser preenchido e encaminhado a farmácia seguindo o mesmo processo da solicitação de padronização (vide Fluxograma 2).

Sendo assim, para solicitar a compra de medicamento ou correlato não padronizado o solicitante interessado deverá acessar a pasta "Público" disponível em "Computador" e em seguida clicar na pasta "Formulários Farmácia", ou acessar diretamente a área de trabalho, a pasta "Formulários Farmácia".

Posteriormente imprimir o Formulário "Solicitação de compra de Medicamentos não Padronizados" ou "Solicitação de Insumos médico-hospitalares não padronizados" (vide Anexo 2 e 4), preencher esse formulário obedecendo as informações solicitadas e identificar no formulário a assinatura da Coordenação do setor ou do gestor da especialidade (anexar o receituário quando for medicamento).

O formulário preenchido deve ser encaminhado a Farmácia ou CAF, que providenciará o encaminhamento para a coordenação da CPCM. A coordenação da CPCM juntamente com a Diretoria clínica é responsável pela validação desses documentos. Quando a compra é aprovada, a coordenação deve encaminhar cópia da solicitação e receituário (quando medicamento) para ao setor de compras para providenciar a aquisição e quando a compra é reprovada, a coordenação deve dar o retorno ao solicitante justificando a reprovação da solicitação de compra.



ANEXOS

OS FORMULÁRIOS EM ANEXO ESTÃO COM DIMENSÕES REDUZIDAS, APENAS PARA DEMONSTRAÇÃO NO GUIA DE PADRONIZAÇÃO. OS FARMULÁRIOS EM DIMENSÃO REAL ESTÃO DISPONÍVEIS NA PASTA PÚBLICO, EM "FORMULÁRIOS FARMÁCIA" E COMO ATALHO DESSA PASTA NA ÁREA DE TRABALHO DOS COMPUTADORES DE TODAS AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.

ANEXO 1 - PARECER TÉCNICO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES

Departamento de Assistência Farmacêutica (DASF)

PARECER TÉCNICO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES

Setor de Origem:

Descrição do Insumo:

Parecer Técnico sobre o insumo:

Marca: Lote:

Fabricante: Data de Validade:____/____/_____

Aspectos positivos:

Aspectos negativos:

( )Aprovado ( )Reprovado

Conclusão do Parecer:

Data:____/____/____

_____

Assinatura e carimbo do responsável pela solicitação

_____ _____

Assinatura e carimbo do responsável pelo teste

Assinatura e carimbo do responsável pelo teste

Conclusão da Comissão de Padronização de Correlatos e Medicamentos (CPCM)

Conclusão: ( ) Autorizado ( ) Negado

Justificativa:

Data: _____/_____/_____ Assinatura e carimbo (coord. CPCM):

Comissão de Padronização de Medicamentos e Correlatos

ANEXO 2 - SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE INSUMOS MÉDICO – HOSPITALARES NÃO PADRONIZADOS

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE INSUMOS MÉDICO – HOSPITALARES NÃO PADRONIZADOS

Paciente:

Prontuário: Unidade de internação/ Leito:

Diagnóstico (CID 10):

– Especificação do produto/descrição

– Produto(s) ou procedimento(s) a que se destina:

– Justificativa para a aquisição do produto:

– Previsão de consumo /justificativa:

– Este material substituirá outro?

( ) Sim ( ) Não

Caso sim, qual?

Data: / / Solicitante: _____

(Assinatura e Carimbo)

OBS.: Após autorização de compra pela diretoria clínica o setor de compras tem até 72 horas para providenciar a aquisição do produto.

PARECER TÉCNICO

Conclusão da Diretoria Clínica:

( ) Autorizado ( ) Negado

Justificativa:

Data: _____/_____/_____ Assinatura e carimbo:

Comissão de Padronização de Medicamentos e Correlatos

ANEXO 3 - SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE CORRELATO OU MEDICAMENTO

SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE CORRELATO OU MEDICAMENTO

Solicitação de:

( ) Correlato ( ) Medicamento

Finalidade da Solicitação:

( ) Inclusão na padronização ( ) Exclusão da padronização

( ) Teste para avaliar inclusão na padronização ( ) Alteração de especificação ou meta

– Especificação do produto/ Descrição (Em caso de medicamento descrever: Nome do medicamento, apresentação, dosagem e classificação terapêutica):

– Finalidade do produto(s) ou procedimento(s) a que se destina:

– Justificativa de padronização do produto:

– Pontos positivos:

– Meta programada:

– Material Anexado para embasamento da justificativa (folder, registro no Ministério da Saúde, preço, referências bibliográficas, artigos científicos nacionais e/ou internacionais, estudos epidemiológicos sobre o medicamento, e terapêutica a ser adotada):

Data: / / Solicitante:_____

(Assinatura e Carimbo)

PARECER TÉCNICO

Conclusão da Comissão de Padronização de Correlatos e Medicamentos (CPCM)

Conclusão: ( ) Autorizado ( ) Negado

Justificativa:

Data: _____/_____/_____ Assinatura e carimbo (coord. CPCM):

Comissão de Padronização de Medicamentos e Correlatos

ANEXO 4 - SOLICITAÇÃO DE COMPRA MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADOS

SOLICITAÇÃO DE COMPRA MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADOS

Paciente:

Prontuário: Unidade de internação/ Leito:

Diagnóstico (CID 10):

DADOS DO MEDICAMENTO SOLICITADO

NOME: DURAÇÃO DE TRATAMENTO:

POSOLOGIA: APRESENTAÇÃO:

JUSTIFICATIVA

Este medicamento substituirá outro:

( ) Sim ( ) Não

Caso sim, qual?

_____

_____

Data: / / Solicitante: _____

(Assinatura e Carimbo)

OBS.: Após autorização de compra pela diretoria clínica o setor de compras tem até 72 horas para providenciar a aquisição do produto.

PARECER TÉCNICO

Conclusão da Diretoria Clínica:

( ) Autorizado ( ) Negado

Justificativa:

Data: _____/_____/_____ Assinatura e carimbo:

12.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.

- Estabelecer os critérios e orientar quanto aos procedimentos, atitudes e comportamentos a serem adotados nos processos de contratação e gestão de empresas prestadoras de serviços, com segurança operacional e jurídica.
- Definir as competências / responsabilidades dos envolvidos nos processos de contratação e gestão das prestadoras de serviço.

Abrangência

Para os efeitos deste procedimento, considera-se como Contratação de Prestadoras de Serviço, toda aquela em que a empresa contratada coloca mão de obra à disposição unidade, em atividade que não esteja regulada pelas Leis 6.090/74 (trabalho temporário) e 7.102/83 (vigilância e transportes).

Os critérios estabelecidos:

1- Serviços Eventuais

Tratam-se da contratação de empresa especializada para exercer atividades de curta duração, considerados como tal os períodos inferiores a 5 (dias). Exemplo: manutenção de ar condicionado; cópias; pintura; etc. Por trata-se de uma condição eventual, para a contratação destes serviços é desnecessário a elaboração de Contrato de Prestação de Serviços, sendo o mesmo substituído pela emissão e aprovação de um Pedido de Compra por Suprimentos e pela Área tomadora dos serviços.

2- Serviços Permanentes

Trata-se da contratação de empresa prestadora de serviço para exercer atividade de forma permanente. Exemplo: serviços de conservação patrimonial e limpeza; vigilância e manutenção predial.

Para a contratação destes serviços é necessária a elaboração de um Contrato de Prestação de Serviços entre o fornecedor e a Contratante, e da emissão e aprovação de um Pedido de Compra.

Toda contratação de serviço permanente deverá obrigatoriamente seguir os critérios:

Ser formalizada através da emissão de um Pedido de Compra e de Contrato de Prestação de Serviços, o qual deverá ser submetido à apreciação das Áreas Jurídica e de Recursos Humanos, acompanhados dos relatórios específico, a ser elaborado sob a coordenação da Área de Administrativa, contendo o resultado das avaliações obtidas através de visitas e verificações não só na empresa a ser contratada, como também em outras empresas para a qual esta tenha ou esteja prestando serviços.

Tais avaliações devem ser conduzidas por representantes das Áreas Técnica (aspectos técnicos), do Financeiro (aspectos econômico-financeiro) e de Recursos Humanos (aspectos trabalhistas) da unidade da contratação dos serviços.

As empresas prestadoras dos serviços deverão ser legalmente constituídas e ter comprovado idoneidade e capacidade técnico-econômica e administrativo-trabalhista, para assunção das responsabilidades contratuais;

O início das atividades das Prestadoras de Serviços deve ficar vinculado à formalização da contratação dos serviços.

É expressamente proibida a utilização por parte do Prestador de Serviços, de mão de obra de menores de idade no desempenho dos serviços contratados.

Nenhum tipo de pagamento pelos serviços prestados poderá ser efetuado antes da celebração do contrato, ficando a Área Administrativa como responsável pela liberação do sistema para pagamento somente após essa formalização.

As empresas prestadoras de Serviço não poderão em nenhuma hipótese, subcontratar a totalidade dos serviços.

Ocorrendo a renovação do contrato com os Prestadores de Serviço, necessariamente deverá efetuar-se uma nova qualificação técnica, submetendo-se a uma nova avaliação junto a todas as Áreas envolvidas, ou seja, Área Contratante, administrativa e Recursos Humanos.

Os procedimentos adotados para a contratação terceiros, obras, serviços, compras e alienações, seguirão os princípios gerais de licitação, e serão aprovados pelo Conselho da Administração e publicados, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do Contrato de Gestão;

Os procedimentos serão de modo aberto e acessível ao público, com ampla divulgação e participação de diversos fornecedores interessados, preferencialmente por meio da rede mundial de computadores;

A entidade não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários e outros) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório;

Os bens móveis e imóveis adquiridos pela Organização Social com recursos públicos terão destinação vinculada, exclusivamente, à execução do Contrato de Gestão;

São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;

Qualquer alienação dos bens citados na alínea anterior, precederá de necessária anuência do Poder Público , e seus recursos serão obrigatoriamente investidos no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão.

Para contratação de serviços de terceiros, será utilizado modelo / regulamento de compras e contratações os quais também se direcionam aos serviços de limpeza e vigilância, conforme modelo abaixo.

12.5.1 Do Processo De Contratação De Terceiros

Os procedimentos adotados para a contratação terceiros, obras, serviços, compras e alienações, seguirão os princípios gerais de licitação, e serão aprovados pelo Conselho da Administração e publicados, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatu. do Contrato de Gestão;

Os procedimentos serão de modo aberto e acessível ao público, com ampla divulgação e participação de diversos fornecedores interessados, preferencialmente por meio da rede mundial de computadores;

A entidade não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários e outros) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório;

Os bens móveis e imóveis adquiridos pela Organização Social com recursos públicos terão destinação vinculada, exclusivamente, à execução do Contrato de Gestão;

São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;

Qualquer alienação dos bens citados na alínea anterior, precederá de necessária anuência do Poder Público , e seus recursos serão obrigatoriamente investidos no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão.

Os critérios de contratação de serviços terceiros utilizados pelo insituto cem, segue o teor e rigor de seu Regimento de Compras, para a prestação dos serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO e destina-se a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, inclusive no que se refere a qualidade, e a evitar operações em que se caracterize sobrepreço ou superfaturamento, observados os princípios da impessoalidade, da legalidade, da moralidade, da igualdade, da eficiência, da economicidade, do desenvolvimento nacional sustentável, da obtenção de competitividade, do julgamento objetivo e do formalismo moderado.

A contratação de serviços pode ser aplicada em todas as áreas da empresa definida como atividade-meio e fim, por exemplo, as seguintes atividades: serviços de alimentação, serviços de conservação patrimonial e de limpeza, serviço de vigilância, serviços de manutenção geral predial especializada, engenharias, arquitetura, manutenção de máquinas e equipamentos, serviços jurídicos, serviços de assistência médica, serviços de telefonistas, serviços de recepcão, serviços de processamento de dados, administração de recursos humanos, administração de relações trabalhistas e sindicais e serviços especializados ligados a atividade-fim do tomador de serviços.

Os critérios estão definidos no Art 2º. Do Regulamento de compras e contração como abaixo, destacado:

> " DAS DEFINIÇÕES Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:
>
> I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.
>
> II. Contratação: vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. Obra: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrantes de execução de obra.

V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. Carta Cotação: documento formal emitido INSTITUTO CEM dand conhecimento público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, contendo todas as informações necessárias.

VII. Relatório de Compras: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VIII. Ordem de Compra: documento formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo da descrição detalhada do produto/serviço, unidade de medida, marca, quantidade, valor unitário e total, descontos, prazo de entrega, forma de pagamento, obrigações das partes e outras consideradas relevantes para a gestão do processo.

IX. Contrato: documento formal que em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade co o Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. Aquisição/Contratação de Grande Vulto: refere-se aquela cujo valor total da aquisição/contratação ultrapassa a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais)

XI. Aquisição/Contratação Comum: refere-se aquela cujo objeto adquirido/contratado é usualmente comercializado no mercado, ou seja, cuja qualidade, medida e especificação técnica são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Aquisição/Contratação Complexa: refere-se aquela que exigem um grau de dificuldade que não são conhecidas no mercado, e/ou exigem uma personalização, com especificação técnica inédita para atendimento da necessidade do INSTITUTO CEM .

XIII. Aquisição/Contratação de Pequeno Valor: considera-se para todos os efeitos as aquisições de bens e contratações de serviços definidas de pequeno valor aquelas cujo valor estimado se limite a R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) e que em virtude de sua natureza (materialidade) não necessitam aguardar procedimento de maior formalidade, vedado o fracionamento de despesas."

A condição para tornar-se um prestador do INSITUTO CEM é estar em dia com suas responsabilidades fiscais, além dos setores, como Compras, Planejamento e Logística, e Compliance, e ser aprovado tecnicamente, conforme os critérios de Compras para a categoria de serviços. A saber:

- prova de inscrição no CNPJ;
- registro na Junta Comercial;
- capital social compatível com o número de empregados, observando-se os seguintes parâmetros:
- empresas com até dez empregados capital mínimo de R$ IO mil;
- empresas com mais de dez e até 20 empregados - capital mínimo de R$ 25 mil;
- empresas com mais de 20 e até 50 empregados - capital mínimo de R$ 45 mil;
- empresas com mais de 50 e até 100 empregados - capital mínimo de R$ 100 mil; e
- empresas com mais de 100 empregados - capital mínimo de R$ 250 mil.

12.5.2 Das Obrigações Diversas Dos Serviços Contratados Pelo Instituto Cem Para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

- Disponibilizar mão-de-obra previamente treinada para a função;
- Disponibilizar empregados em quantidade necessária a prestação dos serviços e devidamente registrados em carteira de trabalho;
- Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;

- Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao INSTITUTO CEM para que não haja interrupção dos serviços prestados;
- Cumprir e fazer cumprir pelos seus empregados, o regulamento interno da unidade de saúde, referente às normas de EPI's, conforme Portaria MTE n.0 485, de 11 segurança, em especial quanto ao acesso às de novembro de 2005 - N32; sua dependências;
- Disponibilizar mão-de-obra com instrução mínima do Ensino Fundamental capacitada a ler, a escrever e entender instruções escritas.
- Promover periodicamente, às suas expensas, treinamentos gerais e específicos de toda a equipe de trabalho com registro de evidências e apresentação de cronograma anual, necessários a garantir a execução dos trabalhos dentro dos níveis de qualidade desejados.
- Atender, de INSTITUTO CEMiato, as solicitações do INSTITUTO CEM quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
- Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados;
- Apresentar,periodicamente, os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;
- Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do INSTITUTO CEM, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho tais como prevenção de incêndio na unidade de saúde;
- Disponibilizar e cobrar seus empregados, em atendimento a legislação vigente, o uso de equipamentos de proteção individual • Identificar, acompanhar orientar adequadamente o empregado em período de experiência;
- Atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

- Assumir total e exclusiva responsabilidade por qualquer ônus ou encargos relacionados com seus empregados, na prestação do serviço objeto do contrato, sejam eles decorrentes da legislação trabalhista, social, previdenciária e/ou ambiental, incluídas as indenizações por acidentes, moléstias ou outras de natureza profissional e/ou ocupacional;
- Emitir a fatura/nota fiscal de acordo com o estabelecido em contrato dos serviços prestados.

12.5.3 Serviços De Limpeza Hospitalar

12.5.3.1 Descrição da Prestação de Serviços:

O Serviço de conservação, higienização e desinfecção hospitalar contemplará todas as atividades de limpeza, higienização e conforto na unidade, desde a chegada do paciente até sua saída. É aplicável a todos os setores, pois envolve direta e indiretamente o receber, cuidar, assistir e outras ações igualmente importantes. Este serviço irá gerenciar o processamento e administração da higienização e limpeza, lavanderia e rouparia, controle de vetores (dedetização), jardinagem, armazenamento e destinação dos resíduos, ainda que estes sejam serviços terceirizados, pois a segurança das pessoas também depende de tais atividades.

- A gestão desses serviços será realizada sob constante monitoramento da segurança dos profissionais, com especial atenção sobre os registros necessários ao serviço especializado em segurança e medicina do trabalho – SESMT (PPRA, CMSO, contratos de trabalho, carteiras de vacinação, treinamento e uso de EPIs, validade dos equipamentos de segurança, fichas técnicas dos produtos, ferramentas/utensílios apropriados, e outros).
- A limpeza, higienização e a desinfecção são elementos que devem promover a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e visitantes, contribuindo também para o controle das pragas e vetores e infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

- Assim, os serviços de limpeza, higienização e desinfecção serão executados nas áreas internas e áreas externas, obedecendo às técnicas e equipamentos apropriados e dos produtos químicos a serem utilizados, bem como na definição dos Procedimentos Operacionais Padrão - POPs.
- Serão fornecidos todos os insumos e saneantes necessários para a limpeza e desinfecção (material de limpeza em geral, papel higiênico, papel toalha, álcool gel e sabonete em sachê, sacos plásticos para lixo infectante, lixo comum, lixo químico, sacos com cores específicas para a coleta de resíduos que serão definidos conforme definição do PGRS).
- Dentre os indicadores do serviço de higienização e limpeza deverão ser monitorados:

12.5.3.2 Critérios para contratação

- As atribuições da equipe do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada. Embora as atribuições possam apresentar variações entre os setores, o objetivo alvo deve ser comum, ou seja, a remoção de sujidades de superfícies do ambiente, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. A clareza das atribuições tem papel fundamental para seu cumprimento de todas as tarefas a serem realizadas.
- Disponibilizar equipe, ininterrupta, comprovadamente com experiência e habilitaç técnica em quantitativo para suprir as necessidades, e qualitativo para desenvolver as atividades desta contração.

12.5.4 Serviços Devigilância

12.5.4.1 Descrição da Prestação de Serviços:

- O Serviço de Vigilância deverá ser informado previamente pelo setor competente quando da entrada de pessoas para participação em eventos, reuniões, grupos educativos, imprensa e outros na Unidade;

- O servidor/profissional que receber visitas, ou solicitar qualquer prestação de serviço externo afeto o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , ficará responsável pela permanência destes na instituição, devendo encaminhá-los à recepção na sua saída;
- O acesso de profissionais e servidores ao Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO deverá se dar exclusivamente pela Portaria destinada a tal, mediante apresentação e porte de crachá, em local visível; independentemente do sistema de biometria, quando disponível;
- As ambulâncias que vierem transportando pacientes de outras unidades para internação deverão estacionar em área específica. Somente serão liberadas as ambulâncias mediante a autorização da equipe;
- As visitas aos pacientes , bem como de visitantes e fornecedores, somente poderão adentrar o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , após cadastro e autorizações específicas, conforme o caso;
- O acesso dos pacientes externos para consulta no Ambulatório, assim como o de seus acompanhantes, e os Pacientes para realização de exames, dar-se-á exclusivamente pela portaria e horários específicos;
- Durante todo o decorrer do expediente e, principalmente ao final das atividades diárias, as Coordenações/Supervisões ficarão incumbidas de verificar o devido fechamento dos portões internos que interligam as alas do Hospital .
- Na área destinada à cargas ou descargas na unidade, todas as entradas e saídas de veículos, materiais, equipamentos, deverão ser registradas em formulário específico, contendo pelo menos o horário de entrada e saída, dados da placa do veículo, nome da empresa e identificação do condutor, sendo vedada a pernoite no pátio por veículos de prestadores de serviços (limpeza, segurança, manutenção, etc).

12.5.5 Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns

- O trânsito e permanência de pessoas sem identificação nos Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns do Hospital deverá ser INSTITUTO CEM imediatamente

comunicada à Diretoria Administrativa e à Seção de Segurança, que tomará as medidas cabíveis;

- Todos os profissionais e servidores somente poderão ter acesso e locomoção no Hospital se estiverem em escala regular de trabalho e utilizando-se do uniforme, crachá e identificação apropriada;
- Autoridades e visitantes, somente poderão transitar no Hospital devidamente identificados e acompanhados de profissional responsável.

12.5.6 Prestação de serviços de vigilância, controle e fiscalização, inclusive através de vigilância eletrônica

- CFTV e exercer um controle rigoroso dos acessos às áreas internas, proceder à identificação de servidores e usuários viabilizando o ingresso às instalações e de coibir possíveis ações destruidoras ao patrimônio e furtos. Acionar os dispositivos de segurança em casos de incêndio e qualquer fato, ocorrência ou fenômeno que coloque em risco os colaboradores, os serviços, o patrimônio como um todo, dando INSTITUTO CEM imediato conhecimento à Administração do INSTITUTO CEM.
- Os serviços de vigilância, controle e fiscalização definidos neste instrumento se caracterizam por estarem configuradas como serviços que somente podem ser desempenhados por profissionais regidos e regulamentados por regulamentação especifica quais sejam Lei Federal nº 7.102, de 20.06.83, alterada pelas Leis Federais nº 8.863, de 28.03.94, 9.017, de 30.03.95, e 11.718, de 20/6/2008 e Medida Provisória nº 2.184, de 24/08/2001, regulamentadas pelo Decreto nº 89.056, de 24.11.83, alterado pelo Decreto nº 1.592, de 10.08.95, bem como pelas Portarias DG/
- DPF nº 387/2006 alterada pela Portaria DG/DPF nº
- 515/2007, DG/DPF nº 358/09, DG/DPF nº 408/09 e
- DG/DPF nº 781/10. A prestadora de serviços deve ter seu registro na Policia Federal.
- Os postos onde ocorrerão os serviços de vigilância, controle e fiscalização devem incluir os locais de acesso de pacientes, acompanhantes, visitantes em geral,

funcionários, fornecedores, prestadores de serviço além de demais locais que permitam a perfeita execução das atividades.

- O número de postos, seu horário de funcionamento e o número de pessoas que comporão cada posto deve ser definido pelo INSTITUTO CEM, cabendo ao responsável pela execução dos serviços apresentar um plano de trabalho detalhado.
- Fiscalizar a entrada e a saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de funcionários autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
- • Fiscalizar a entrada e a saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios do INSTITUTO CEM;

12.5.6.1 Critérios para contratação

Os serviços serão desenvolvidos, nos locais levan-tados pela proponente e posteriormente aprovados pelo INSTITUTO CEM.

Os funcionários lotados nos postos definidos devem:

- Fiscalizar a entrada e a saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de funcionários autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
- Fiscalizar a entrada e a saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios do INSTITUTO CEM;
- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;
- Operar equipamentos de vigilância eletrônica
- Disponibilizar equipe, ininterrupta, comprovadamente com experiência e habilitação técnica em quantitativo para suprir as necessidades, e qualitativo para desenvolver as atividades desta contração.

12.5.7 Serviço De Manutenção Predial

12.5.7.1 Descrição da Prestação de Serviços:

O Serviço de Manutenção Predial do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , será responsável por toda a estrutura física das unidades. Sob o seu comando estarão às ações relativas às manutenções preditiva, preventivas e corretivas.

A durabilidade de uma edificação não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistema prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público.

Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a seguir as Referências para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.Considera-se os seguintes serviços críticos:
- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;
- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;
- Esquadrias;

- Forros;
- Divisórias;
- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.

É importante ressaltar que as recomendações contidas nas referências devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para a estrutura do prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas. Outros itens porventura não citados aqui, porém necessários para garantir a conservação do prédio que abrange o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , e que podem ser acrescentados no planejamento da manutenção.

12.5.7.2 Critérios para contratação

- Prestação de serviços de Manutenção Predial e de equipamentos prediais, visando a obtenção de adequadas condições físicas e estruturais em dependências médico-hospitalares, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, materiais e equipamentos, nos locais determinados.
- Os procedimentos de manutenção predial a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle físicos e estruturais da Unidade de Saúde.
- O contratado deverá proporcionar um serviço de manutenção ininterrupto, de tal maneira que as instalações, plantas e equipamentos estejam sempre dentro dos padrões das boas práticas e os requisitos da lei em todos os momentos.
- Disponibilizar equipe, ininterrupta, comprovadamente com experiência e habilitação técnica em quantitativo para suprir as necessidades, e qualitativo para desenvolver as atividades desta contração.

12.5.8 Dos Procedimentos De Compra E Contratação

Segundo o regulamento de Compras e contratação, ultima versão, em seu Art. 4º , "

> "Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:

I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal com a descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.

II. Publicação da Carta Cotação com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares no sítio próprio do INSTITUTO CEM na internet, obrigatoriamente, podendo ainda publicar em plataforma eletrônica de compras, jornais de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás, de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas na Carta Cotação.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas na Carta Cotação e emissão de parecer técnico, quando for o caso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos na Carta Cotação, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das empresas que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do INSTITUTO CEM na internet, contendo o nome da empresa vencedora e o preço total da compra ou contratação.

Art. 5º A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço.

II. Especificações técnicas.

III. Quantidade e forma de apresentação.

IV. Documentação relativa a qualificação técnica, quando necessário.

V. Justificativa da compra ou contratação.

VI. Valor estimado."

12.5.8.1 Do Procedimento:

- A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida à autorização do Diretor da Unidade e encaminhada ao INSTITUTO CEM .
- O INSTITUTO CEM dará publicidade previa aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações comuns e de no mínimo 10 (dez) dias úteis para aquisições/contratações complexas ou de grande vulto nos seguintes canais de comunicação:

  I. Sitio eletrônico do INSTITUTO CEM , www.institutocem.org.br, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquals que foram realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

  II. Diário Oficial do Estado, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 100.000,00 (cem mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

  III. Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional, para aquisições, contratações e alienações, cuo valor esteja acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

- O INSTITUTO CEM divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e a forma de apresentação do preço entre outros.

12.5.9 Do Recebimento Das Propostas

- Para o recebimento das propostas o INSTITUTO CEM definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.
- proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.
- No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos na Carta Cotação, o INSTITUTO CEM poderá solicitar a retificação da proposta, sob pena de desclassificação.
- O descumprimento de qualquer das condições impostas neste regulamento ensejará no não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trata o parágrafo anterior.

12.5.10 Da Analise Das Propostas

- O Setor de Compras poderá determinar a análise técnica da proposta, que será realizada pelo solicitante do bem, serviço ou obra.
- Na análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição da Carta Cotação, facultando-se quando necessário para subsidiar a análise, solicitar do proponente informações complementares do bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.
- A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovado pelO INSTITUTO CEM , com as informações devidamente registradas no banco de dados próprio.

II. Quando por sua natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

§ 3º Quando as empresas orçarem produtos com marcas ainda não aprovadas e registradas no banco próprio, e o INSTITUTO CEM não puder aguardar o resultado da análise da amostra para aquisição em andamento, as empresas somente poderão fornecer para o INSTITUTO CEM em aquisições futuras.

Art. 9º Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade.

II. Preço.

III. Prazo de entrega.

IV. Faturamento mínimo.

V. Prazo de validade.

VI. Análise técnica.

VII. Durabilidade do produto/serviço.

VIII. Garantia do produto/serviço.

IX. Avaliação de fornecedores.

X. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega.

XI. Economia na execução, conservação e operação.

XII. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho.

XIII. Impacto ambiental.

XIV. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas.

XV. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem.

XVI. Comprovação de capacidade técnica nos casos de fornecimento de bens, serviços ou obras, especialmente aqueles que envolvam importação de matéria-prima ou equipamentos, detenham conhecimento técnico específico, se constitua em alta complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

- O INSTITUTO CEM a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito de indenização, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira ou técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, relativo a entrega e qualidade dos produtos.
- Em busca da economicidade em suas compras/contratações o INSTITUTO CEM poderá, durante a análise das propostas, convidar as empresas habilitadas a apresentar novas propostas de preços, dando tratamento isonômico a todas as participantes.
- O Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com o intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

12.5.11 Da Documentação Para Habilitação

Para se habilitarem no certam os proponentes deverão apresentar os seguinte documentos:

I. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) dos representantes da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

VII. Prova de Regularidade com a Fazenda Federal, concernente aos tributos federais e à Dívida Ativa da União, por meio de Certidão Conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN;

VIII. Prova de situação regular para com a Fazenda Estadual do Estado de Goiás, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

IX. Prova de situação regular para com a Fazenda Municipal da Sede do proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos aos tributos Municipais;

X. Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do CRC - Certificado da Regularidade do FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal;

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

12.5.12 Do Resultado

Os resultados de todas as compras/contratações, incluídas aquelas previstas no artigo 15, DO REGULAEMNTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES e as alienações serão disponibilizadas no site do INSTITUTO CEM, durante a vigência do Contrato de Gestão, observadas as seguintes informações:

Nos casos de Ordem de compra		Nos casos de Contrato	
a)	Nome da empresa.	a)	Nome da empresa.

b)	CNPJ.	b)	CNPJ.
c)	Descrição do item.	c)	Objeto do contrato.
d)	Quantidade do item.	d)	Vigência do contrato.
e)	Valor total.	e)	Valor mensal.
		f)	Valor total.

12.5.13 Regulamento Para Os Procedimentos De Compra, Contratação De Obras, Contratação De Serviços E Alienações

CAPÍTULO DA FINALIDADE

Art. 1° O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pelo INSTITUTO CEM , com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas à unidade hospitalar, bem como para regulamentar a alienação de bens.

§ 1º Na condição de Organização Social, qualificada no âmbito do Estado de Goiás por meio do Decreto nº 9.184/18, este regulamento se submete aos princípios constitucionais e da Administração Pública, com observância aos princípios da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

§ 2º O INSTITUTO CEM adotará procedimentos de compra, contratação de obras e contratação de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento, sempre que os termos da legislação ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

§ 3º Os procedimentos deste regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do INSTITUTO CEM , bem como àqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. **Compra:** toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

II. **Contratação:** vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. **Obra**: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualque outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. **Serviço**: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrantes de execução de obra.

V. **Alienação:** toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. **Carta Cotação:** documento formal emitido INSTITUTO CEM dando conhecimento público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, contendo todas as informações necessárias.

VII. **Relatório de Compras**: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VIII. **Ordem de Compra:** documento formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo da descrição detalhada d produto/serviço, unidade de medida, marca, quantidade, valor unitário e total, descontos, prazo de entrega, forma de pagamento, obrigações das partes e outras consideradas relevantes para a gestão do processo.

IX. **Contrato:** documento formal que em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. **Aquisição/Contratação de Grande Vulto:** refere-se aquela cujo valor total da aquisição/contratação ultrapassa a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais)

XI. Aquisição/Contratação Comum: refere-se aquela cujo objeto adquirido/contratado é usualmente comercializado no mercado, ou seja, cuja qualidade, medida e especificação técnica são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Aquisição/Contratação Complexa: refere-se aquela que exigem um grau de dificuldade que não são conhecidas no mercado, e/ou exigem uma personalização, com especificação técnica inédita para atendimento da necessidade do INSTITUTO CEM .

XIII. Aquisição/Contratação de Pequeno Valor: considera-se para todos os efeitos as aquisições de bens e contratações de serviços definidas de pequeno valor aquelas cujo valor estimado se limite a R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) e que em virtude de sua natureza (materialidade) não necessitam aguardar procedimento de maior formalidade, vedado o fracionamento de despesas.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Art. 3° Na operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento o INSTITUTO CEM deverá:

§ 1° Manter os registros referentes às compras/contratações em processos identificados e numerados cronologicamente, de forma a permitir a operacionalização dos procedimentos, rastreabilidade e auditoria do conteúdo dos mesmos.

§ 2° Determinar os responsáveis pela realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que permitam o adequado gerenciamento da contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.

§ 3° Manter distintas, em sua estrutura, as funções: COMPRA/CONTRATAÇÃO, RECEBIMENTO e PAGAMENTO, descentralizando as respectivas tarefas e atribuições.

§ 4° Cumprir as rotinas estabelecidas, observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, divulgação e cumprimento dos prazos, sistemática de cotação, análise técnica e eleição da melhor proposta.

§ 5° Observar nas alienações, a necessidade, a possibilidade e a realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.

§ 6° Realizar procedimentos de registro contábil-financeiro das contratações de obras, serviços, compras e alienações, permitindo diferenciar a origem dos recursos, provenientes do Contrato de Gestão, em conformidade com as melhores práticas contábeis.

CAPÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

Art. 4º Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:

I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal com a descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.

II. Publicação da Carta Cotação com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares no sítio próprio do INSTITUTO CEM na internet, obrigatoriamente, podendo ainda publicar em plataforma eletrônica de compras, jornais de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas na Carta Cotação.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas na Carta Cotação e emissão de parecer técnico, quando for o caso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos na Carta Cotação, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das empresas que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do INSTITUTO CEM na internet, contendo o nome da empresa vencedora e o preço total da compra ou contratação.

Art. 5º A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço.

II. Especificações técnicas.

III. Quantidade e forma de apresentação.

IV. Documentação relativa a qualificação técnica, quando necessário.

V. Justificativa da compra ou contratação.

VI. Valor estimado.

§ 1º A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida à autorização do Diretor da Unidade e encaminhada ao INSTITUTO CEM .

§ 2º A indicação de marca ou fabricante, quando imprescindível, será admitida como mera referência.

§ 3º As compras e contratações no valor de até R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) poderão ser realizadas sem o valor estimado, seguindo o rito no art. 6º ou art. 15, desde que comprovada a compatibilidade de preço praticado no mercado, por meio de no mínimo três propostas de preços ou PR meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM , poderão ser utilizados como valor estimado.

Art. 6º O INSTITUTO CEM dará publicidade previa aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações comuns e de no mínimo 10 (dez) dias úteis para aquisições/contratações complexas ou de grande vulto nos seguintes canais de comunicação:

I. Sitio eletrônico do INSTITUTO CEM , www.institutocem.org.br, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquals que foram realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

II. II. Diário Oficial do Estado, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 100.000,00 (cem mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

III. III. Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional, para aquisições, contratações e alienações, cuo valor esteja acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

§ 1ºHavendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

§ 2ºO INSTITUTO CEM divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e a forma de apresentação do preço entre outros.

§ 3ºEm todas as hipóteses elencadas nos incisos I, II e III deste artigo, deverão ser disponibilizadas no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM , as versões integrais das Cartas Cotações das aquisições/contratações a serem realizadas.

Art. 7º Para o recebimento das propostas o INSTITUTO CEM definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.

§ 1º A proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.

§ 2º No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos na Carta Cotação, o INSTITUTO CEM poderá solicitar a retificação da proposta, sob pena de desclassificação.

§ 3º O descumprimento de qualquer das condições impostas neste regulamento ensejará no não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 8º O Setor de Compras poderá determinar a análise técnica da proposta, que será realizada pelo solicitante do bem, serviço ou obra.

§ 1º Na análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição da Carta Cotação, facultando-se quando necessário para subsidiar a análise, solicitar do proponente informações complementares do bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.

§ 2º A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovad pelO INSTITUTO CEM , com as informações devidamente registradas no banco de dados próprio.

II. Quando por sua natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

§ 3º Quando as empresas orçarem produtos com marcas ainda não aprovadas e registradas no banco próprio, e o INSTITUTO CEM não puder aguardar o resultado da análise da amostra para aquisição em andamento, as empresas somente poderão fornecer para o INSTITUTO CEM em aquisições futuras.

Art. 9º Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade.

II. Preço.

III. Prazo de entrega.

IV. Faturamento mínimo.

V. Prazo de validade.

VI. Análise técnica.

VII. Durabilidade do produto/serviço.

VIII. Garantia do produto/serviço.

IX. Avaliação de fornecedores.

X. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega.

XI. Economia na execução, conservação e operação.

XII. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho.

XIII. Impacto ambiental.

XIV. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas.

XV. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem.

XVI. Comprovação de capacidade técnica nos casos de fornecimento de bens, serviços ou obras, especialmente aqueles que envolvam importação de matéria-prima ou equipamentos, detenham conhecimento técnico específico, se constitua em alta complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

§ 1° O INSTITUTO CEM a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito de indenização, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira ou técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, relativo a entrega e qualidade dos produtos.

§ 2° Em busca da economicidade em suas compras/contratações o INSTITUTO CEM poderá, durante a análise das propostas, convidar as empresas habilitadas a apresentar novas propostas de preços, dando tratamento isonômico a todas as participantes.

§ 3° O Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com o intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

Art. 10 Para se habilitarem no certam os proponentes deverão apresentar os seguinte documentos:

I. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) dos representantes da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

VII. Prova de Regularidade com a Fazenda Federal, concernente aos tributos federais e à Dívida Ativa da União, por meio de Certidão Conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN;

VIII. Prova de situação regular para com a Fazenda Estadual do Estado de Goiás, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

IX. Prova de situação regular para com a Fazenda Municipal da Sede do proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos aos tributos Municipais;

X. Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do CRC - Certificado da Regularidade do FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal;

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

§ 1º A documentação que tratam os incisos II e VI deste artigo poderá ser dispensada nos casos de aquisição/contratação via ordem de compra.

§ 2º A documentação de que tratam os incisos VII a XI deste artigo poderá ser dispensada nos seguintes casos:

I. Aquisições/constratações no valor de até o limite de R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais);

II. Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente collocar em risco de perecimento os bens jurídicos postos sob a tutela do INSTITUTO CEM , ou ainda impuser risco a saúde e/ou integridade física de pessoas ou pacientes;

III. Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade.

§ 3º Admitir-se como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

§ 4º As certidões negativas poderão ser apresentadas até a emissão do Relatório de Compras ou da comunicação interna direcionada ao Gerente Administrativo.

§ 5º O INSTITUTO CEM aceitará o Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado – CADFOR, emitido pelo ComprasNet.GO, em substituição aos documentos determinados no caput deste artigo.

§ 6º É vedada a realização de aquisição/contratação sem qualquer comprovação da regularidade jurídica do terceiro, sendo recomendável a exigência dos documentos previstos nos incisos I ao VI deste artigo, notadamente aqueles obtidos pela internet. Entretanto, circunstâncias especificas da contratação podem possibilitar o cumprimento desse requisito por meio de outros documentos indicativos da existência e formalidade perante a ordem jurídica e o mercado em que atua.

Art. 11º Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma empresa habilitada, observando o valor estimado para a compra/contratação.

§ 1º Em caso de não restar nenhuma empresa habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termos do art. 6º.

§ 2º Persistindo a ausência de fornecedores habilitados, poderá ser realizada a aquisição/contratação nos mesmos termos do parágrafo 2º do art. 15 deste Regulamento.

§ 3º A observância do valor estimado para a compra/contratação de que trata a parte final do caput será dispensada quando as propostas de preço comprovarem que o valor estimado esteja desatualizado ou fora da realidade do mercado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM , poderão ser utilizados como comprovação de preços de mercado, durante a fase de negociação.

Art. 12 Todas as compras ou contratações deverão ser autorizadas e efetivadas das seguintes formas:

I. Nos casos de ordem de compra serão autorizadas pelo Gerente Administrativo;

II. Nos casos de contrato pelo Gerente Administrativo previamente no Relatório de Compras e pelo Gerente Geral no Contrato;

III. As compras/contratações cujo valor global seja superior a R$ 100.000,00 (cem mil reais) serão autorizadas pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM , independente de convocação, sem prejuízo da autorização do Gerente Administrativo e Gerente Geral da Filial do INSTITUTO CEM .

§ 1º A autorização do Conselho de Administração poderá se dar ad referendum sempre que a autorização prévia não for possível.

§ 2º O Gerente Administrativo e Geral da Filial do INSTITUTO CEM , são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências, na assinatura dos Relatórios de Compras das Ordens de Compras e dos Contratos, facultando-se ao Gerente Geral a delegação de poderes por meio de instrumento administrativo próprio.

Art. 13 Os resultados de todas as compras/contratações, incluídas aquelas previstas no artigo 15, e as alienações serão disponibilizadas no sito do INSITUTO CEM, durante a vigência do Contrato de Gestão, observadas as seguintes informações:

I. Nos casos de Ordem de compra

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Descrição do item.

d) Quantidade do item.

e) Valor total.

II. Nos casos de Contrato

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Objeto do contrato.

d) Vigência do contrato.

e) Valor mensal.

f) Valor total.

Parágrafo único – Os contratos e seus aditivos, também deverão ser disponibilizados integralmente no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM.

Art. 14 Concluída a compra ou contratação cumprirá as áreas competentes o recebimento do bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo.

II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes.

III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços.

IV. O Serviço de Engenharia Clínica é competente para o recebimento de serviços especializados realizados nos equipamentos médico-hospitalares e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais médico-hospitalares.

§ 1º Ficam os referidos Serviços, da mesma forma responsáveis em atestar a conclusão da Ordem de Compras ou do Contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

§ 2º Nos contratos celebrados pelO INSTITUTO CEM , bem como nas Ordens de Compras, devem constar a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas e/ou documentos equivalentes o número do Contrato de Gestão e seus aditivos a que a despesa se refere.

Art. 15 Ficam excepcionalizados da publicidade prévia disposta no art. 6º os seguintes casos:

I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objetos do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão.

II. Contratação com empresas cujo objeto tenha preço submetido a tabela controlada pelo governo, que não for possível o estabelecimento da concorrência.

III. Contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento.

IV. Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca.

V. Contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado.

VI. Contratação de empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de educação profissional, encaminhamento para pesquisa científica, tecnologia, Organizações Sociais, universidade. nacionais ou estrangeiras.

VII. Aquisição/contratação cujo valor não exceda R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por ano, considerando o valor total da aquisição e/ou contratação vedado o fracionamento de despesas.

VIII. Aquisição/contratação realizada em caráter de urgência ou emergência, caracterizada pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração.

IX. Grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade do INSTITUTO CEM , reconhecidos pela administração.

X. Quando não acudirem interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do art. 6º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, nes caso, todas as condições preestabelecidas.

XI. Aquisição/contratação que utilizar dos valores registrado em Atas de Registros de preços vigentes, para formalizar negociação diretamente com fornecedor vencedor e propor a contratação nos mesmos moldes do Poder Público contratante.

§ 1° Nas hipóteses dos incisos IV, V e VI deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 2º As compras ou contratações realizadas com fundamento nos incisos VII, VIII, IX e X deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a , no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrados no respectivo processo de compras/contratação ou comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para a validação do valor contratado.

§ 3º As compras ou contratações realizadas com fundamento no inciso XI deste artigo, poderão ser aplicadas somente nos casos em que a licitação tiver sido promovida por órgão ou entidade da União, dos Estados, ou do Distrito Federal, devendo constar no respectivo processo de compra/contratação a Ata de Registro de Preços que serviu de referência para negociação, bem como cópia de sua publicação na imprensa Oficial.

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16 O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos, e para compras e serviços onde não haja entrega imediata e facultativo nos demais casos em que o INSTITUTO CEM puder substituir por outros instrumentos hábeis.

§ 1º Entende-se por compras/contratações para entrega imediata, aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra.

§ 2º Ficam excepcionalizados da formalização de contratos os seguintes casos de compras/contratações:

a) Aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra;

b) Aquelas cuja contratação de serviços de engenharia seja de valor inferior a R$ 150.000,00.

c) Aquelas cuja aquisição de bem ou serviço, exceto de engenharia, seja de valor inferior a R$ 80.000,00

§ 3º Para os casos que se tratem as alíneas a", b" e c" do § 2º, o instrumento contratual será substituído pela ordem de compra nos termos do inciso VIII do art. 2º deste Regulamento.

§ 4º A ordem de compra passará a ter efeito de contrato quando ostentar a expressa concordância através da assinatura do fornecedor no referido documento.

Art. 17 Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, por escrito, com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que estejam em conformidade com o instrumento de seleção e com a proposta a que se vinculam, devendo conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam necessariamente:

I. Qualificação das partes;

II. O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço ou do bem;

III. Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;

IV. O prazo de vigência do contrato;

V. Quantitativos;

VI. Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

VII. As penalidades cabíveis e, quando aplicável, os valores das multas;

VIII. Os índices de reajustes e, quando aplicável, as garantias;

IX. Os casos de rescisão;

X. Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§ 1º Os contratos firmados com o INSTITUTO CEM terão vigência inicial de até 12 meses, salvo as situações devidamente justificadas.

§ 2º Os contratos firmados poderão ser prorrogados até o limite total de 60 (sessenta) meses, devendo o INSTITUTO CEM , anualmente, nesses casos, comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade.

§ 3º Os contratos firmados com recursos oriundos de contratos de gestão, deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 4º A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas estabelecidas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

§ 5º As contratações realizadas por meio de contratos de adesão, à exceção daquelas em que houver monopólio ou exclusividade da atividade, deverão ser reavaliadas no prazo máximo de ate 24 (vinte e quatro) meses,

podendo, em casos excepcionais devidamente justificados, entender por um período não superior a 12 (doze) meses, com o objetivo de comprovar a vantagem da manutenção do contrato.

Art. 18 As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, deverão constar em termo aditivos.

Parágrafo único – Os contratos poderão ser aditados nas hipóteses de acréscimo que se fizerem necessários nas obras, serviços ou compras, até 25% do valor inicial atualizado, e no caso particular de reforma predial ou de equipamento, até o limite de 50%, e poderão ser suprimidos em qualquer quantidade.

Art. 19 O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento de seleção ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de contratar com o INSTITUTO CEM por prazo não superior a 1 (um) ano.

Art. 20 As relações contratuais estabelecidas pelo INSTITUTO CEM com seus fornecedores e prestadores de serviços devem prever a obrigação de que as partes ajam de modo leal, responsável e probo, além de perseguir a boa fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

CAPÍTULO VII

DOS PROCEDIMENTOS DE ALIENAÇÃO

Art. 21 Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do INSTITUTO CEM por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com a Secretaria de Estado de Saúde, do Estado de Goiás, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

Parágrafo Único: O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

Art. 22 A alienação de bens de que trata o art. 20 se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pela Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser proposta pelo Gerente Administrativo, e confirmada pelo Gerente Geral e pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM .

§ 1° Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

§ 2° A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverá ser precedida de autorização da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Art. 23 Os bens imóveis pertencentes ao Estado de Goiás dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo INSTITUTO CEM com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art. 24 Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao INSTITUTO CEM por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM e pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás em conformidade com o disposto no inciso VIII, do art. 4º e parágrafo único, do art. 17, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 26 É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Art. 27 É vedado ao INSTITUTO CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Art. 28 O INSTITUTO CEM reserva-se o direito de revogar o processo de aquisição/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo, antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

Art. 29 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 30 Este Regulamento entrará em vigor após a sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

12.5.14 Dos Critérios Específicos De Contratação

Serão usados ainda como referências, os seguintes critérios:

12.5.14.1 SERVIÇO DE VIGILÂNCIA

Função dos Vigilantes:

- Fazer rondas internas e externas do edifício, durante o dia e à noite;
- Possibilitar o máximo de segurança possível contra roubo/furto e sabotagens em materiais, equipamentos e outros;
- Comunicar imediatamente, registrando por escrito, ao setor competente da Contratante, bem como à pessoa responsável pelo serviço, todo acontecimento entendido irregular e que atente contra a segurança, bem como qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter constante verificação de entrada e saída de público e colaboradores nos diversos setores do prédio;
- Controlar a entrada e saída de pessoas, fora do horário normal de expediente, conferindo listagem de colaboradores que tem livre acesso ao local;
- Conferir listagem de colaboradores que tem livre acesso ao prédio a qualquer hora, dentro ou fora do horário de expediente;
- Permitir o ingresso nas dependências internas somente de pessoas previamente identificadas e autorizadas pelo Contratante;
- Restringir a circulação de pessoas alheias ao serviço em prédio de serviços internos, sem a circulação de público;
- Fiscalizar a entrada e saída de objetos e equipamentos do prédio;
- Não permitir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados, bem como todas as atividades comerciais;

- Observar a movimentação de indivíduos suspeitos, adotando medidas de segurança necessárias para evitar qualquer eventualidade anormal;
- Recolher qualquer objeto encontrado nas dependências da Contratante e entregá-lo ao setor competente;
- Manter seus equipamentos de trabalho e armamento em perfeitas condições de uso;
- Seguir os horários fixados na escala de trabalho, baseada nos postos de vigilância estabelecidos;
- Manter afixado no posto de vigilância, em local visível, o número de telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de bombeiros, da Central Elétrica, da SANEAGO, dos técnicos responsáveis pea assistência Técnica e dos responsáveis pela administração do prédio;
- Colaborar com as policias civil e militar nas ocorrências de ordem policial nas dependências da Contratante, facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- O vigilante deverá assumir diariamente o posto de vigilância devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados e limpos e manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres, principalmente para atender chamados e/ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros não autorizados;
- O Cassetete deverá ser utilizado somente em defesa própria ou de terceiros e na guarda de patrimônio do Contratante, depois de esgotados todos os meios para a solução eventual do problema;
- Cumprir a programação dos serviços de acordo com determinação do Contratante deforma a garantir as condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral que se façam presentes;
- Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas dependências onde os serviços estão sendo prestados, para impedir danos ou prejuízos ao Patrimônio Público;
- Observar as regras para a utilização de telefones ou equipamentos de propriedade do Contratante, responsabilizando-se pelo dano que porventura vier a causar;
- Recolher no pronto socorro sempre que solicitado, objetos de pacientes que não tenham condições de mantê-los consigo e que estejam desacompanhados e entregá-los no guarda 'volumes relacionando-os em formulário ou livro próprio;

12.5.14.2 Dos Serviços De Portaria

Os serviços portaria funcionam 24 horas nas dependências da unidade. Sem eles o controle e a supervisão da portaria social e portaria de fornecedores, ficariam prejudicados, resultando em sérios transtornos, podendo até comprometer o funcionamento regular da unidade de saúde.

Em uma unidade de saúde, a contratação de empresa para a execução dos serviços acima descritos, é de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança dos pacientes, colaboradores e demais pessoas que transitam em suas dependências.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Os porteiros deverão executar os serviços conforme descrito a seguir:

- Executar serviços de portaria da unidade de saúde, baseando-se em regras de conduta, para assegurar a ordem no prédio e de seus ocupantes;
- Fiscalizar a entrada e saída de pessoas, observando o movimento das mesmas no saguão da portaria principal, nos corredores e pátios, procurando identificá-las, para vedar a entrada as pessoas suspeitas, ou encaminhar as demais ao destino solicitado;
- Manter serviço permanente de portaria contínua da unidade de saúde;
- Acender e apagar as luzes das partes comuns da unidade de saúde, observando os horários e/ou necessidades;
- Auxiliar no serviço de segurança interna da unidade de saúde;
- Encarregar-se da correspondência em geral e de encomendas de pequeno porte enviadas aos ocupantes do Edifício, recebendo-as e encaminhando-as aos destinatários, para evitar extravios e outras ocorrências desagradáveis;
- Vetar a entrada de vendedores, demonstradores, entregadores, etc., sem autorização.
- Desempenhar outras atribuições pertinentes ao cargo;

12.5.14.3 DA MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção preventiva e corretiva nos sistemas, redes e instalações hidrossanitárias, elétricas e telefônicas, incluindo grupo gerador, barramento, bombas de água e esgoto, existentes ou que venham a ser instaladas é de fundamental importância para o

funcionamento da unidade de saúde, podendo ser realizada por empresa especializada e deverá funcionar 24 horas por dia.

O serviço de manutenção preventiva, corretiva e preditiva deve abranger:

a) os sistemas de prevenção e combate a incêndio que inclui o sistema de proteção contra descargas atmosféricas, o sistema de rede de hidrantes e extintores portáteis, o sistema eletrônico de detecção de fumaça e alarme contra incêndios, o sistema de iluminação de emergência e o sistema de sinalização de segurança e emergência, existentes ou que venham a ser instalados;

b) Instalação, desinstalação, higienização, manutenção preventiva, corretiva e preditiva nos sistemas de refrigeração, envolvendo câmaras fria (cozinha), ar condicionado, compreendendo equipamentos de janela e Split, existentes ou que venham a ser instalados;

c) Manutenção preventiva, corretiva e preditiva em obras civis, serralheria, soldagem, esquadrias, vidraçarias, gesso, forro (PVC e madeira) marcenaria, capotaria, persianas, pintura, alvenaria e divisória naval/especial;

d) Limpeza e higienização, em conformidade com as legislações pertinentes e as normas técnicas, das caixas d'água e dos reservatórios inferiores e superiores, existentes ou que venham a ser instalados;

e) Realização de serviços eventuais diversos relacionados aos sistemas manutenidos, tais quais: instalação e remanejamento de circuitos elétricos, rede lógica e telefônicos; instalação e remanejamento de equipamentos de ar condicionado, instalação de luminárias, substituição de lâmpadas e equipamentos hidrossanitários, instalações hidráulicas, bem como reconstituição de partes civis afetadas.

f) Acompanhamento de Serviços de Controle de Vetores e Pragas Urbanas, para dedetização, desinsetização, desratização, controle de pombos, e, morcegos.

g) Gestão dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos elevadores.

Quantitativo de pessoal

Descrição	Jornada	Turno	
Engenheiro civil com especialização em Engenharia Clínica	44 hs semanais	Diurno	1

Engenheiro Civil	44 hs semanais	Diurno	1
Eletricista	44 hs semanais	Diurno	2
Técnico de Manutenção Predial	44 hs semanais	Diurno	3
Técnico de Manutenção Predial	44 hs semanais	Noturno	1

Para a execução dos serviços, a CONTRATADA deverá disponibilizar a quantidade de profissionais descrita nos quadros acima.

12.5.14.4 HOTELARIA

A hotelaria hospitalar é composta pela junção de serviços com o objetivo de promover a satisfação de todas as necessidades do usuário, as quais envolvem o seu bem-estar, segurança, privacidade e respeito a valores.

Entre os principais serviços que podem ser disponibilizados pela hotelaria estão:

- lavanderia
- limpeza e higienização;
- segurança privada

12.5.14.5 Limpeza e Higienização

Em uma unidade de saúde, os serviços de limpeza e higienização são de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança, fluxo e assistência aos pacientes, visitantes, e pessoas que transitam em suas dependências.

A limpeza irá contribuir para diminuir as infecções ambulatorial, gerando benefícios a todos os envolvidos. Os pacientes, muitas das vezes debilitados, ao contraírem infecção tendem a ser hospitalizados e assim permanecerem, gerando desgastes aos mesmos e mais ônus

para a Administração. Portanto se faz necessário manter a prestação continuada do serviço de limpeza e desinfecção de superfícies da unidade de saúde de maneira adequada, dentro das normas e legislações pertinentes.

Os serviços de limpeza e higienização serão terceirizados e realizados por empresa especializada e os serviços executados e os materiais fornecidos para a execução dos mesmos devem seguir as seguintes referências normativas Portaria n°15, de 23 de agosto de 1988 ANVISA; Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em

Estabelecimento de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília,1994; Resolução RDC n° 14, de 28 de fevereiro de 2007; Resolução RDC n* 13, de 28 de fevereiro de 2007; Manual Técnico de Limpeza e Desinfecção de Superfície: Hospitalares e Manejo de Resíduos. IBAM/COMLURB, 2010; Segurança do Paciente em Serviços de Saúde — Limpeza e Desinfecção de Superfícies - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA — 2010; RDC Nº 42, de 25 de outubro de 2010; Normas Regulamentadoras: NR 5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, NR 6 - Equipamento de Proteção Individual, NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, NR 24 - Condições Sanitárias e Conforto nos Locais de Trabalho, NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, instrução Normativa n"- 6, de 23 de dezembro de 2013.

O risco de infecção ao paciente está relacionado aos procedimentos aos quais ele é submetido, independentemente da área em que ele se encontra. Mas, a classificação da área auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecções, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde (Limpeza e Desinfecção de Superfícies — ANVISA — 2010). 4.3.1.

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos com maior risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO UTI, Centro Cirúrgico, Laboratório de Análises Clínicas, Central de Material e esterilização (CME), Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e Farmácia.

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem e corredores.

Áreas não - críticas: são todos os demais compartimentos da unidade não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco.

São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria.

12.5.14.6 Descrição Do Serviço - Serviços de Limpeza

Prestação de serviços de Limpeza da unidade de saúde, visando à obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes, materiais de limpeza, equipamentos, papel higiênico, papel toalha, sacos de lixo, álcool gel, sabonete líquido, dispenses e papeleiras em quantidade suficiente para atender as necessidades da unidade.

A Limpeza da unidade de saúde consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas da unidade, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ou exaustor, inclusive camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações etc.

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando-se:

1. Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;

2. Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;

3. Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;

4. Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;

5. Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área da unidade antes dos procedimentos de limpeza;

6. Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/ contaminado para o mais sujo/ contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;

7. Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;

8. Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme norma ABNT NBR ISO 9001, ou similar, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial - CCIA; e,

9. Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos.

10. Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;

11. Usar técnica de dois baldes sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágue;

12. Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas pela Direção do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;

13. Realizar a limpeza de toda a fachada de vidro da unidade pelo menos uma vez por mês.

12.5.14.7 Obrigações e Responsabilidades da Contratada

A Contratada, além da disponibilização de mão-de-obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão-de-obra atacada para a prestação de serviços:

- Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando aqueles com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, o qual deve abordar todas as técnicas de forma teórica e prática, tais como: noções de fundamentos de higiene, noções de infecção ambulatorial, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros, em conformidade com os dispostos no Manual "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies", da Anvisa (2012).

A capacitação técnica e preventiva deve ser inicial e continuada, sendo obrigatória a comprovação dos treinamentos realizados, devendo constar em documento comprobatório: data; carga horária; conteúdo programático; nome e formação ou capacitação do instrutor; nome e assinatura dos trabalhadores capacitados.

Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPIs e produtos químicos;

Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando as orientações necessárias aos executantes dos serviços. Esses encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/ fiscal do Contratante e tomar as providências pertinentes;

Manter sediado junto ao Contratante durante os turnos de trabalho, indivíduos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;

Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPIs;

Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções; utilizando de forma correta os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme Portaria MTE no 485, de 11 de novembro de 2005 - NR 32.

Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza na unidade, conforme disposições contidas na NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do Contratante;

Exercer controle no que se refere à assiduidade e à pontualidade de seus empregados;

Manter a disciplina entre os seus funcionários;

Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações do Contratante;

Atender de imediato às solicitações do Contratante quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;

Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;

Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;

Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos

Preservar e manter o Contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza, referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários.

Da execução dos serviços

Implantar de forma adequada, e em conjunto com o gestor de contratos e a CCIH, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;

Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de

Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, inclusive:

- sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2D0O da ABNT, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento;
- os sacos devem ficar contidas em recipiente de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento e garantir recipientes para coleta de perfurocortantes;
- todos os utensílios e equipamentos devem ter quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços.
- Dar ciência imediata e por escrito ao Contratante no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos;

Prestar os esclarecimentos que Ihe forem solicitados .e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do Contratante;

Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao Contratante, para que não haja interrupção dos serviços prestados;

Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento;

Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do Contratante, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.

Cabe à Contratada completar ou substituir a material considerado inadequado pela Contratante, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

DOS PRODUTOS UTILIZADOS

No início de cada mês, fornecer à Contratante todos os produtos necessários para a execução dos serviços de limpeza no período, em quantidade e qualidade adequada, para a aprovação pela fiscalização do contrato;

Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Resolução RDC no.1S/MS/SNVS, de 16/08/10- Fenólicos; quaternários de amónio; compostos orgânicos. e inorgânicos; iodo e derivados; álcoois e glicóis.

Respeitar a legislação vigente para o transporte, manuseio e armazenagem dos saneantes domissanitários e dos produtos químicos;

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou empregados de Contratada, ou com terceiros;

Utilizar produtos somente após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial - CCIA e autorização do gestor/ fiscal do Contratantes e

Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

b) Os cuidados em relação ao uso de produtos químicos que devem ser observados são:

- Estabelecer quais produtos podem ser utilizados.
- Adquirir somente produtos com notificação/ registro deferido no Ministério da Dos equipamentos e utensílios utilizados;

Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de resíduos, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do Contratante;

Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;

3. Utilizar rótulos (símbolos e expressões), identificar os recipientes de acondicionamento, carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros referenciados na norma ABNT NBR 7500 que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos;

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

DOS RESÍDUOS

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade Contratante e demais exigências legais nos termos da Lei Estadual nº 12.300, de 16/3/06; dos Decretos Estaduais nº 54.645 de 5/8/09 e 55.565, de 15/3/10; da Resolução RDC nº 306 de 7/12/2004, da Resolução MMA nº 358 de 29/4/2005 e da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC n"- 1, de 29/6/98, com o objetivo do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente; realizando a segregação no momento da geração do resíduo e destinando adequadamente os materiais perfurocortantes.

O procedimento de recolhimento dos resíduos de sérvios de saúde deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento e transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e a legislação vigente;

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser elaborado pela unidade geradora do Contratante, contemplar todos os Grupos de Resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, 8, C, D e E), e atender integralmente ao estabelecido no roteiro constante da Lei Estadual nº 12.800, de 16/3/06; Decreto Estadual nº 54.645 de 5/8/09; Resolução RDC nº 306 de 7/12/2004 da ANVISA, Resolução MMA nº 358 de 29/4/2005 e na Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC n 1, de 29/6/98:

(a) Consideram-se o conceito cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante:

Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da norma NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 — devem constar em saco individual, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal n° 6.360/76, regulamentada pelo Decreto Federal n-° 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;

Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;

Os contêineres com mais de 400 l de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério d Trabalho e Emprego.

Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND - Serviço de Nutrição e Dietética, lavanderia e transporte de pacientes;

Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pelo Contratante;

Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e

Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

- Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;
- Receber, do Contratante, informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem o meio ambiente;
- Responsabilizar-se pelo preenchimento do "Formulário de Ocorrências para Manutenção" por seu encarregado, que poderá ser fornecido pelo Contratante;
- Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao Contratante o "Formulário de Ocorrências para Manutenção" devidamente preenchido e assinado;

Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

- Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;
- Saboneteiras e toalheiros quebrados;
- Lâmpadas queimadas ou piscando;
- Tomadas e espelhos soltos;
- Fios desencapados;
- Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;
- Carpete solto, entre outras.

A Contratada deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso da água. Essa capacitação poderá ser feita por meio do material "O Uso Racional da Água", oferecido pela SANEAGO em seu sítio na Internet. Os conceitos deverão ser repassados para equipe por meio de multiplicadores;

A Contratada deverá adotar medidas para se evitar o desperdício de água tratada, conforme instituído no Decreto Estadual nº 48.138, de 07/10/03;

Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da Contratada, esperadas com essas medidas;

Sempre que adequado e necessário, a Contratada deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão, por sua economicidade.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovam a redução do consumo de água.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo;

Durante a limpeza noturna, quando permitido, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar ao Contratante sobre equipamentos com mal funcionamento ou danificados como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas;

Sugerir os locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias etc.;

Ao remover o pó de cortinas e persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, o sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.;

Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas nos seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e nas escovas das enceradeiras. Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas;

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo Contratante.

Separar e entregar ao Contratante as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, ou aos

estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que esses adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n-° 401, de 5/11/2008.

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral;

Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n°- 416, de 30 de setembro de 2009 e à Instrução Normativa do IBAMA n°-01, de 18 de março de 2010.

Quando implantado pelo Contratante Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forme efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separas° de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados pelo Contratante;

No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a Contratada deverá observar as seguintes regras:

a) Materiais não recicláveis:

Materiais denominados REJEITOS, para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento, dentre eles: lixo de banheiro; papel higiênico; lenço de papel e outros como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; toco de cigarro; cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada); acrílico; lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado); papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas (acondicionadas em separado e enviadas para fabricante).

b) Materiais Recicláveis:

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronizas o internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável).

Quando implantadas pelo Contratante, operações de compostagem/ fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operaç6es, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário;

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como a redução da destinação de resíduos sólidos;

Otimizar a utilização dos sacos de lixo, cujo fornecimento é de sua responsabilidade, adequando sua disponibiliza são quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos;

Observar, quando pertinente, as disposições, da Lei Municipal, quanto à organização de sistemas de coleta seletiva nos grandes geradores de resíduos sólidos, bem como o recolhimento periódico dos resíduos coletados e o envio destes para locais adequados, que garantam o seu bom aproveitamento, ou seja, a reciclagem.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Resolução RDC nº 35, de 16 de agosto de 2010.

Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxidade, livre de corantes e redução drástica de hipoclorito de sódio;

Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por esses realizadas.

Observar rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congéneres, no que se refere ao atendimento das prescrições do artigo 44, da Lei Federal nº- 6.360 de 23 de setembro de 1976 e do artigo 67, do Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, as prescrições da Resolução ANVISA nº 1, de 5 de junho de 2008, cujos itens de controle e fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante são os

Anexos da referida Resolução: ANEXO I — Tipos/ Categorias de produtos de limpeza e afins; ANEXO II

- 3.4Z -Rotulagem para produtos de limpeza e afins.

Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme disposto no Decreto Federal n°8.077, de 14 de agosto de 2013, que regulamenta a Lei Federal n° 6.360, de 23 de setembro de 1976; Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme Resolução RDC n° 34, de 16 de agosto de 2010, e os anexos 4 e 5 da Portaria 321/MS/SNVS, de 08 de agosto de 1997, assim como o Artigo 4 da Lei Federal 12.236, de 2s de dezembro de 2015.

Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, somente aplicar saneantes domissanitários cujas substâncias tensoativas aniônicas, utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis, conforme disposições da Resolução RDC n°- 180, de 3 de outubro de 2006 que aprova o Regulamento Técnico sobre Biodegradabilidade dos Tensoativos Aniônicos para Produtos

Saneantes Domissanitários:

a) Considera-se biodegradável a substância tensoativa susceptível de decomposição e biodegradação por microrganismos; com grau de biodegradabilidade mínimo de 9096. Para essa finalidade específica, fica definido como referência de biodegradabilidade o n-dodecilbenzeno sulfonato de sódio. A verificação da biodegradabilidade será realizada pela análise da substância tensoativa aniônica utilizada na formulação do saneante ou no produto acabado;

b) O Contratante poderá coletar uma vez por mês, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais.

b.1) Os laudos laboratoriais deverão ser elaborados par laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada.

Quando da aplicação de álcool, deverá se observar a Resolução RDC n° 46, de 20 de fevereiro de 2002 que aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro;

Ficam terminantemente proibidos, na prestação de serviços de limpeza e higienização predial, o fornecimento, a utilização e a aplicação de saneantes domissanitários ou produtos químicos que contenham ou apresentem em sua composição:

Corantes — relacionados no Anexo I da Portaria n-° 9 MS/SNVS, de 10 de abril de 1987;

Saneantes Domissanitários de Risco I -listados pelo art. 5ª da Resolução n° 336, de 30 de julho de 1999 e em conformidade com a Resolução ANVISA RE n-° 913, de 25 de junho de 2001;

Saneantes Domissanitários fortemente alcalinos - apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol), ou líquido para pulverização, tais como produtos desengordurantes, conforme Resolução o RDC n° 32, de 27 de junho de 2013;

Benzeno — conforme Resolução RDC n° 252, de 16 de setembro de 2003, e recomendações dispostas na Lei Federal n° 6.360, de 23 de setembro de 1976, pelo Decreto Federal n-° 8.077, de 14 de agosto de 2013 e pela Lei Federal n° 8.078, de 11 de setembro de 1990, uma vez que de acordo com estudos IARC — International Agency Research on Cancer, agência de pesquisa referenciada pela OMS - Organização Mundial de Saúde, a substância benzeno foi categorizada como cancerígena para humanos;

Inseticidas e raticidas - nos termos da Resolução Normativa CNS n° 01, de 04 de abril de 1979.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua classificação d risco, composição, fabricante e utilização, deverão ter notificação ou registro deferido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde, conforme Resolução RDC n°- S9, de 22 de dezembro de 2010. A consulta aos saneantes notificados e registrados está disponível na seção de Consulta ao Banco de Dados, no sítio da ANVISA:

http://www.anvisa.gov.br/saneantes/banco.htm.

Recomenda-se que a Contratada utilize produtos detergentes de baixas concentrações e baixos teores de fosfato.

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com empregados da Contratada, ou com terceiros.

Para seus equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel - Db(A), conforme Resolução CONAMA nº 020, de 07 de dezembro de 1994, em face do ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição.

A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

Resumo dos Materiais/equipamentos Utilizados a serem fornecidos pela contratada: Baldes plásticos de cores distintas (vermelho e azul) de 15 litros; Seladores e impermeabilizantes; Cálice graduado para diluição de desinfetantes; Pá de aço ou plástico para coleta de lixo; Panos para limpeza: tipo saco alvejado, multiuso e flanela Polidor de metais; Hipoclorito de Sódio a 196; Detergente desinfetante tipo desodorizador a base de quaternário de amônia; Detergente líquido neutro concentrado para pisos; Desentupidor de pias; Desentupidor de vaso sanitário; Desinfetante líquido a base de eucalipto; Rodos (40 e 60 cm em alumínio ou plástico resistente); Escovas para sanitários; Saco plástico branco leitoso tipo II NBR 9190: 40, 60 e 100 litros; Saco plástico preto NBR 9191: 40, 60 e 100 litros; Sacos de lixo de todos os tipos necessários, Cera antiderrapante; Álcool 70%; Álcool em gel e dispensers; Sabonete líquido e dispensers; Papel Higiênico e papeleiras, toalhas de papel e Porta Toalhas; Removedor de ceras; Palha e lã de aço; Disco para lustrar; Disco para lavar; Vassoura limpa teto; Esponja de limpeza; Lustra móveis; Kit limpa vidros; Carro de limpeza; Carro fechado, lavável para transporte de lixo conforme orientado no Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde da Unidade Contratante; Carro plataforma; Enceradeira industrial; Escadas de tamanho diversos; Máquina lavadora com jato de água à pressão; Rastelo; Garfo; Enxada; Vassoura leque; Enceradeira alta rotação Higthspeed; Vassoura tipo Mop seco e água + Cabeleiras; Luvas grossas de borracha nos diversos tamanhos em duas cores distintas; rádios comunicadores; Carriola e outros materiais e equipamentos para atender adequadamente as necessidades dos serviços. Todos os materiais e equipamentos deverão ser de primeira qualidade .

12.5.14.8 DETALHAMENTO DAS REGRAS PARA CONTRATAÇÃO

Na área de prestação dos serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial, a contratação para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO destina-se a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, inclusive no que se refere a qualidade, e a evitar operações em que se caracterize sobrepreço ou superfaturamento, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, da eficiência, da economicidade, do desenvolvimento nacional sustentável, da obtenção de competitividade, do julgamento objetivo e do formalismo moderado.

A contratação de serviços pode ser aplicada em todas as áreas da empresa definida como atividade- meio e fim, por exemplo, as seguintes atividades: serviços de alimentação, serviços de conservação patrimonial e limpeza, serviço de vigilância, serviço de recepção, serviços de processamento de dados, administração de recursos humanos, administração de relações trabalhistas e sindicais e serviços especializados ligados a atividade-fim do tomador de serviços.

A condição para tornar-se um prestador do Instituto CEM, como já dito é estar em dia com suas responsabilidades fiscais, além de estar alinhado às políticas de gestão de prestadores como Compras, Planejamento e Logística e Compliance e ser aprovado tecnicamente, conforme os critérios de Compras para a categoria de serviços.

Os requisitos para o funcionamento da empresa de prestação de serviços a terceiros estão previstos no artigo 4º B, que foi inserido pela Lei 13.429/2017.

A saber:

a) prova de inscrição no CNPJ;

b) registro na Junta Comercial;

c) capital social compatível com o número de empregados, observando-se os seguintes parâmetros, observando-se os seguintes parâmetros:

c1 – empresas com até dez empregados – capital mínimo de R$ 10 mil reais;

c2 – empresas com mais de 10 empregados até 20 empregados – capital mínimo de R$ 25 mil reais;

c3 – empresas com mais de 20 e até 50 empregados – capital mínimo de R$ 45 mil;

c4 – empresas com mais de 50 e até 100 empregados – capital mínimo de R$ 100 mil reais;

c5- empresas com mais de 100 empregados – capital mínimo de R$ 250 mil reais.

12.6 Manual de Rotinas Administrativas para a Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio

O INSTITUTO CEM propõe a utilização uma Política de Regulamentação Patrimonial (descrita abaixo), contendo as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo, institucionalizada pelo INSTITUTO CEM e passível de Aplicação no Hospital, conforme:

12.6.1 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do INSTITUTO CEM obedecerão ao disposto nesta normatização.

Art.2º. Para fins desta Normatização considera-se:

Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução do INSTITUTO CEM, inclusive bens de consumo;

Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor integra o patrimônio do INSTITUTO CEM;

Unidade administrativa: unidades da estrutura organizacional (organograma) do INSTITUTO CEM ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

DA AQUISIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Art.3º. A aquisição de materiais no âmbito do INSTITUTO CEM compreende os seguintes tipos:

Compra: operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;

Cessão: modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;

Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;

Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;

Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições pré-estabelecidas.

Art.4º. A aquisição de material na modalidade compra será efetuada pelo Setor de Contratos e Licitações e, quando necessário, via Setor de Compras, de forma planejada, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

Art.5º. As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

Art.6º. Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Art.7º. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Art.8º. As compras realizadas fora da programação da Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas somente depois de atingido o nível mínimo de estoque no almoxarifado;

§1º. As solicitações de itens que não fizerem parte do catálogo normal de materiais mantidos pela Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas diretamente ao Diretor Administrativo, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição;

§2º. Na hipótese do parágrafo anterior, caso a solicitação seja deferida pela Diretoria Administrativa, poderá ser modificado o catálogo de materiais, por iniciativa da Supervisão de Material e Patrimônio, para inclusão daquele item, desde que verificada a necessidade de aquisição para as demais unidades administrativas.

Art.9º. A quantidade de material a ser adquirida fica limitada à existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

Parágrafo Único – Fica proibida a aquisição de material permanente em quantidade superior à da pronta destinação e utilização por parte das unidades requisitantes, ressalvadas aquelas destinadas à reserva técnica para substituição imediata em caso de manutenção, para acomodação de novos profissionais ou implantação de novas unidades e/ou projetos / contratos de gestão.

Art.10º. Os materiais sujeitos à deterioração ou ao risco de se tornarem obsoletos deverão ser adquiridos em quantidades suficientes para a plena utilização, adotando-se, para tanto, critérios adequados à sua quantificação que serão definidos pela Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.11º. Ficam estabelecidas as fórmulas a serem utilizadas pela Supervisão de Material e Patrimônio para a reposição do estoque.

DO RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

Art.12. Recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue à Supervisão de Material e Patrimônio, em local previamente designado, devendo este ser recebido em conjunto com o representante do setor solicitante caso não esteja no catálogo de materiais ou se a sua natureza assim o exigir.

§ 1º. O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à Supervisão de Material e Patrimônio;

§2º. Deve ocorrer preferencialmente no almoxarifado da Supervisão de Material e Patrimônio, salvo quando não possa ou não deva ali ser estocado, caso em que se fará nos locais designados;

§ 3º. Qualquer que seja o local de recebimento, os registros de entrada serão realizados na Supervisão de Material e Patrimônio, quando se tratar de material permanente, bem como quando se tratar de material de consumo.

Art.13. Todo material para ser recebido deverá vir acompanhado de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial do INSTITUTO CEM, cuja cópia será arquivada na Supervisão de Material e Patrimônio para os devidos registros.

Parágrafo Único – Considera-se documento hábil para os fins deste artigo os seguintes documentos:

Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;

Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;

Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

Art.14. As Notas Fiscais de Materiais deverão ser entregues diretamente na Supervisão de Material e Patrimônio, para serem conferidas e depois repassadas à Diretoria Administrativa ou por quem este delegar esta atribuição.

Parágrafo Único – As Notas Fiscais de materiais adquiridos com recursos do Fundo Rotativo / Suprimento de Fundos também serão conferidas pela Supervisão de Material e Patrimônio e depois repassadas ao gestor/suprido do fundo.

Art.15. O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio do INSTITUTO CEM.

§1º.O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação;

§ 2º. A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

§ 3º. Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Art.16. Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de

Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Supervisão de Material e Patrimônio, em carimbo próprio.

§1º. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por pessoa habilitada para esse fim;

§2º. Nos casos em que o material não esteja relacionado no Catálogo de Materiais será necessário o atesto/assinatura, também, do responsável pelo setor solicitante.

Art.17. Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Art.18. Quando das aquisições de material para construção e reforma os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Supervisão de Material e Patrimônio aos Diretores ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido.

Art.19. As Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo supervisor de material e patrimônio responsável pelo acompanhamento da obra.

Art.20. Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao Diretor Administrativo.

Art.21. Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e consequente registro nos sistemas competentes/ inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

Art.22.A Supervisão de Material e Patrimônio manterá controle sobre os materiais a receber, sendo responsável pela entrega ao fornecedor do(s) comprovante(s) de entrega, devendo, também, acompanhar os prazos de entrega, comunicando ao Setor de Contratos e Compras os eventuais atrasos ou descumprimento do prazo de entrega.

Art.23. O sistema de controle de materiais, se possível, deverá permitir o recebimento provisório e definitivo, além de registrar as solicitações não atendidas – demanda reprimida.

Art.24.A Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser comunicada formalmente da aquisição de qualquer material, ainda que não transite fisicamente pela mesma, a fim de que possa efetivar as anotações e os registros necessários em seu sistema.

DO CONTROLE PATRIMONIAL

Art.25. A Supervisão de Material e Patrimônio manterá o registro do patrimônio do INSTITUTO CEM, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- registrar e informar a localização dos bens;
- registrar os agentes responsáveis;
- emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- controlar a movimentação de material;
- identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- permitir a obtenção de informações gerenciais.

Art.26. Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela Supervisão de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Único - O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por mei de numeração específica do sistema patrimonial do INSTITUTO CEM, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Art.27. Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- número de tombamento;
- descrição do material;
- modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- valor de aquisição;

- data de aquisição e número de autos;
- número do documento fiscal;
- estado de conservação do material;
- outras observações consideradas indispensáveis.

Parágrafo Único – Para fins de registro patrimonial, o bem cujo valor de aquisição for desconhecido, será avaliado tomando como referência o valor de outro bem, semelhante ou sucedâneo, no mesmo estado de conservação e a preço de mercado.

Art.28. Toda manutenção e reparo realizados nos materiais permanentes do INSTITUTO CEM deverá ser comunicado formalmente à Supervisão de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

Art.29. O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/ plaquetas.
Parágrafo Único – No caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.

Art.30. Os bens que não transitarem na Supervisão de Material e Patrimônio serão tombados, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

Art.31. A movimentação de bens dentro do INSTITUTO CEM, bem como a saída de material permanente da instituição é de responsabilidade única e exclusiva da Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.32. A Supervisão de Pessoal, sempre que ocorrerem mudanças do agente responsável pelos bens, por qualquer que seja o motivo, deverá comunicar a Supervisão de Material e Patrimônio para atualização do Termo de Responsabilidade.

§ 1º- A Gerência de Pessoal informará à Supervisão de Material e Patrimônio todos os atos relacionados à dispensa, exoneração, nomeação, designação e afastamentos de membros e profissionais no prazo máximo de dez dias da assinatura do respectivo ato administrativo;

§2º -O mesmo procedimento deverá ser adotado pela Supervisão de Tecnologia da Informação quando houver troca de equipamentos de informática por aquela Supervisão.

Art.33. Compete ao Diretor Executivo, por meio de processo administrativo próprio, autorizar a baixa de bens do patrimônio, nos seguintes casos:

- furto;
- extravio;
- dano irrecuperável que impossibilite sua utilização ou alienação;
- cessão;
- alienação.

Parágrafo Único – Nos casos de furtos e extravio, o Diretor Executivo determinará as ações necessárias para apuração de responsabilidades, visando indenizar O INSTITUTO CEM e aplicar penalidades administrativas, observada a legislação em vigor.

Art.34. Toda incorporação ou baixa no patrimônio será objeto de registro no sistema próprio concomitantemente à sua ocorrência.

Art.35. A devolução de qualquer bem ou material à Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser precedida de comunicação formal devidamente fundamentada.

Parágrafo Único – Sempre que a quantidade de material a ser devolvido depender de conferência por parte da Supervisão de Material e Patrimônio, em razão da quantidade ou da natureza, deverá ser previamente agendada a data da efetivação da devolução.

DAS REQUISIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DOS BENS

Art.36. A requisição de qualquer material, realizada em formulário próprio ou, efetivamente, por meio de sistema eletrônico de processamento de dados, deverá ser feita observando-se os códigos e padrões a serem adotados.

§ 1º- Toda requisição de material de consumo ou bem permanente deverá ser registrada no sistema de controle do almoxarifado e patrimonial da Supervisão de Material e Patrimônio, respectivamente;

§ 2º - As unidades administrativas deverão encaminhar as solicitações de material com antecedência à Supervisão de Material e Patrimônio, a fim de possibilitar a separação e organização do material a ser entregue.

Art.37. Os dirigentes das unidades administrativas e titulares das Coordenações, Gerências, Setores e Serviços poderão indicar, por meio de comunicação formal, profissionais a serem cadastrados pela Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado), para requisição de material de consumo.

Art.38. A Supervisão de Material e Patrimônio tem competência para atender ou não, no todo ou em parte, os pedidos que, em razão da quantidade superior ao consumo da unidade requisitante em períodos pré-determinados, se mostrem supérfluos, desnecessários ou incompatíveis com o interesse da administração ou necessidade do serviço, observados os critérios definidos pela Diretoria Administrativa-Financeira.

Art.39. O atendimento à requisição fica também sujeito às seguintes condições:

- quantidade existente;
- análise do consumo da unidade em períodos pré-determinados;
- prioridade de atendimento a determinadas áreas definidas pela administração;
- vinculação do material catalogado às áreas específicas, requerendo, quando de sua solicitação por áreas diversas, a necessária autorização da Diretoria Administrativa;

§ 1º - Será sempre necessária a justificativa da unidade requisitante se a quantidade requisitada de determinado material for maior que a média de consumo obtida por meio da análise de consumo de que trata o inciso II;

§ 2º - As unidades que possuírem prerrogativa de solicitação de material de uso exclusivo deverão manter controles que possibilitem a identificação de sua destinação;

§ 3º - As unidades que demandam materiais em grande quantidade, ou cujo consumo, dependendo das atividades programadas, sofram grandes variações, deverão apresentar previsão, com código e quantidade de material, ao longo do exercício, para fins de programação das unidades envolvidas.

Art.40. A Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado) deve distribuir às unidades requisitantes os materiais estocados fisicamente a mais tempo ou, se for o caso, cujo prazo de validade esteja mais próximo de expirar, utilizando o critério PEPS – Primeiro que Entra, Primeiro Sai.

Art.41. Não havendo disponibilidade do material solicitado em estoque, deverá a Supervisão de Material e Patrimônio verificar se há processo em andamento para a aquisição do mesmo e a fase em que se encontra e, se não houver, tomar as providências necessárias para iniciá-lo.

Art.42. A Supervisão de Material e Patrimônio permanecerá fechada para atendimento nos últimos 02 (dois) dias úteis de cada mês, oportunidade na qual serão realizadas as averiguações e contagens de estoque (balanços).

Parágrafo Único - As solicitações encaminhadas durante o período supracitado serão atendidas a partir do primeiro dia útil subsequente, observada a ordem cronológica de recebimento.

DA ALIENAÇÃO, CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS

ART.43. A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do INSTITUTO CEM, devidamente justificada, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- venda;
- permuta;
- doação.

Art.44. A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada esta nos seguintes casos:

- permuta, permitida exclusivamente entre unidades do INSTITUTO CEM;
- doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- venda de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do INSTITUTO CEM, em virtude de suas finalidades.

Art.45. A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo do INSTITUTO CEM, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins.

Parágrafo Único – A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

Art.46. A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Art.47. Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

DA CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS

Art.48.Os materiais inservíveis classificam-se em:

- ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso:
- recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo, a manutenção for onerosa;
- irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Art.49. Para fins do artigo anterior serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais do INSTITUTO CEM, emitindo relatório de tudo para a Diretoria Administrativa, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria do INSTITUTO CEM.

§ 1º Pelo menos um membro da Comissão Especial de Avaliação deverá ter qualificação compatível com o bem avaliado.

§ 2º Os integrantes da Comissão Especial de Avaliação desempenharão suas funções sem prejuízo das atribuições habituais.

Art.50.O bem considerado antieconômico ou irrecuperável poderá ser cedido a outras entidades administrativas ou obrigatoriamente alienado no menor tempo possível.

Art.51. Verificada a impossibilidade ou a inconveniência da alienação de bens classificados como irrecuperáveis, o Diretor Executivo, após ouvir a Diretoria Administrativa/Comissão Especial de Avaliação, determinará sua descarga patrimonial e sua inutilização ou abandono, após a retirada das partes economicamente aproveitáveis, caso existam, que serão novamente incorporados ao patrimônio.

Art.52. A inutilização consiste na destruição total ou parcial do bem ou que implique em ameaça à saúde das pessoas ou risco de prejuízos ecológicos ou inconvenientes de qualquer natureza para a Instituição, sendo feita, sempre que necessário, mediante audiência dos setores especializados, de forma a ter sua eficácia assegurada.

Parágrafo Único A inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

Art.53. São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;

- a sua natureza tóxica ou venenosa;

- a sua contaminação por radioatividade;

- o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Art.54. Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Art.55. Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

Parágrafo Único -A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Art.56. Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

DOS INVENTÁRIOS

Art.57. O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque, que tem por finalidade:

- verificar a existência física dos bens e materiais;
- informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

Art.58. O inventário físico no âmbito do INSTITUTO CEM, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;

EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos Diretores Executivo, Administrativo ou pela própria Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.59. Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão

Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros, designados pelo Diretor Executivo.

Parágrafo Único – Os membros das comissões de que se trata o caput serão designados até o dia 31 de março de cada ano, por um período de 01(um) ano.

Art.60.O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, devendo ser todos elencados no artigo 27 desta Normatização.

Parágrafo Único – O inventário de que se trata o caput será realizado pela(s) Comissão(ões) permanente(s) de Inventário, obedecendo os mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual, em conformidade com os § 1º e 2º do art.63, deste ato.

Art.61. A Supervisão de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;

POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demai itens do mesmo grupo de classe.

INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas no âmbito do INSTITUTO CEM, para identificação e registro de bens.

Art.62. As pendências decorrentes dos inventários de que tratam os artigos 58 e 61, deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Art.63. A(s) Comissão(ões) permanente(s) de Inventário deverá(ão), obrigatoriamente, realizar o inventário físico anual, mediante formalização de procedimento administrativo, no qual conterá também a verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos mesmos pelos agentes responsáveis, assim como evitar a

permanência de material inservível ou ocioso nas unidades administrativas do INSTITUTO CEM.

§1º. O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

§2º. O inventário físico anual será encaminhado ao Setor de Contabilidade, o qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo às Coordenações, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal do INSTITUTO CEM.

DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS

Art.64. Todos os profissionais são responsáveis pelos bens que lhes são confiados, devendo observar, no seu manuseio, dentre outros cuidados necessários à guarda, localização, segurança e preservação, no que couber, aqueles constantes nesta Normatização;

§ 1º. Todas as unidades administrativas deverão arquivar, em pasta própria, os termos de responsabilidade e de ocorrência, com a finalidade de manter o controle dos bens permanentes sob sua guarda e uso;

§2º. Todas as unidades administrativas deverão manter um controle de estoque dos materiais de consumo que lhes forem disponibilizados.

Art.65. Os profissionais serão chamados à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material de consumo que lhes forem confiados para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causarem, estejam ou não sob sua guarda.

Art.66. Qualquer irregularidade ocorrida com bem ou material será objeto de imediata comunicação formal, de maneira circunstanciada, por parte do profissional ou responsável da unidade administrativa ou por iniciativa da própria Supervisão de Material e Patrimônio.

§ 1º. Além da hipótese prevista no caput, imediatamente após a conclusão do inventário físico anual de que trata o artigo 58, inciso I, desta normatização, caso seja detectada a qualquer irregularidade, deverá ser procedida, em processo distinto, a apuração de responsabilidade objetivando a localização do bem desaparecido ou ressarcimento do valor correspondente;

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo considera-se irregularidade toda ocorrência que resulte em prejuízo ao INSTITUTO CEM, relativamente a bens e materiais de sua propriedade ou sob sua guarda.

Art.67. Independentemente das sanções administrativas e penais cabíveis, o profissional responsabilizado pela avaria ou desaparecimento de bem ou material deverá arcar com as despesas de recuperação, substituí-lo por outro com as mesmas características ou indenizar em dinheiro, pelo preço da avaliação, apurado pela Comissão Especial de Avaliação, o valor correspondente.

Parágrafo Único – As empresas prestadoras de serviço O INSTITUTO CEM deverão indenizar o mesmo, em virtude de dano, furto ou extravio causados por seus empregados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, mediante pagamento em parcela única.

Art.68. Para fins de apuração das irregularidades previstas nesta normatização, considera-se:

profissional responsável: o funcionário que se responsabiliza perante o INSTITUTO CEM, assinando o respectivo termo e que, de forma direta ou indireta, pode propiciar ou facilitar a ocorrência da irregularidade;

autor: o agente, inclusive o definido no inciso anterior, que praticou a irregularidade.

Art.69.O processo de responsabilidade deverá ter caráter sigiloso.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.70. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito O INSTITUTO CEM aplicam-se, no que couber, as disposições da legislação pertinente em vigor.

Art.71. Fica vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro O INSTITUTO CEM na manutenção de bens particulares, exceto aqueles que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

Art.72. Todas as atividades inerentes ao registro e controle de bens patrimoniais de que trata este ato, serão transferidos automaticamente para a Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.73. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria do INSTITUTO CEM.

Art.74. Esta normatização entrará em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração e publicação no site da instituição, revogando-se as disposições em contrário.

ASPECTOS CONCEITUAIS RELEVANTES SOBRE O TEMA:

O setor de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO terá como finalidade precípua o recebimento e a conferência de todo o material e bens de pequena monta da unidade, bem como o armazenamento e distribuição interna, em quantidade necessária e qualidade adequada para o melhor atendimento e eficiência nas atividades do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

DAS FUNÇÕES

Recebimento

Recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos; Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um

sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreende quatro fases:

- Entrada de materiais;
- Conferência
- Quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização.

Entrada de Materiais

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito através da análise da disposição das cargas, da

observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

Conferência Quantitativa

- A atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Qualitativa

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

Regularização

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;

- Reclamação de falta ao fornecedor;
- Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Relatório técnico da inspeção;
- Especificação de compra;
- Catálogos
- Técnicos;
- Desenhos.

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

Armazenagem

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;

- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento; Separação para distribuição.
- Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:
- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos); Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.
- No projeto de um Almoxarifado devem ser verificados os seguintes aspectos:
- Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- Corredores (facilidades de acesso); Portas de acesso (altura, largura);
- Prateleiras e estruturas (altura e peso); Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente é utilizada uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

Distribuição

A distribuição dos materiais estocados deve ser realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos de uma empresa, normalmente, se faz por meio de requisição específica.

LEGISLAÇÃO

Utilizaremos para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO Cruz, apoio na legislação federal que é regida pela Instrução Normativa Nº. 205 de 08 de abril de 1988 e que tem como objetivo racionalizar, com minimização de custos, o uso de material através de técnicas modernas que atualizam e enriquecem essa gestão com as desejáveis condições de operacionalidade, no emprego do material nas diversas atividades.

Para tal considera-se material como sendo uma designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

PRÁTICAS DO ALMOXARIFADO NO HERSO GERENCIADO PELO INSTITUTO CEM

Os espaços destinados à guarda e conservação dos materiais visam atender as normas de segurança bem como a legislação, garantindo assim que as instalações estejam adequadas para movimentação dos materiais, assim sendo, adota procedimentos que visam assegurar o atendimento ideal às demandas do HERSO.

Tendo como o principal objetivo deste Manual a documentação dos procedimento realizados pela Divisão de Almoxarifado, seguem as rotinas detalhadas adotadas atualmente pelo Almoxarifado da CEM.

Recebimento e Aceitação

O recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue no local previamente designado, no caso o Almoxarifado, uma vez que todo o registro de entrada e distribuição de material deverá ser de responsabilidade do Almoxarifado.

A aceitação consiste na operação segundo a qual se declara que o material recebido satisfaz às especificações contratadas.

São considerados documentos hábeis para o recebimento de materiais ou equipamentos:

- Nota Fiscal, Fatura e Nota Fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão, Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- Guia de Produção.

Nestes documentos constarão, obrigatoriamente: descrição do material, quantidade, unidade de medida e valor.

Observando-se que, quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado pelo recebimento ou o Almoxarife, providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega, formalizando qualquer irregularidade.

Rotina para Recebimento de Materiais

O fornecedor que for entregar o material/mercadoria deve aguardar sua vez para o atendimento do recebedor devendo este:

- ✓ Conferir com a Nota Fiscal enviada pelo fornecedor e chegar junto ao sistema se a compra foi de fato solicitada por esta unidade;
- ✓ O descarregamento é realizado pelo fornecedor/transportadora, devendo o recebedor indicar o local adequado para o material.
- ✓ O recebedor deve acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com nota fiscal e recibo do frete. (Como o frete não é "a pagar", não é deixada nenhuma via do recibo do frete, sendo viável anotar a transportadora que realizou o serviço, se for este o caso).
- ✓ No ato do recebimento, se o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso do recibo do frete: Embalagem danificada sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização.
- ✓ Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor deve escrever ou carimbar no canhoto da Nota Fiscal: Recebido "X" volumes sujeitos à conferência.
- ✓ Finalizar o recebimento assinando e carimbando o canhoto da Nota Fiscal.

Muitos materiais são recebidos pelo Almoxarifado, cuja origem não tenha sido por meio de compra, portanto, sem a existência de documentação específica. Nestes casos, atentar-se quanto

- ✓ Natureza da Operação, muitas vezes caracterizada "Simples Remessa". Para tanto, deve-se entrar em contato com o responsável pela aquisição.

FLUXO – ALMOXARIFADO NO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO CRUZ

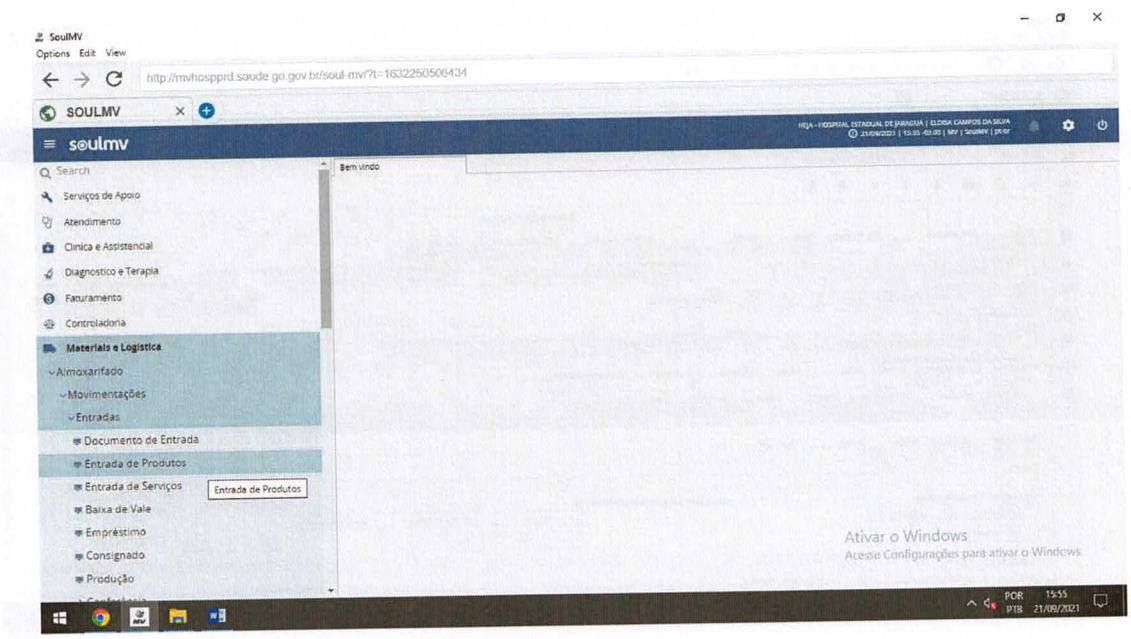
O fluxograma da rotina de sistemas utilizados no setor de almoxarifado do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO se dá do seguinte modo:

- Após o recebimento e conferência da mercadoria é realizado a entrada no sistema SOUL MV para realização de consumo na unidade;

Iniciamos esta entrada com os seguintes passos:

- Materiais e Logística;
- Almoxarifado;
- Movimentações:
- Entradas:

Entradas de Produtos:



- É aberto uma nova aba onde iremos adicionar os dados da nota fiscal:

a) Ordem de compra;

b) Tipo de documento;

c) Chave de acesso Danfe;

d) Estoque;

e) Número de Documento;

e) Número de Série;

f) Fornecedor;

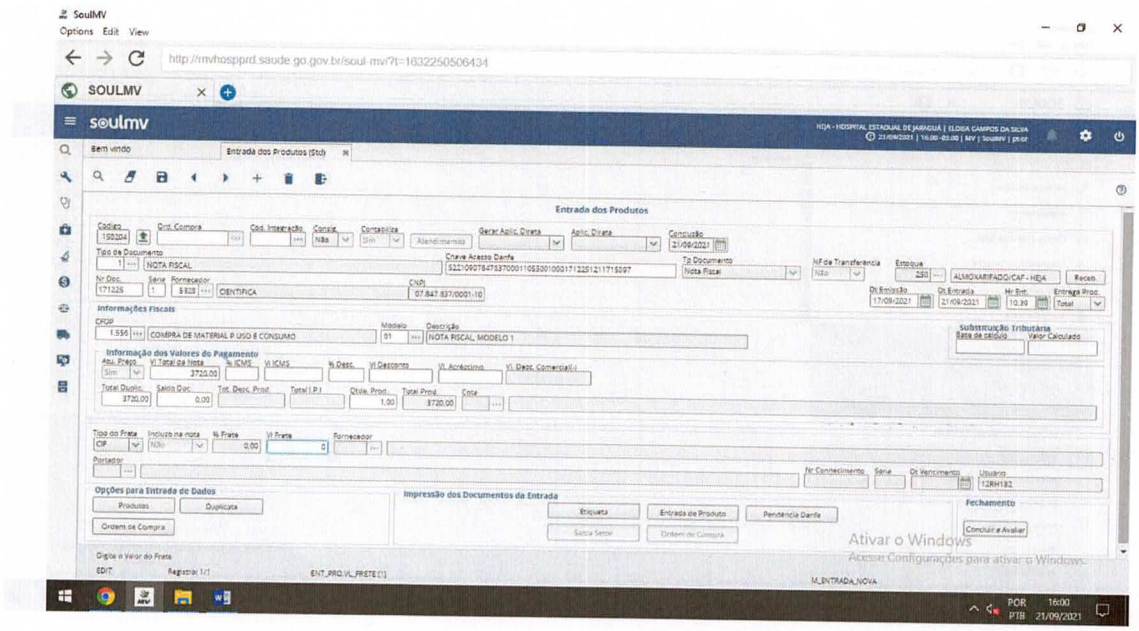
g) Data de emissão da nota fiscal;

h) Data da entrada da nota fiscal;

i) CFOP (Código Fiscal de Operação e Prestações);

j) Modelo de documento;

k) Valor da nota;



Só após todos estes dados adicionados é clicado na aba **Produtos** para lançamento dos itens que compõem a nota. Nesta aba é necessário os seguintes pontos:

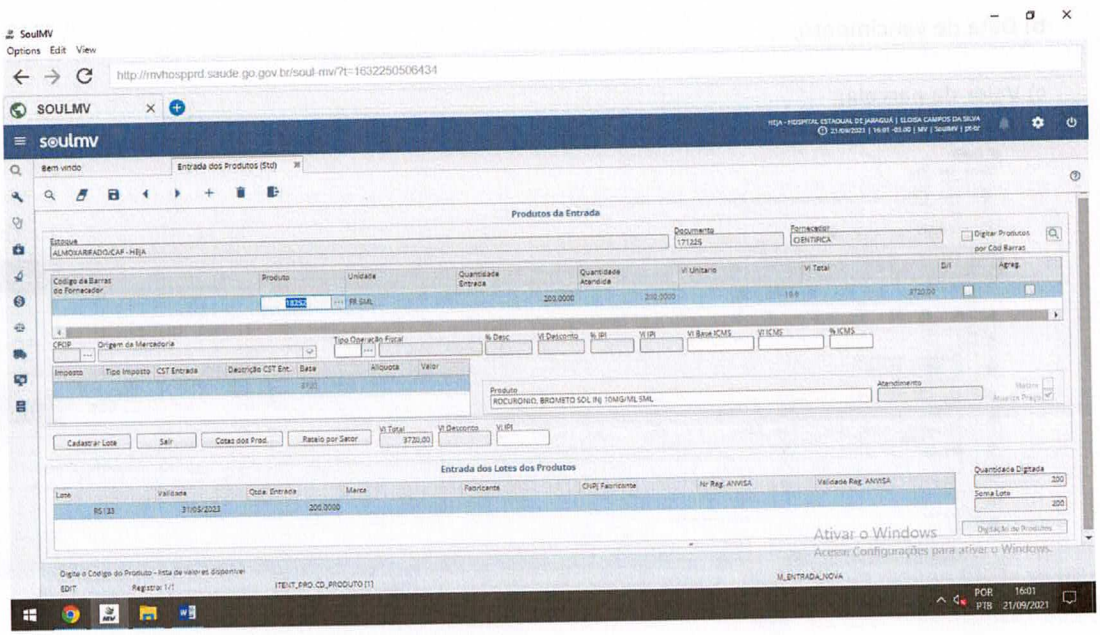
Descrição do produto;

Quantidade;

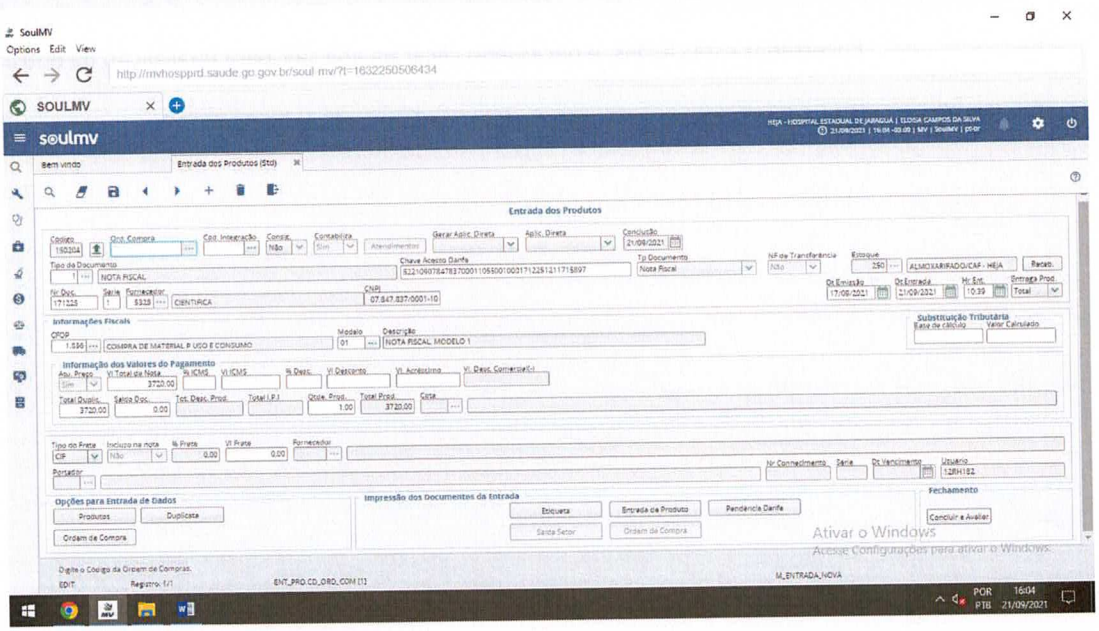
Valor unitário;

Valor total;

Clicar na aba **Cadastrar Lote** (caso haja).



Depois de todos os itens lançados clicar na aba **Sair** que retornará a tela principal e fazer o lançamento da **Duplicata:**

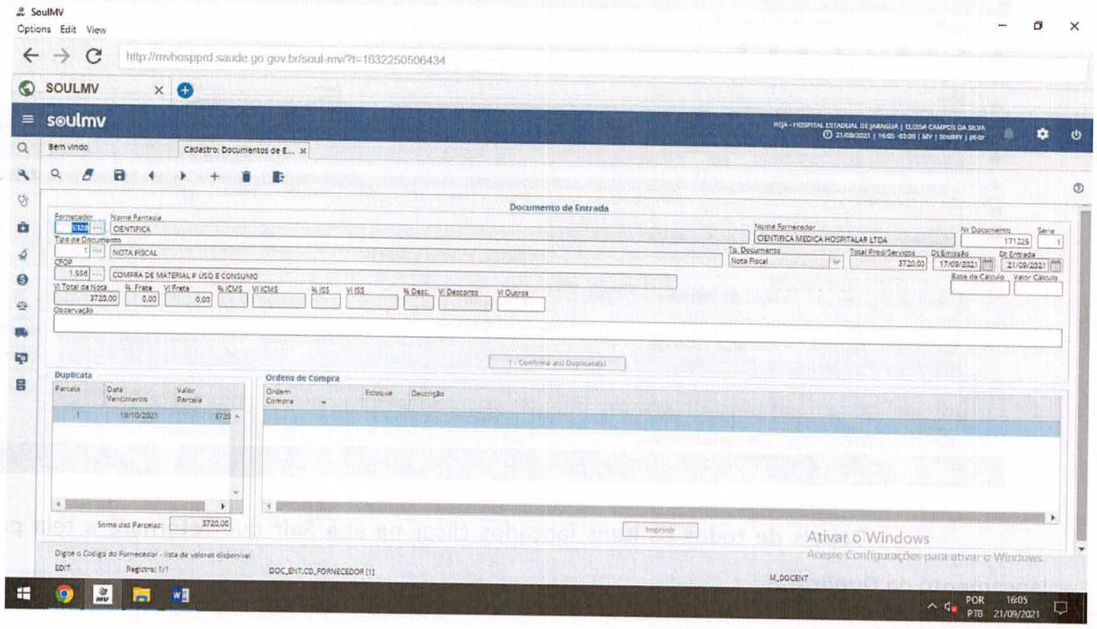


- Nesta aba é necessário a inserção de:

a) Quantas parcelas;

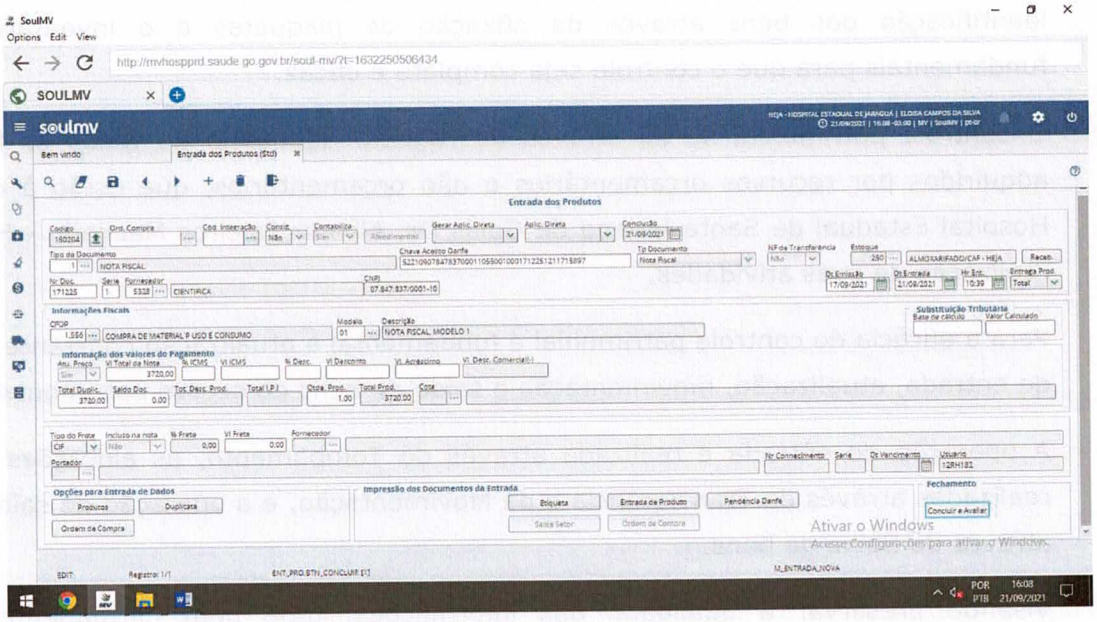
b) Data de vencimento;

c) Valor da parcela;



Encerradas estas ações, é necessário clicar na aba sair para finalização da entrada.

Por fim, é necessário a finalização e avaliação do fornecedor na aba principal:



A partir daí todos os itens presentes naquela nota já se encontram no sistema para movimentação e consumo.

CONTROLE PATRIMONIAL

IMPORTÂNCIA DO CONTROLE PATRIMONIAL

A importância do controle patrimonial nas instituições, tanto públicas quanto privadas, dizem respeito principalmente à grande imobilização financeira decorrente da aquisição do parque instalado e da massa de custos adicionais decorrentes desses bens.

O controle dos bens permanentes da CEM é feito de forma descentralizada em cada unidade gestora, de modo a facilitar as operações e permitir maior autonomia por parte das unidades, além de obviamente atender as disposições legais quanto à não fundir valores e bens oriundos de contratos distintos.

Na tarefa do cuidado patrimonial o Instituto CEM conta o Sistema Interno de Controle Patrimonial, um aplicativo desenvolvido em substituição ao sistema ATM, integrando a atividade de controle do patrimônio móvel da CEM e fornecendo os meios necessários à atuação gerencial da Instituição e dos órgãos de controle e fiscalização internos externos

O aplicativo, portanto, é uma ferramenta, uma parte integrante do controle patrimonial, e, de maneira alguma, esgota as funções inerentes a esta atividade. Funções como a

identificação dos bens através da afixação de plaquetas e o inventário anual são fundamentais para que o controle seja completo e eficaz.

O controle patrimonial se dá através do registro adequado de todos os bens móveis, adquiridos por recursos orçamentários e não orçamentários, que estão à disposição do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO para a realização de suas atividades.

Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entrada é realizada através do Tombamento, as alocações internas são realizadas através da Transferência e da Movimentação, e a operação de saída é realizada através da Baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.

A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Setor de Patrimônio, é realizada através dos Inventários.

Deve ser controlado todo acervo do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO Cruz, seja de bens móveis ou imóveis, assim como todo bem não pertencente ao acervo, mas colocado à sua disposição para consecução dos objetivos institucionais (bens em comodato).

MATERIAL PERMANENTE

De acordo com o dicionário, patrimônio é "o conjunto de bens, direitos e obrigações economicamente apreciáveis, pertencentes a uma pessoa ou empresa" (Dicionário Houaiss da Língua portuguesa, p. 2151).

Para efeito deste manual, a referência a patrimônio deve ser entendida como sendo o conjunto de bens móveis, também denominados, materiais permanentes.

A Instrução Normativa 205/88 da Sedap define material como:

"... designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias-primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das

organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis"

I – Durabilidade – quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;

II – Fragilidade – material cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

III – Perecibilidade – material sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

IV – Incorporabilidade – quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal;

V – Transformabilidade – quando adquirido para fim de transformação.

Verificadas as condições acima citadas, devem ser analisados, por fim, mais dois parâmetros que complementam a definição final da classificação:

a) A relação custo de aquisição/custo de controle do material. De um modo geral, o material de pequeno custo que, em função de sua finalidade, exige uma quantidade maior de itens, redunda em custo alto de controle, devendo ser, portanto, classificado como de consumo;

b) Se o bem está sendo adquirido especificamente para compor o acervo patrimonial do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO . Nestas circunstâncias, este material deve ser classificado sempre como um bem permanente.

Além disso, é importante frisar que a classificação do bem, para efeito de sua inclusão no sistema de controle patrimonial, deve ser coerente com a adotada no respectivo processo de aquisição.

NÚMERO PATRIMONIAL

Todo bem componente do acervo patrimonial deve ser identificado individualmente no momento do seu tombamento.

Essa identificação consiste na atribuição de um número patrimonial exclusivo e deve permitir aos agentes do controle patrimonial coletar informações relativas à localização,

estado de conservação, situação desse bem face ao acervo, bem como o responsável por sua guarda e conservação.

OPERAÇÃO PATRIMONIAL

As operações patrimoniais consistem no registro de entrada, movimentações e saída de bens do acervo da instituição.

A entrada de material permanente é denominada Tombamento.

Às alterações da localização de bens denominamos Movimentação, quando não há troca pela responsabilidade por sua guarda, ou Transferência, quando há a transferência de posse e guarda para um novo responsável.

A saída do bem do acervo patrimonial é denominada Baixa, é sempre resultado de processo apropriado que a justifique e deve ser sempre autorizada pelo gestor do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ou por determinação do Secretário de Estado de Saúde de Goiás.

É importante salientar que o registro patrimonial tem sua correspondência no balanço financeiro da instituição, representando recursos imobilizados.

O responsável institucional pelos recursos é sempre o Gestor, daí a importância de sua anuência e autorização nas operações que impliquem na entrada ou saída de recursos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO Cruz.

TOMBAMENTO

Tombamento é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de controle patrimonial do HERSO e, em alguns casos, no seu balanço contábil. Isso significa dizer que o bem que entra no acervo da instituição, apresentará igualmente um aporte de recursos no balanço patrimonial.

Por interferir no balanço patrimonial, essa operação é atribuição exclusiva do responsável pelo controle patrimonial da Unidade.

O tombamento deve ser realizado sempre no momento em que o bem entra fisicamente na instituição e envolve desde o lançamento dos bens no Sicpat até a assinatura e arquivamento dos Termos de Responsabilidade.

A modalidade do tombamento é escolhida conforme a documentação referente ao bem permanente, que indica a fonte de recursos e a origem física do bem.

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Esse Manual tem como finalidade a orientação da realização de atividades pelos colaboradores da unidade, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento das mesmas, garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e, principalmente, para os pacientes.

FUNÇÕES:

O Setor de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , tem entre suas principais atribuições:

- O planejamento e o controle do estoque de materiais;
- A patrimonialização e controle dos bens do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ;
- Acompanhar e supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais e bens de pequeno valor adquiridos junto aos fornecedores;
- Receber os materiais e bens adquiridos, certificando a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/ razão social do fornecedor, através da Autorização de Fornecimento/ empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar em conformidade as especificações técnicas descritas na AF/empenho;
- Armazenar os materiais em estoque;
- Registrar, patrimonializar e controlar os bens do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ;
- Registrar em sistema próprio as notas fiscais dos itens recebidos;
- Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;

Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados, bem como dos bens existentes no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

- Viabilizar o inventário anual dos materiais e bens da unidade;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos itens visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material, bem como dos bens existentes na unidade;
- Manter estoque mínimo de materiais médico-hospitalares;
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisições dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

ATIVIDADES DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O almoxarifado, na confirmação de Klipel (2014), trata-se do setor responsável pela gestão física dos estoques, com exceção dos produtos em processo, e tem a função de guardar, preservar, receber e expedir materiais, de acordo com determinadas regras e métodos de armazenagem, para atender a produção e os materiais entregues pelos fornecedores.

Para Paoleschi:

> Almoxarifado é o local destinado a fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços em que permanecerá cada item aguardando a necessidade de uso (PAOLESCHI, 2009, p. 18).

O almoxarifado guarda os materiais de consumo interno necessário ao cotidiano da organização.

Nele existem espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização e disposição interna condicionada a política de estoque da empresa.

O almoxarifado apresenta uma fundamental relevância em uma unidade hospitalar como o uma vez que existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, e

exigem certo grau de emergência e disponibilidade, mesmo que não exista movimentação frequência do material.

Devido a essas particularidades, surgem diversos desafios para gerenciamento do estoque que envolvem alocação dos produtos ou serviços certos no lugar certo, no momento certo, e nas condições desejadas, proporcionando melhores contribuições para a organização (SILVA, 2016).

Em razão disso, é necessário que haja sempre uma previsibilidade do consumo local. Obviamente que essa previsibilidade visa gerar uma disponibilidade do item para quando for necessário, ocorre que gerar disponibilidade é sinônimo de gerar um custo, uma vez que muitas vezes essa disponibilidade ocorre, mas o consumo não é constante.

Especificidades como essa demonstram a dificuldade que por vezes surge para o bom gerenciamento do estoque em relação aos custos.

Em suma, materiais não podem ser comprados em excesso, nem de maneira escassa, sob o risco de que estas falhas no processo geram muitos problemas para a unidade. Desse modo o planejamento e previsibilidade corretos se mostram fundamentais, para se garantir eficiência no atendimento, custo coerente e sustentabilidade.

Resumidamente, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais, para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, dietas, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõe a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente, etc).

Usando ferramentas e sistemas informatizados que permitiam um controle eficiente de estoque, o gestor, garantirá adequadamente e ininterruptamente que ocorra o suprimento de materiais para todos os setores do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

Almoxarifado e Patrimônio é um departamento contido na estrutura de uma unidade de saúde, e tem como finalidade precípua fornecer meios para armazenagem correta de itens de consumo geral e bens.

Esse setor acaba por aglutinar duas funções, quais sejam: função operacional referente ao fornecimento de insumos para o funcionamento geral da unidade e função de apoio à atividade médica.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Este Manual de Procedimentos de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle - Almoxarifado e Patrimônio tem por objetivo orientar, através da regulamentação e padronização das rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e materiais permanentes do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos.

Em razão da complexidade dos assuntos tratados, o Manual está estruturado de acordo com itens elencados:

I – Apresenta as principais definições relacionadas à gestão de materiais e patrimônio.

II e **III** – Refere-se ao objetivo deste manual, à importância do Almoxarifado, do Patrimônio e suas principais atribuições.

IV – Aborda os benefícios da localização estratégica do Almoxarifado e da elaboração de uma estrutura para organização do espaço.

V – Trata das atividades do Almoxarifado, que compreende os fluxos, as rotinas de recebimento e aceitação de materiais, os cuidados de armazenagem, bem como os requisitos a serem observados na distribuição, os procedimentos para os materiais permanentes e os procedimentos pertinentes aos balanços mensais.

VI - Compreende todo o processo de controle de estoque no sistema, observando os métodos adequados para um efetivo controle e padronização.

VII - Trata dos procedimentos do inventário físico de estoque anual.

VIII – Refere-se às responsabilidades pertinentes a guarda e uso, bem como aos danos causados aos materiais sob a guarda do almoxarifado e do setor de patrimônio.

IX, X e **XI** – Compreendem as considerações finais, o referencial bibliográfico e anexos.

DEFINIÇÕES

Aceitação: operação segundo a qual se declara, na documentação fiscal, que o material recebido satisfaz as especificações contratadas.

Almoxarifado: consiste no lugar destinado a armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno de materiais de consumo e materiais permanentes utilizados pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO antes de serem distribuídos aos setores.

Almoxarife: pessoa designada, responsável por receber, identificar e conferir materiais registrando as movimentações de entrada e saída de materiais ou produtos.

Armazenagem: parte logística responsável pela conservação e guarda temporários de produtos em geral, adquiridos com a finalidade de suprir as necessidades operacionais das unidades.

Conferência qualitativa: análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica, por meio da confrontação das condições contratadas na autorização de fornecimento com as consignadas na nota fiscal pelo fornecedor.

Conferência quantitativa: É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Distribuição: processo pelo qual se faz chegar o material em perfeitas condições ao usuário quando for necessário ou requisitado.

Guia de remessa/devolução: documento que acompanhará a distribuição dos materiais, como também poderá ser utilizado quando ocorrer transferências de material entre setores.

Inventário: processo de contagem física dos materiais existentes para posterior conciliação entre os saldos físicos do estoque e os registros contábeis.

Materiais de Consumo: são aqueles que em razão de seu uso corrente e da definição da Lei 4.320/64, perde normalmente a sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a 2 (dois) anos, tais como, gêneros de alimentação, materiais de limpeza; materiais de higiene; materiais gráficos; material para instalação elétrica e eletrônica; material para manutenção e reposição; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; material químico; material para telecomunicações; entre outros materiais não duradouros.

Materiais de Consumo de uso imediato: material cuja demanda é imprescindível, para o qual não são definidos parâmetros para ressuprimento e que não deve ser mantido no Almoxarifado.

Materiais em desuso ou itens inativos: material estocado há mais de 5 (cinco) anos, sem qualquer movimentação e todo aquele que, em estoque ou em serviço, independente da sua natureza, não tenha mais utilidade para o órgão gestor.

Material Permanente: são aqueles que em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem durabilidade superior a 2 (dois) anos.

Número do lote: designação impressa no rótulo e na embalagem que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidades, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção.

Patrimoniamento de bens: ato de reconhecimento de um bem, que o transforma em patrimônio oficial, realizado através de plaquetas (placas) de sinalização contendo número de série.

Recebimento: ato pelo qual o material encomendado é entregue a unidade no local previamente designado e esteja em conformidade com as especificações constantes no empenho e nota fiscal.

Requisição: fase da etapa da gestão de materiais em que o setor requisitante formaliza o pedido de material ao Almoxarifado.

Termo de Responsabilidade: documento de controle necessário para efetivar a transferência de responsabilidade pela guarda de um bem de um setor para outro.

Tombamento: é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de controle patrimonial na unidade gestora.

OBJETIVO

Normatizar as rotinas e procedimentos de controle a serem realizados nos setores de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , orientando os colaboradores quanto ao fluxo desde o recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e de bens patrimoniais, até sua destinação final, junto aos setores da unidade.

O ALMOXARIFADO

Um dos pontos mais importantes em um almoxarifado é seu espaço que deve ser planejado e estabelecido para obter o máximo de proveito de sua área total, pois é ele que determina, na verdade, toda a estratégia de compra, de estocagem e de distribuição.

O almoxarifado deverá ser em local limpo, seguro, de fácil acesso e arejado que garanta a conservação dos materiais, bem como, deverá ser organizado de tal forma que haja maximização do espaço, a garantia de segurança para os materiais estocados e a fácil circulação interna.

Os materiais serão controlados por servidores responsáveis por sua guarda e administração,

através de fichas de sistema informatizado.

A coordenação e administração das atividades e responsabilidade pela execução das rotinas e dos procedimentos competem à Gerência Administrativa, vinculada à Diretoria Administrativa.

A aquisição dos produtos obedecerá ao orçamento vigente conforme orientações da Diretoria Administrativa.

É de responsabilidade do Almoxarifado submeter o estoque a constantes revisões e análises com o objetivo de identificar os itens ociosos, acompanhar os níveis de estoques e simplificar variedade quando for o caso para que não se torne um local de guarda de produtos sem finalidade e superlotado de produtos inúteis.

ESTRUTURA

Estrutura do Almoxarifado

A elaboração da estrutura organizacional de um almoxarifado visa o aproveitamento de espaço da melhor forma e racionalizando seu espaço horizontal e principalmente vertical, tendo por consequência uma melhor armazenagem dos materiais.

A organização do espaço, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;
- A natureza dos produtos: inflamáveis, alimentícios, farmacêuticos, etc.;
- Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras, estrados, etc.;
- Altura máxima das pilhas e estantes;
- Os meios de transporte interno e espaços necessários ao seu trânsito;
- As áreas destinadas ao recebimento e expedição;
- As variações de temperatura e ambiente;
- A iluminação artificial e natural da área;
- A efetivação dos processos de prevenção a incêndio;
- Sinalização e outras medidas de segurança do pessoal e patrimonial.

ATIVIDADES DO ALMOXARIFADO

O almoxarifado possui atividades básicas de recebimento, armazenagem, controle e distribuição.

Rotina para Recebimento de Materiais

Agendamento de Entrega pelo Fornecedor

Para um ideal recebimento, será necessário um agendamento de entrega por parte do fornecedor.

O controle do agendamento deverá ocorrer através de sistema informatizado.

Benefícios do Agendamento:

a) Nos casos de entrega de produtos fora do setor do Almoxarifado um colaborador possa programar o acompanhamento no recebimento;

b) Uma programação dos colaboradores do Almoxarifado, tanto para organização das mercadorias evitando acúmulo aguardando armazenamento;

c) O recebimento não irá interferir na separação das mercadorias para distribuição, não gerando atrasos na programação.

Processo de Recebimento

O recebimento abrange desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, compras e transporte. Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

São considerados documentos hábeis para recebimento:

- Nota fiscal ou fatura acrescida da ordem de compra e nota de empenho ou ordem de fornecimento, se for o caso;
- Termo de cessão;
- Termo de doação;
- Declaração de permuta;
- Guia de remessa de material.

No momento do recebimento o colaborador do Almoxarifado deverá:

- Observar, mediante nota de empenho e ordem de compra, se a nota fiscal foi emitida dentro do prazo estipulado no contrato.
- Conferir os itens faturados, os valores unitários e valor total com as informações constantes na nota de empenho.
- Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da nota de empenho.

- Atentar-se com relação ao tipo de empenho ou ordem de fornecimento: Ordinário (quando a entrega é realizada em sua totalidade) ou global (quando a entrega é realizada parcialmente).
- No caso de produtos com data de validade conferir as datas e não receber produtos cuja data esteja próxima do seu vencimento.

Para os medicamentos serão necessários:

Verificação do nome Genérico e Comercial;

Forma farmacêutica, concentração;

Número do lote;

Prazo de validade: estar dentro de 80% do período de validade;

Registro no Ministério da Saúde;

Qualidade da rotulagem;

Presença de umidade;

Condições de fechamento da embalagem;

Condições das caixas;

Temperatura.

Para os alimentos serão necessários:

- Verificar as condições de embalagens dos produtos, sendo que elas não devem estar danificadas, amassadas, rasgadas ou furadas;
- Conferir as datas de validade, atentando para a proximidade do vencimento;
- Observar as características sensoriais dos alimentos: odor, cor, textura, temperatura e aspecto geral;
- Nos casos de produtos perecíveis, verificar as condições de temperatura dos alimentos, que deverá estar contida na embalagem.

  Caso seja identificada alguma irregularidade no momento do recebimento, deverá ser preenchido a **Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria.**

Estas conferências são de suma importância, haja visto que qualquer divergência verificada posteriormente poderá dificultar a liquidação e o pagamento ao fornecedor.

No caso de Entrega feita por Transportadora, o responsável pelo recebimento deverá acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo de frete. Lembrando sempre que o frete NÃO É A PAGAR.

Os materiais que apenas dependem de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega, serão recebidos e aceitos pelo colaborador designado para esse fim, como também sendo registrado no sistema de informática com situação de "Recebimento Definitivo".

Este processo será denominado como **recebimento definitivo**.

- **Recebimento provisório** será caracterizado no caso do material depender de aceitação, ou seja, de exames qualitativos. No momento da entrega do material, o responsável pelo recebimento dev carimbar canhoto na Nota Fiscal: **Recebido... Volume sujeito a conferência,** como também deverá dar entrada no sistema de informática, na situação "Sujeito a Conferência".
- No retorno da aceitação deverá alterar a situação para "Recebimento Definitivo";
- Finalizar o recebimento assinando e carimbando a Nota Fiscal, com os dados do Almoxarife.

Realizado o recebimento e inclusão dos itens no sistema emitir relatório de recebimento dos materiais, anexar a nota fiscal devidamente atestada e encaminhar para a liquidação.

CONTROLE DE ESTOQUE

Entrada

Após o processo de recebimento físico, será lançado no sistema de controle de almoxarifado a entrada das mercadorias recebidas gerando nesse ato a ficha de prateleira, momento este que se computará a ent no estoque do almoxarifado.

Para a inserção do produto no sistema será imprescindível o lançamento dos dados do documento de recebimento, nota fiscal, descrição da mercadoria recebida, quantidade, valor unitário e total, bem como demais informações necessárias.

A entrada de material no estoque ocorrerá por:

- **Aquisição**

Ocorre quando a unidade tem a posse do bem, passando a registrar a entrada do material através de nota fiscal, empenho etc.

a) **Transferência**

Ocorre quando o material for recebido através de transferência de outro local (almoxarifado da SES/GO por exemplo), utilizando para isso a **Guia de Remessa/Devolução.**

b) Doação

Ocorre quando o bem é doado por terceiro (pessoa física, jurídica) pública ou privada, sendo a mesma precedida de Termo de Doação de Bens e avaliação técnica dos bens quanto aos benefícios que gerarão para a unidade. (Qualquer doação à ser recebida, será formalmente tratada junto à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e só ocorrerá após a sua autorização).

Saída

Processo de Requisição de Material

O processo de requisição de Material se fará por intermédio do **Formulário de Requisição,** que será o documento necessário para que o almoxarifado atenda os pedidos dos setores.

O gestor do setor fará a solicitação, conforme relação de produtos padrão, para a Gerência Administrativa para a aprovação.

Os pedidos de materiais de consumo deverão ser compatíveis com as quantidades previstas e realmente necessárias ao consumo, a fim de evitar formação de estoques excessivos nas unidades.

É necessária a justificativa do setor requisitante nos casos em que a quantidade requisitada de determinado material estiver acima da média de consumo.

Caso a requisição não seja aprovada, a mesma voltará para o responsável solicitante com a justificativa da reprovação do pedido.

Baixa dos Materiais em Estoque

A baixa de materiais no estoque poderá ocorrer:

a) Baixa por Consumo

Refere-se a baixa devido a utilização do material na unidade consumidora.

b) Baixa por Transferência

Ocorre quando o bem é encaminhado ao setor solicitante, utilizando para esse processo a **Guia de Remessa/Devolução** que deverá ser impressa em 2 (duas) vias.

A Guia de Remessa/Devolução será o documento que acompanhará o material até seu local de entrega, devendo ser assinada pelo responsável do recebimento, que conferirá se todos os itens estão de acordo com o elencado na guia de remessa/devolução, devendo 1 (uma) via retornar ao almoxarifado.

Neste processo é imprescindível que seja informado no sistema a qual setor o bem será destinado, no intuito de obter um controle de custos por setor.

- Baixa por inservível

Para fins de tratamento administrativo, o material de consumo considerado genericamente inservível, ou seja, que não atende mais as necessidades da entidade que detém sua posse ou propriedade, conforme decreto n.º 99.658, de 30 de outubro de 1990 se classifica como:

a) **Ocioso:** quando, embora em perfeitas condições de uso, não estiver sendo aproveitado;

b) **Irrecuperável:** quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.

c) **Vencido:** quando se tornar impróprio para uso em razão da perda ua validade.

Para este processo utiliza-se o **Termo de Baixa de Materiais**, com o tipo 01 - Inservibilidade.

Baixa por Avarias

Ocorre quando há uma danificação no material, sem má fé, utilizando para este processo o Termo de Baixa de Materiais, com o código de motivo de baixa 06 - Avarias. .

Baixa por Extravio, Acidente ou Sinistro do Material.

Ocorre quando o material é baixado decorrente de furto, roubo, extravio, causas acidentais, e outros, sempre acompanhado de processo de sindicância ou inquérito que, obrigatoriamente, deve ser instaurado para averiguação das causas e apuração das responsabilidades, utilizando para esse processo o **Termo de Baixa de Materiais**, com o código de motivo de baixa: 02-Extravio 03-Acidente ou 04-sinistro.

Para abertura do processo de sindicância, processo administrativo ou comunicação à autoridade icial para abertura de inquérito, o responsável pela guarda do bem (material) deverá comunicar a Diretoria Administrativa para que sejam tomadas as devidas providências.

Com exceção da baixa por consumo e transferência que será realizada mediante requisição, para o restante dos casos será necessária a formalização do processo e, somente após a autorização do Diretor Administrativo, poderá ser efetuada a baixa no sistema com os documentos hábeis comprobatórios e de acordo com os dispositivos legais vigentes.

Padronizações na Classificação/Especificação de Material

Padronizar é um meio de assegurar qualidade que resulta em redução de custos. Nesse sentido, a padronização das descrições dos materiais conduz à redução da variedade de materiais utilizados.

Por consequência resulta, também, em simplificação do controle dos estoques, em diminuição do espaço dos almoxarifados e em diminuição dos custos de estocagem tais como do armazenamento físico (área ocupada, instalações, etc.), do manuseio e da distribuição (equipamentos, utensílios etc.) e da obsolescência (perdas).

A padronização na especificação de material tem a finalidade de estruturar, consolidar e divulgar, de forma padronizada, as informações sobre os materiais no âmbito do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , facilitando assim o processo de requisição de materiais.

Para uma boa classificação, orienta-se estabelecer uma terminologia única e padronizada para os materiais, de forma que se evite duplicidade na sua interpretação.

Especificação do item

É o conjunto de dados descritivos de um item de material que obedece a alguns parâmetros ou padrões de descrição. Geralmente é composta por três conjuntos de dados:

- Descrição resumida (nome básico + nome modificador)
- Características físicas
- Identificação auxiliar

a) Nome Básico

Compreende o passo inicial para a identificação de um item de material. Deve-se individualizar o material e, para tanto, existem regras que definem a apresentação deste nome, como por exemplo: caneta, mesa.

A utilização de estrutura de Nome Básico permite a consolidação de informações de aquisições a partir da descrição mais elementar do item e importante na geração de relatórios gerenciais para a tomada de decisões.

Cuidados na formação de nome básico

1. Não utilizar palavras no plural, tais como: cadernos

   lâmpadas tubos barras

2. Não usar palavras genéricas: conexão (nome básico: cotovelo)
3. Não usar gírias ou regionalismos: jabá (nome básico: carne seca)
4. Não usar marcas de produtos:
   bombril (nome básico: esponja de aço) isopor (nome básico: poliestireno)
   band-aid (nome básico: curativo adesivo)
5. Não usar palavras estrangeiras:
   drive (nome básico: unidade de disco) pallet (nome básico: estrado)
6. Não usar palavras referentes à embalagem ou forma de apresentação: pacote de arroz (nome básico: arroz)

tubo de cola (nome básico: cola)

caixa de grampo (nome básico: grampo)

b) Nome Modificador

Refere-se ao complemento destinado a estabelecer a diferenciação entre itens de mesmo nome básico. Para sua determinação não existe regra fixa, podendo ser estabelecido em função de:

- ✓ Aplicação do material CADERNO, brochura
- ✓ Composição do material TUBO, aço galvanizado
- ✓ Tipo de material BARRA, chata

c) Características Físicas

Trata-se das informações detalhadas referentes às propriedades físicas químicas ou de funcionamento dos materiais. Nelas são informadas:

Peso	**Cor**
Dimensão	Resistência
Voltagem	Composição
Volume	Capacidade
Densidade	Outros

Ex: TUBO, aço galvanizado, 4mm

Estas informações são de extrema importância no conjunto de informações para perfeita definição e características do material.

Descrição Complementar

São as informações destinadas a complementar e esclarecer a descrição de um material. Aparece como a ção opcional, exceto a unidade de medida:

- Unidade de medida (kg, peça, etc.);
- Tipo de embalagem (fardo, lata, etc.);
- Forma de acondicionamento (caixa com 12 latas, etc).

Descrição Completa

Contempla a junção da Descrição Resumida (Nome Básico + Nome Modificador), Características Físicas e Descrição Complementar dos dados do material.

Será a nomenclatura padrão de cada item de material, ou seja, o nome do material. Para uma melhor visualização e facilidade na busca no sistema, define-se que o Nome Padronizado sempre apresente:

- ✓ Letras Maiúsculas: Para o Nome Básico

✓ Letras Minúsculas NomeModificador, Características Físicas e Descrição Complementar.

INVENTÁRIO

Através do inventário pode-se avaliar o desempenho do almoxarifado, verificar seus controles, possíveis avarias e extravios, deficiência de acondicionamento e embalagem.

Os inventários físicos serão realizados nas seguintes situações:

- **Inicial:** será realizado no momento da criação de um almoxarifado, para a identificação e registro dos produtos no sistema sob responsabilidade.

- **De transferência de responsabilidade:** será realizado caso haja mudança do responsável pelo almoxarifado.

a) **Eventual:** Poderá ser realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade, ou por iniciativa do controle interno.

b) **Anual:** No encerramento de cada exercício, todos os responsáveis pelos Almoxarifados deverão efetuar o levantamento do estoque físico financeiro.

O relatório **Termo de Inventário** deverá ser encaminhado para o Controle Interno.

RESPONSABILIDADES

Todo colaborador poderá ser chamado a responsabilidade pelo desaparecimento do material que lhe for confiado para a guarda ou uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer material, que esteja ou não sob sua guarda.

Ocorrendo avaria ou extravio de material, o responsável do almoxarifado deverá imediatamente comunicar o fato a Diretoria Administrativa que adotará as medidas administrativas necessárias para apurar responsabilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Manual de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle – Almoxarifado e Patrimônio, estabelece regras para a implantação e desempenho do sistema de recebimento e distribuição de bens e materiais no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

A implantação de procedimentos de um almoxarifado contribui para um aperfeiçoamento da prática de recebimento e armazenagem de bens de consumo e permanente, dando a elevada importância para o bom manuseio dos materiais, com o propósito de salvaguardar os bens e materiais depositados sobre a responsabilidade do almoxarifado e patrimônio.

Espera-se ainda com esse manual dar mais praticidade no recebimento e distribuição dos materiais, tendo em vista a facilidade de armazenamento, avaliação de validade dos produtos e análise de custo-benefício nos procedimentos

de almoxarifado.

Mostra-se imprescindível a existência de um manual para que as práticas nos procedimentos de almoxarifado e patrimônio sejam mais eficientes e eficazes, a fim de realizar os cumprimentos legislações que tratam do tema.

Carimbo de Recebimento e Aceitação

Instruções de preenchimento:

Certifico que foram recebidos os bens/serviços em favor do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO de acordo com o presente documento fiscal, em perfeitas condições e de acordo com as especificações estabelecidas.

Ordem de Fornecimento: ...../.....

Data: ...../...../.....

.....

Responsável pelo Almoxarifado

Nome CPF/Matrícula

Ordem de Fornecimento: Informar o número do empenho que se refere a nota fiscal recebida;

Data: Informar a data;

Nome: Informar o nome por extenso do responsável pelo recebimento.

CPF/Matrícula: Informar número do CPF/Matricula do colaborador.

Carimbo de Mercadoria Sujeita a Conferência

Certifico que os produtos constantes deste documento foram recebidos e os **VOLUMES ESTÃO SUJEITOS A CONFERÊNCIA.**

Data:_____/____/_____

Nome:_____

CPF: _____

Assinatura: _____

Instruções de preenchimento:

Data – Informar a data da conferência;

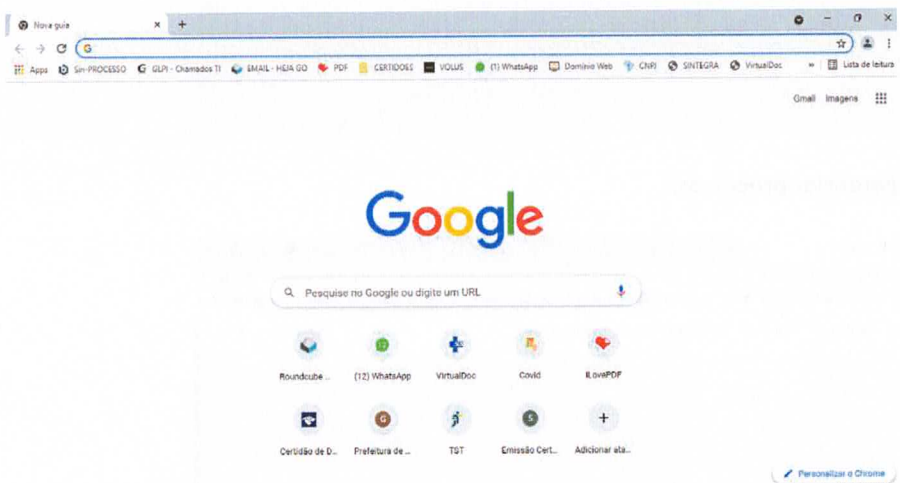
Nome: Nome por extenso do responsável pelo recebimento;

CPF: Informar o CPF pelo responsável pelo recebimento;

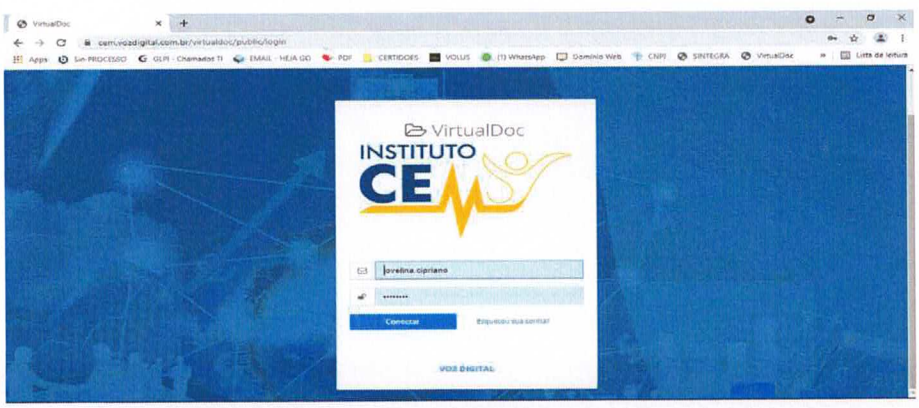
Assinatura: Assinatura do responsável pelo recebimento.

ROTEIRO LANÇAMENTOS DE NOTAS PARA PAGAMENTO DE FORNECEDORES ACESSO NO DOCCEM.

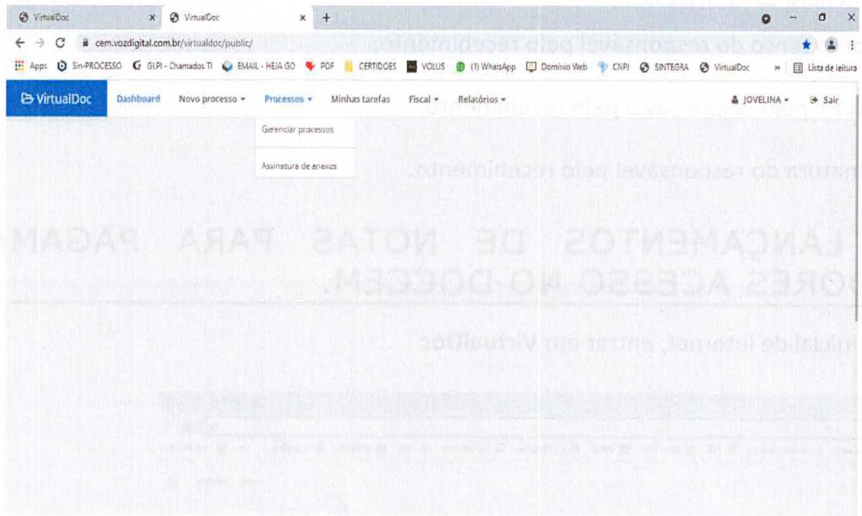
- Na página inicial de internet, entrar em **VirtualDoc**



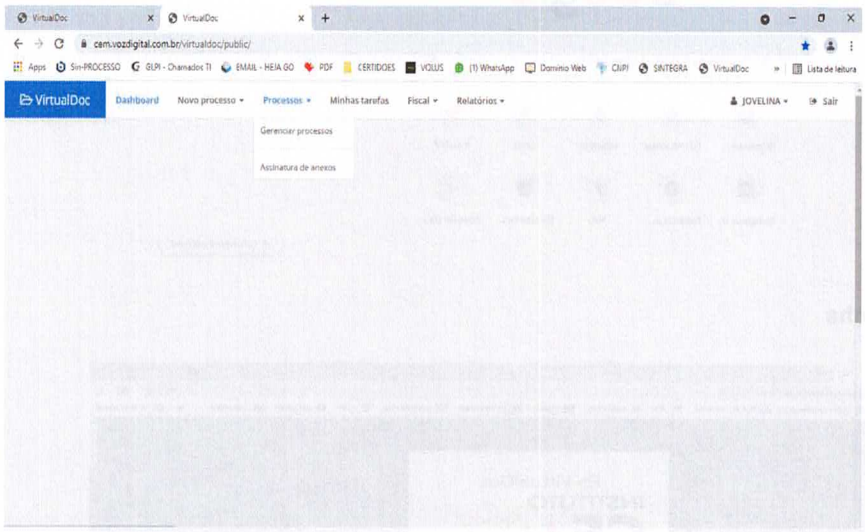
- **Inserir senha**



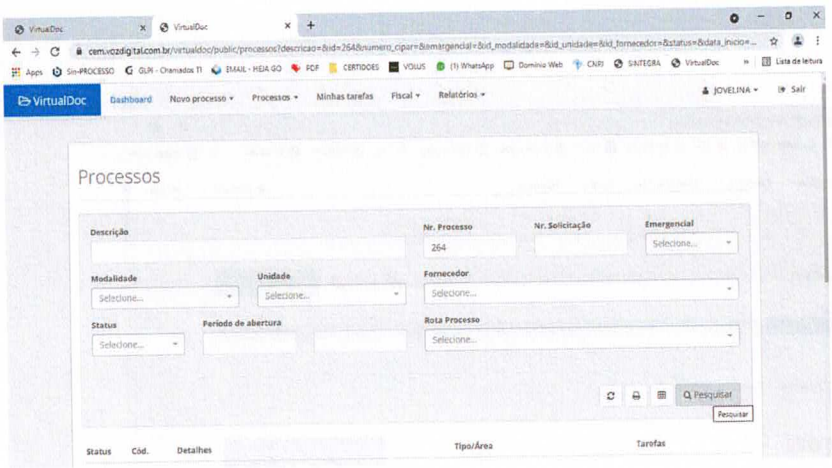
- **Ir na aba processos;**



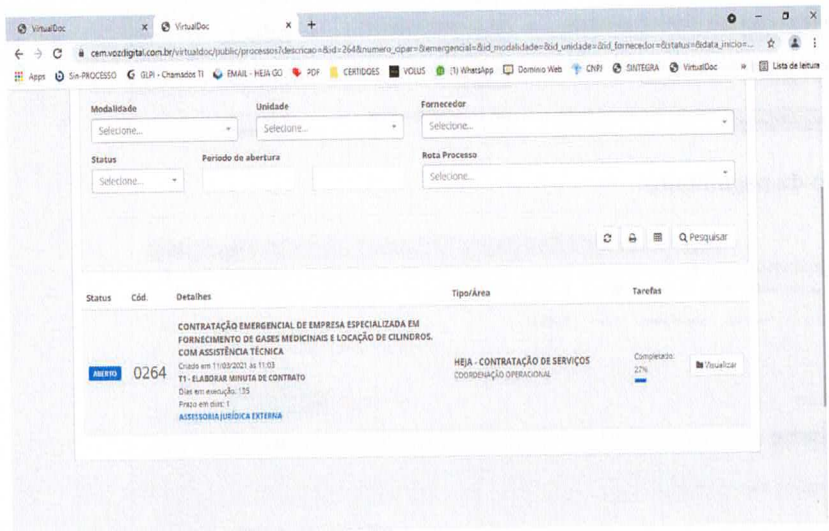
- **Selecionar gerenciar processos.**



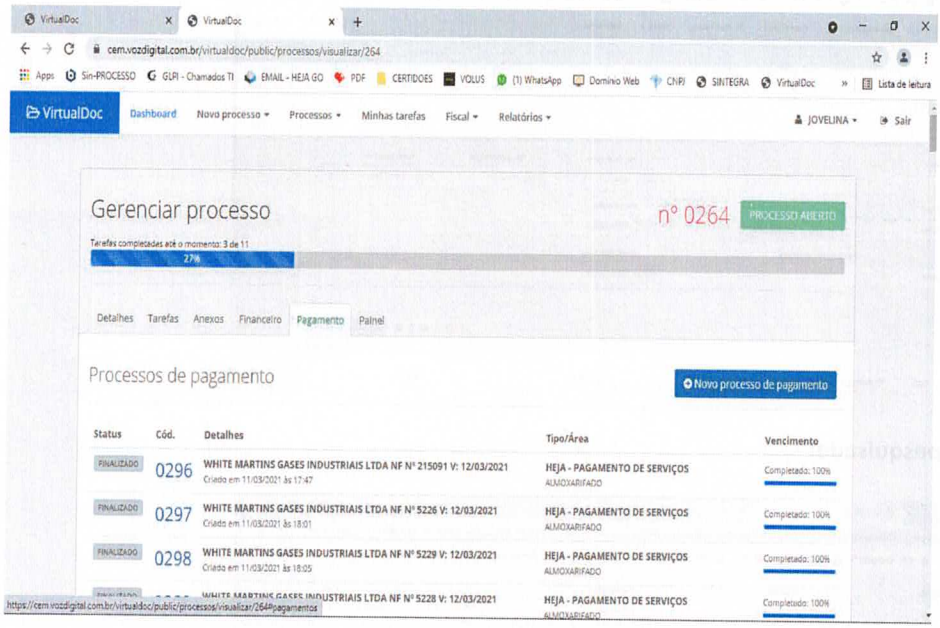
- **Digitar o número do processo e clicar em "pesquisar"**



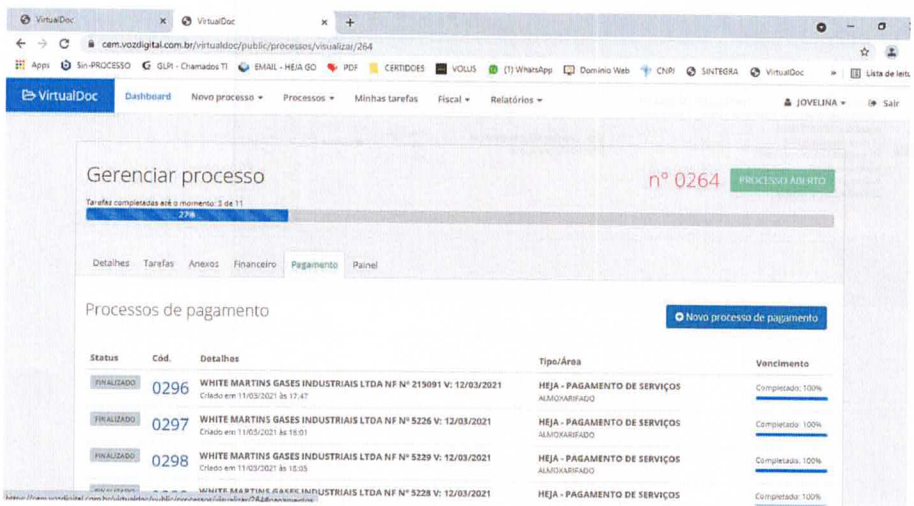
- **Opção pesquisada:**



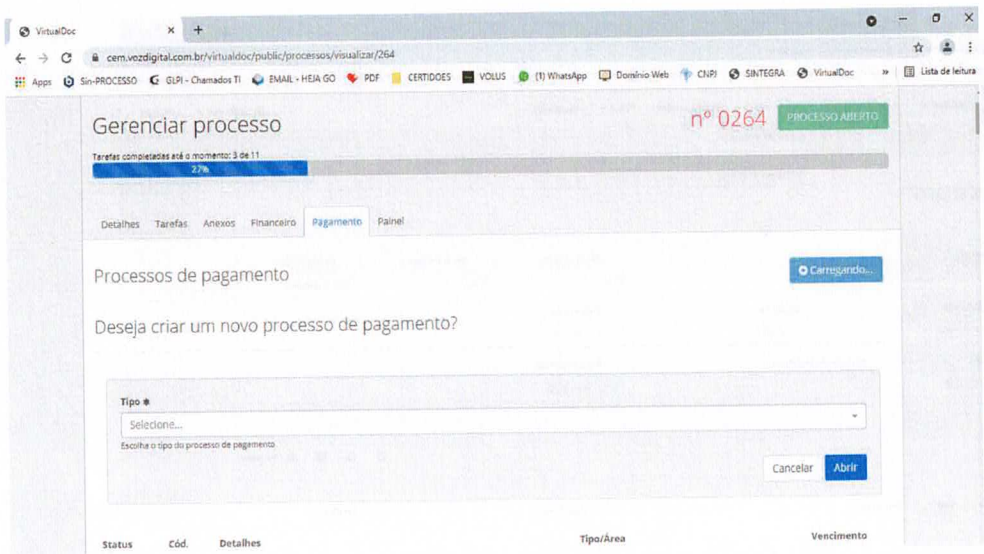
- **Visualizar**
- **Pagamento**



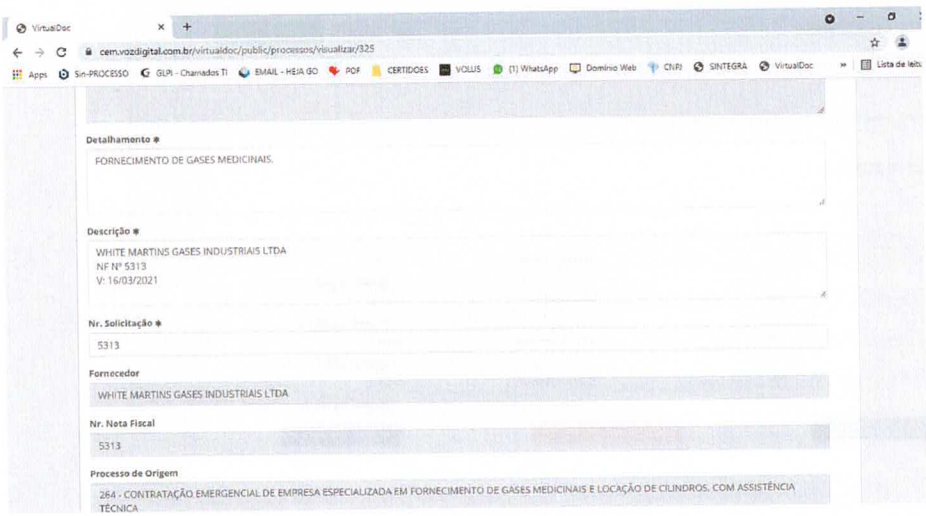
- **Novo processo de pagamento:**



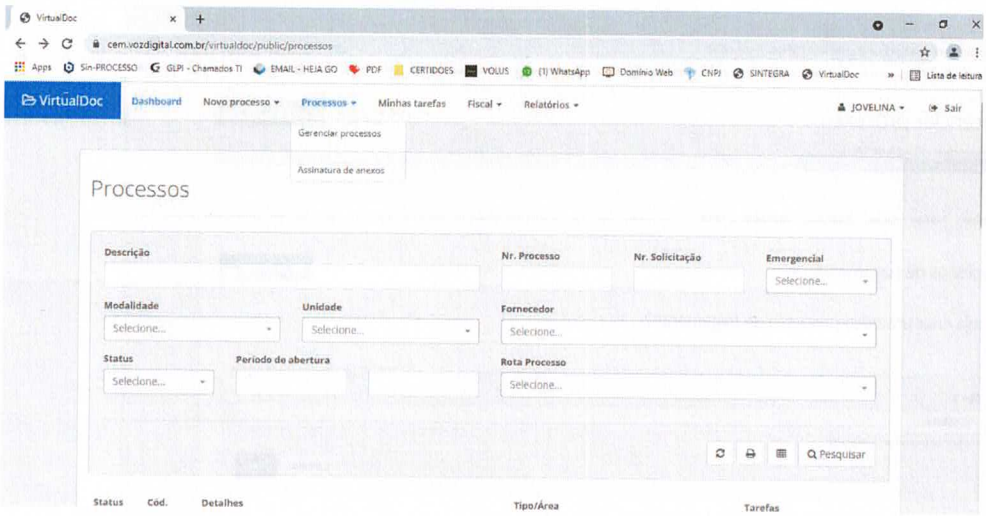
- **Tipo de processo - pagamento de serviços – abrir.**



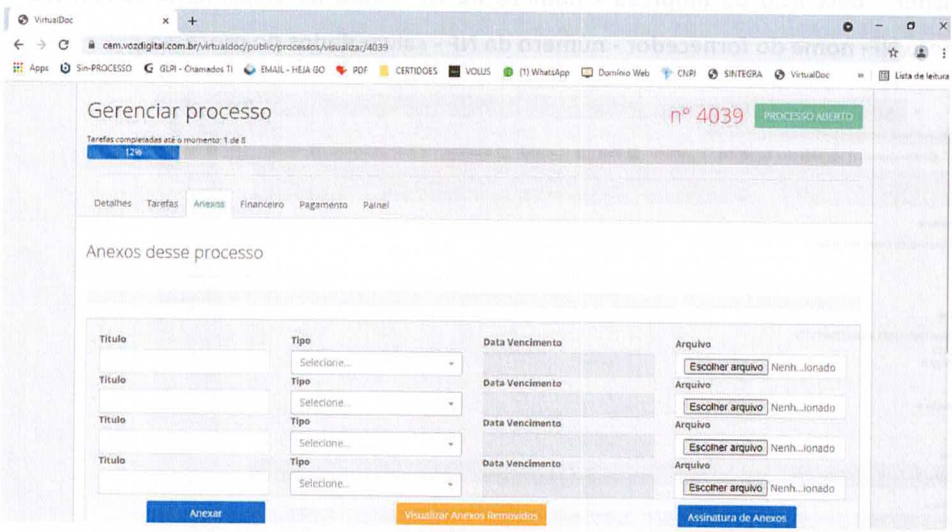
- **Preencher - descrição da empresa - número da NF - data de vencimento-solicitação - número NF- nome do fornecedor - número da NF - salvar dados do processo**

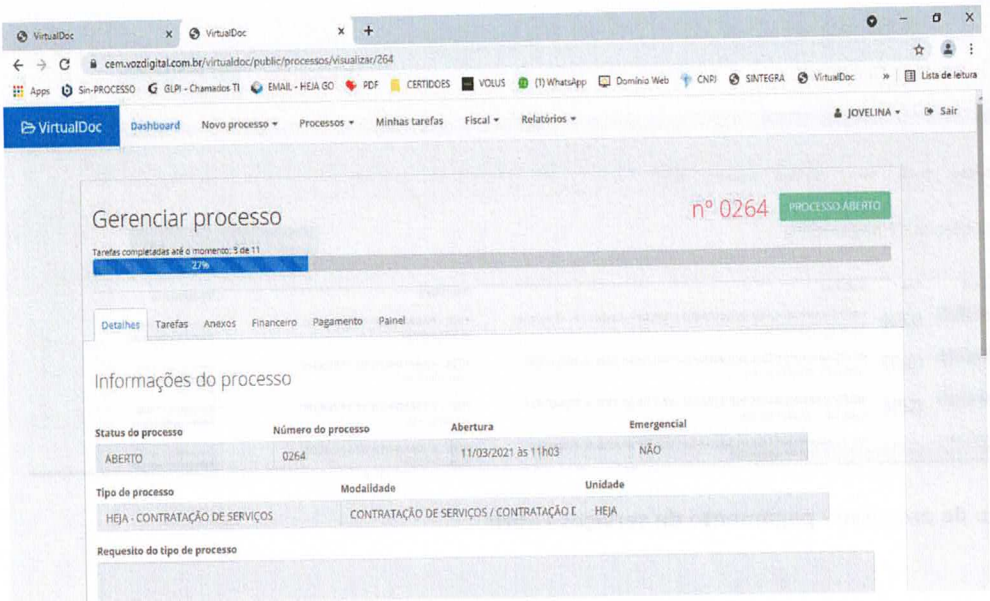


- **Clicar em processos - gerenciar processos - visualizar número de processo;**



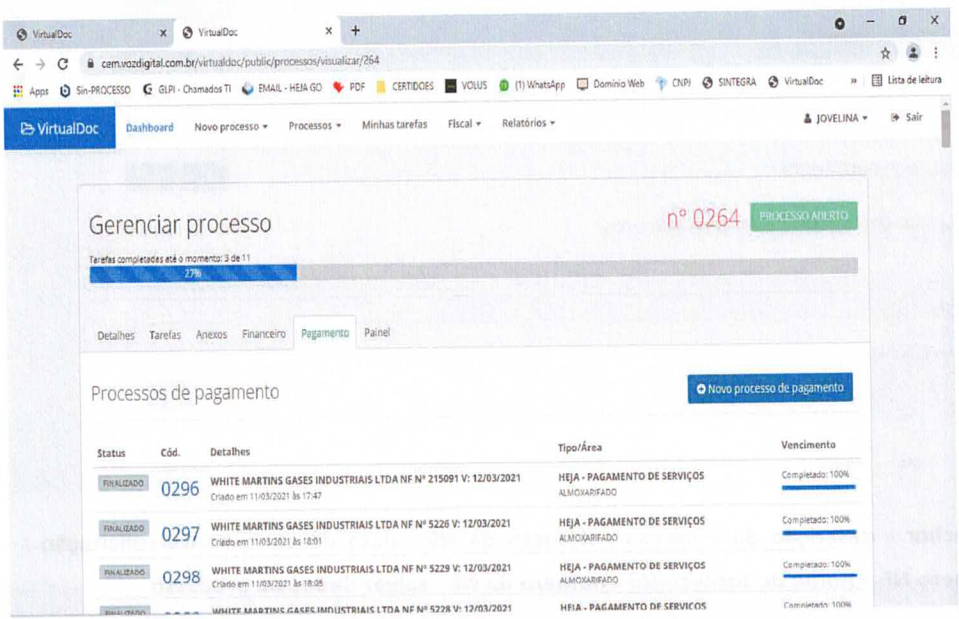
- **Clicar em anexo - arquivo - escolher arquivo - anexar nota fiscal- boleto – certidões;**



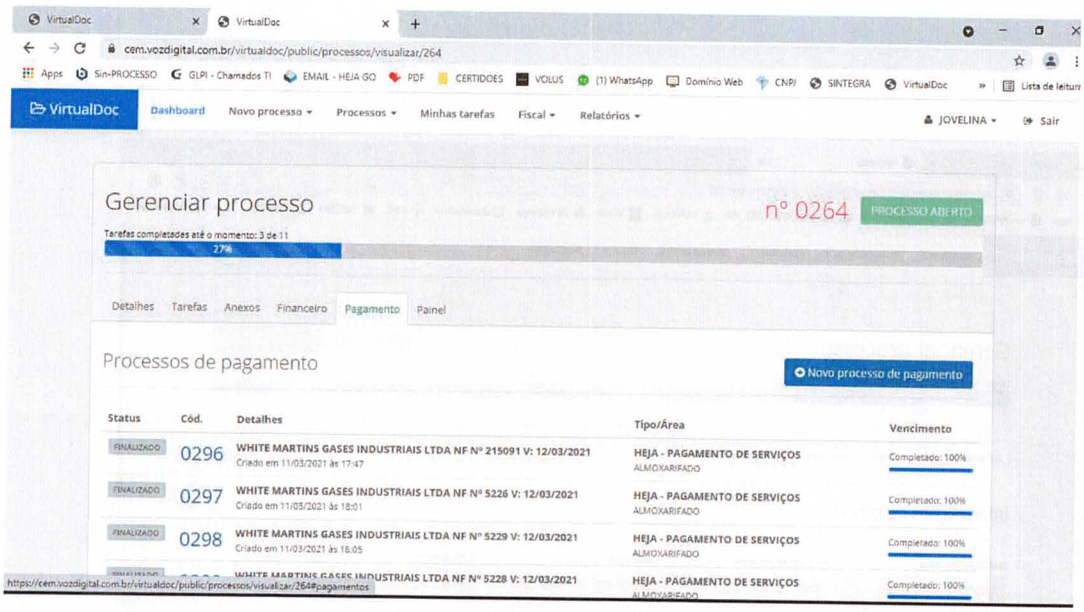


- **Visualizar**

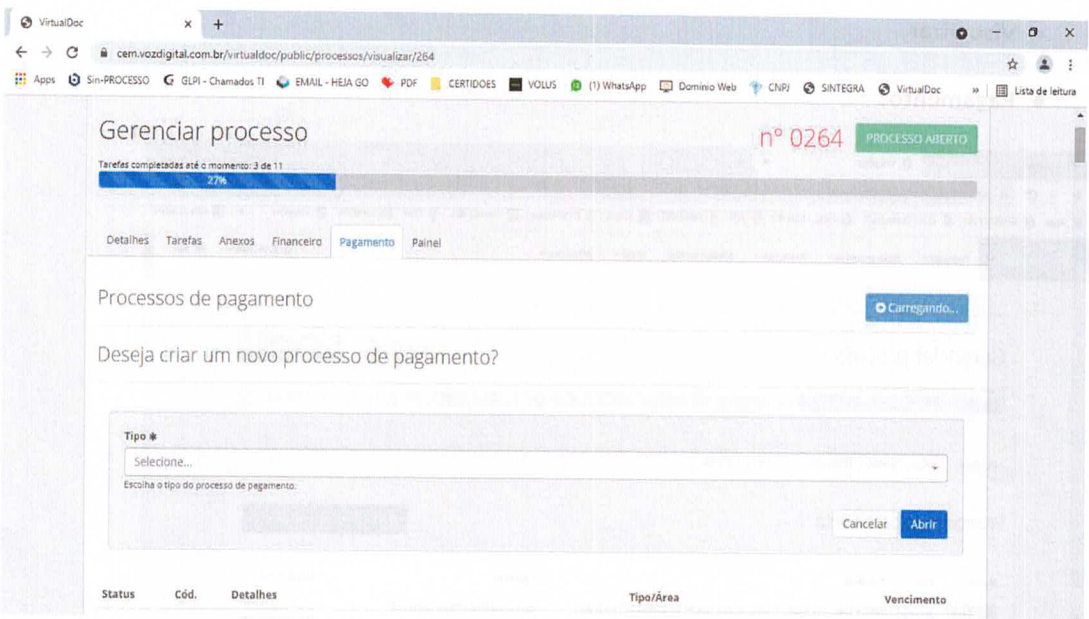
- **Pagamento:**



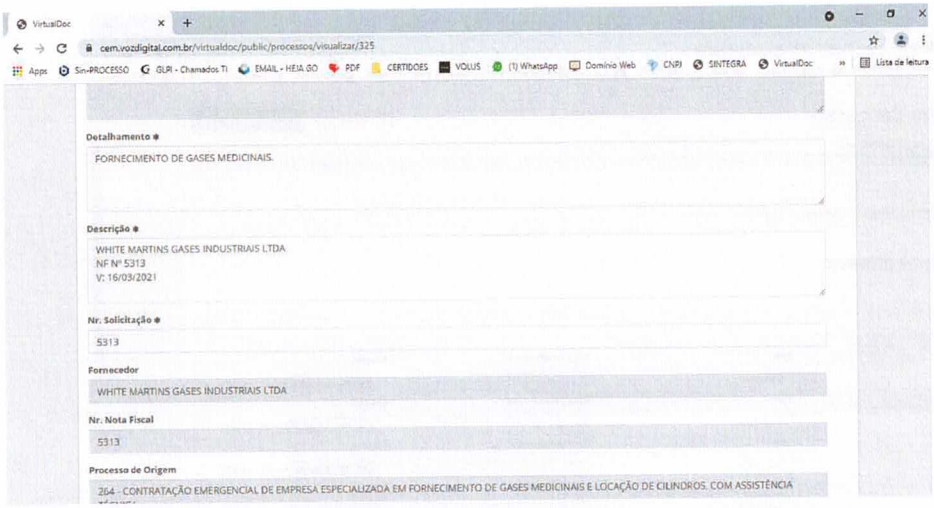
- **Novo processo de pagamento:**



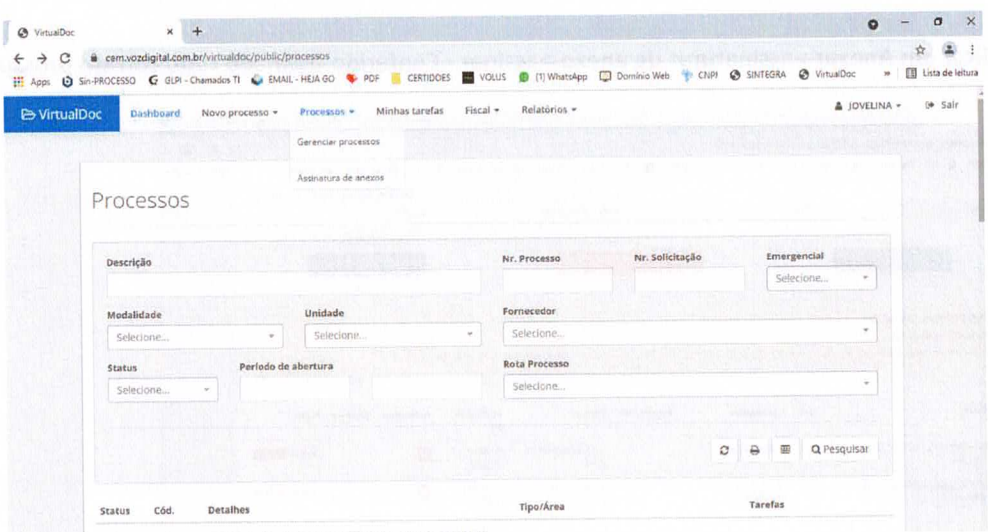
- **Tipo de processo - pagamento de serviços - abrir**



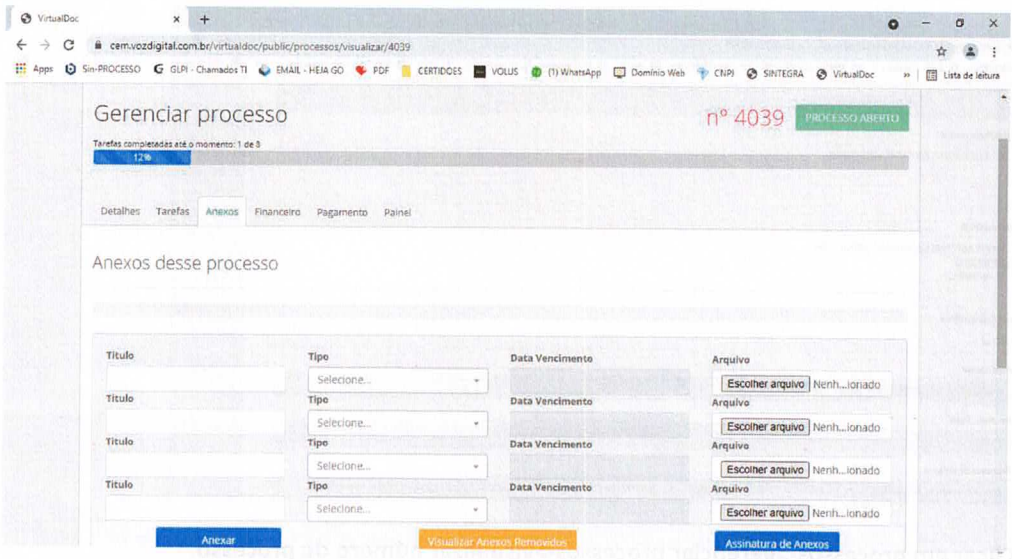
- **Preencher - descrição da empresa - número da NF - data de vencimento-solicitação - número NF – nome do fornecedor - número da NF - salvar dados do processo**



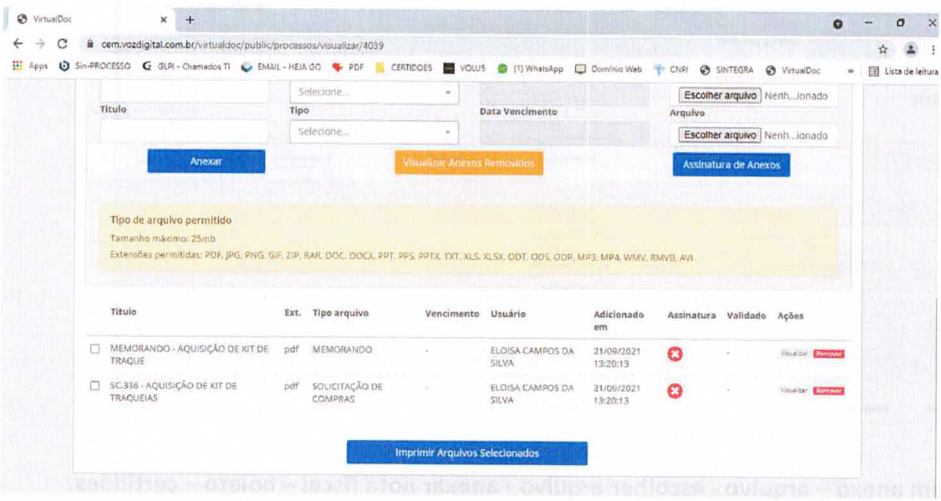
- **Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo**



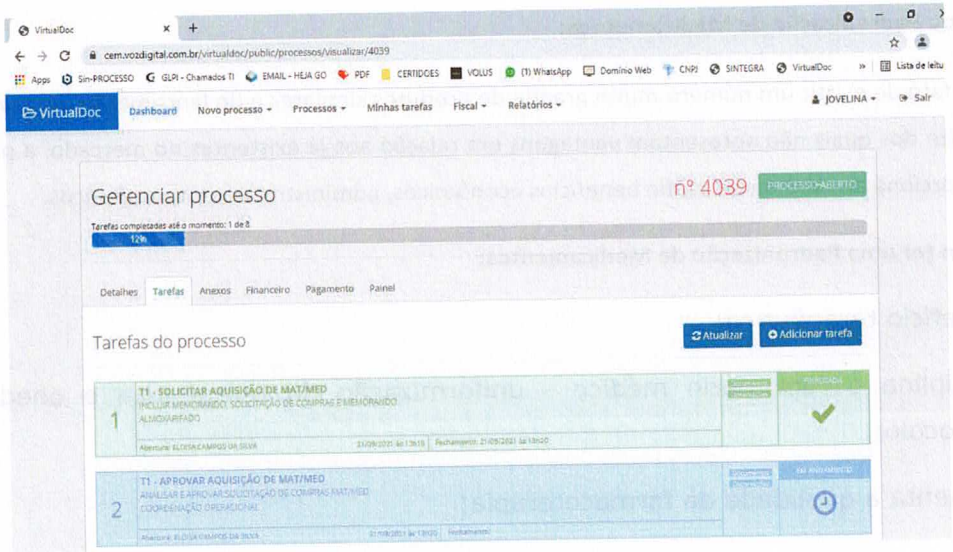
- **Clicar em anexo – arquivo - escolher arquivo - anexar nota fiscal – boleto – certidões.**



- **Clicar em Anexar->assinaturas de anexo->assinar - Conferido-assinado tudo correto prosseguir.**



- **Clicar em tarefas->iniciar execução->finalizar execução – processo concluído.**



12.6.2 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares

Considerações Gerais

A Padronização de Medicamentos e materiais hospitalares é definida como um processo contínuo, interativo, multidisciplinar e participativo, que determina e assegura os níveis de acesso aos medicamentos necessários ao sistema de saúde.

O processo baseia-se em critérios científicos e econômicos, e fornece elementos necessários ao uso racional de medicamentos.

Objetivos da Padronização de Medicamentos e materiais hospitalares:

- ✓ Implantar políticas de utilização de medicamentos com base em correta avaliação, seleção e emprego terapêutico no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO e a nível ambulatorial.
- ✓ Promover a atualização e reciclagem em temas relacionados à terapêutica médica.
- ✓ Reduzir custos, visando obter a disponibilidade dos medicamentos essenciais à cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes.

Importância da Padronização de Medicamentos:

✓ Pelo fato de existir um número muito grande de produtos similares e do lançamento de novos produtos - muito dos quais não apresentam vantagens em relação aos já existentes no mercado, a padronização proporciona ao sistema de saúde benefícios econômicos, administrativos e terapêuticos.

Vantagens em ter uma Padronização de Medicamentos:

- Benefício terapêutico;
- Disciplina o receituário médico - uniformização da terapêutica e obediência ao protocolo;
- Aumenta a qualidade da farmacoterapia;
- Facilita a farmacovigilância;
- Melhora a qualidade da utilização, administração, informação e controle de medicamentos;
- Reduz o custo da terapêutica sem prejuízos para segurança e efetividade do medicamento;
- Otimiza o ciclo logístico (planejamento, aquisição, armazenamento e dispensação);
- Racionaliza o número de medicamentos, como consequência, redução dos custos com aquisição.

Critérios a Serem Considerados Para A Adequada Padronização De Medicamentos

- Considerar as necessidades epidemiológicas da população atendida;
- Incluir medicamentos de comprovada eficácia, baseando-se em ensaios clínicos controlados que demonstrem efeito benéfico à espécie humana;
- Eleger, dentre os medicamentos de mesma indicação e eficácia, aquele de menor toxicidade relativa, menor custo de tratamento e maior comodidade posológica;
- Escolher, sempre que possível, dentre medicamentos de mesma ação farmacológica, um representante de cada categoria química ou com característica farmacocinética diferente ou que possua característica farmacológica que represente vantagem no uso terapêutico;

- Evitar a inclusão de associações fixas, exceto quando os ensaios clínicos justificarem o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior que a soma dos efeitos dos produtos individuais;
- Priorizar formas farmacêuticas que proporcionem maior possibilidade de fracionamento e adequação a faixa etária;
- Realizar a seleção de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, verificando a ecologia hospitalar quanto aos microorganismos prevalentes, padrões de sensibilidade, selecionando aqueles antimicrobianos que permitam suprir as necessidades terapêuticas;
- Reservar novos antibióticos para o tratamento de infecções causadas por microorganismos resistentes a antibióticos padrões, ou para infecções em que o novo produto seja superior aos anteriores, fundamentado em ensaios clínicos comparativos;
- Utilizar sempre a Denominação Comum Brasileira (DCB).

Inclusão De Medicamentos Na Padronização

As solicitações de inclusão de medicamentos na Padronização do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO deverão ser feitas através do preenchimento do formulário apropriado, encaminhado para avaliação do Diretor Médico e da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , acompanhado de referências bibliográficas de origem reconhecida e independente, confirmando suas justificativas e mostrando:

Eficácia/segurança do medicamento em questão (para os casos em que não há similar ou equivalente padronizado);

Vantagens terapêuticas (para casos em que já exista similar ou equivalente padronizado, destinado ao mesmo fim).

Exclusão De Medicamentos Na Padronização

Critérios:

- - Medicamentos que tiveram sua comercialização proibida ou descontinuada por órgãos competentes;

- - Medicamentos que poderão ser substituídos com vantagens, quando da inclusão de outro fármaco;
- - Consumo, em período considerado, que não justifique a padronização
- - Comissão de Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares

Descrição da Finalidade

A Comissão de Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares é uma comissão permanente, de assessoramento e de orientação normativa, estando operacionalmente vinculada a Direção Técnica do Hospital Estadual de Santa Helena d Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , que tem por finalidade analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais, Terapêutica e equipamentos utilizados dentro do Hospital , garantindo que tudo o que é utilizado no Hospital está dentro do que é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Entende-se por Material Médico-Hospitalar, os artigos de consumo implantáveis, órteses, próteses, artigos descartáveis, produtos químicos, instrumental médico cirúrgico de pequeno porte, e todo aquele que porventura forem utilizados e seguirem com o paciente ou forem descartados após o uso.

Considerar-se á material permanente todo aquele que tiver como característica a perenidade e que possa em razão de sua estrutura receber no seu corpo placa de número de Patrimônio estando dentro deste conceito como exemplo, móveis, automóvei computadores, aparelhos médicos, etc.

A comissão Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares visas identificar e simplificar, reduzindo variedades eliminando excessos e conseguindo economicidade. A diversidade em relação aos tipos, qualidade e ao grande número de fornecedores e fabricantes de materiais hospitalares, dificulta a escolha, o controle de qualidade e administração destes, acarretando aumento de custo.

Vários segmentos têm-se preocupado com o estabelecimento de atividades que proporcionem o uso racional de medicamentos na unidade de saúde. A política do uso racional de medicamentos deve ser implementada por uma elaboração de revisão de uma padronização de medicamentos. O processo de seleção de medicamentos no Hospital

Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO deve cumprir o objetivo de assegurar uma terapêutica racional, eficiente e de baixo custo.

Guia De Padronização De Medicamentos

APRESENTAÇÃO

O serviço de Farmácia do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO tem sob sua responsabilidade atividades administrativas e clínico-assistenciais, visando o uso racional de medicamentos para a redução de custos e eventos adversos. A farmácia conta com a presença de profissionais qualificados para atingir bons resultados com um planejamento adequado, mecanismos de controle eficientes, recursos humanos e uma política de gestão dos recursos materiais, contando com a visão e propostas atualizadas de trabalho, capazes de detectar e satisfazer as necessidades do HERSO em relação à assistência farmacêutica.



A assistência farmacêutica abrange desde o abastecimento, a conservação, a garantia da qualidade da utilização dos produtos farmacêuticos, a obtenção e a difusão de informações, a educação continuada dos profissionais da saúde e do paciente para assegurar o uso racional de medicamentos.

Medicamentos padronizados são aqueles adquiridos de forma planejada e estão disponíveis na farmácia para uso imediato, conforme análise e aprovação prévia pela CFT.

Objetivos

- Racionalizar o uso de medicamentos;
- Garantir que a lista de medicamentos padronizados atenda as principais demandas Institucionais;
- Adquirir produtos com qualidade e valor terapêutico comprovados;

- Reduzir a compra de medicamentos não-padronizados que passam por um processo demorado e oneroso à Instituição.

Critérios

- Evitar a multiplicidade de princípios ativos padronizados com a mesma finalidade (a inclusão de um medicamento deve estar atrelada à possibilidade de exclusão de um medicamento de mesma classe terapêutica anteriormente padronizado);
- Evitar, sempre que possível, as associações medicamentosas e as formas farmacêuticas de liberação prolongada, com exceção dos casos em que haja vantagens terapêuticas comprovadas;
- Padronizar formas farmacêuticas e apresentações, considerando a comodidade de administração ao paciente, faixa etária, facilidade para cálculo da dose, fracionamento ou multiplicação das doses;

Padronização de Correlatos e Medicamentos

A Comissão de Padronização de Correlatos e Medicamentos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO apresenta o "Guia de Padronização de Medicamentos" desta instituição.

Esta versão está disponível no modelo impresso em todas as unidades de internação e na "área de trabalho" de todos os computadores do HERSO estando acessível a todos os profissionais que atuam na instituição e tem por finalidade, orientar a escolha, a prescrição e a dispensação de medicamentos de forma racional e segura para o paciente.

O "Guia de Padronização de Medicamentos" a partir dessa versão será atualizada a cada dois anos.

Vale ressaltar que a relação dos medicamentos padronizados está apresentada por especialidade médica e segundo sua classificação terapêutica, conforme classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), o qual é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além da listagem dos medicamentos, esse guia disponibiliza as orientações para solicitação de medicamentos não padronizados e requisitos para solicitar a alteração desta relação como inclusão, substituição ou exclusão e outras de interesse assistencial e diretivo.

Destacamos ainda que esse guia apresenta uma relação que evoluirá e poderá ser modificada ao longo do tempo conforme os avanços científicos da prática médica e está sempre disponível para as alterações que se fizerem necessárias e as solicitações podem ser entregues na farmácia em qualquer horário para serem encaminhadas aos cuidados da comissão.

ESPECIALIDADES

ANESTESIOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANESTÉSICOS LOCAIS		
Cloridrato de Bupivacaína	Frasco/Ampola 0,5% 20 mL	Neocaína
Cloridrato de Bupivacaína + Epinefrina 1:200.000	Frasco/Ampola 0,5% 20 mL	Neocaína
Cloridrato de Bupivacaína + Glicose 8%	Ampola 0,5% + 8% 4 mL	Neocaína
Cloridrato de Lidocaína	Frasco/Ampola 2% 20 mL	Xylestesin
	Frasco Nebulizador 10% 50 mL (aerossol)	Xylestesin spray
	Tubo gel 2% 30 g	Xylestesin gel
Cloridrato de Lidocaína + Epinefrina 1:200.000	Frasco/Ampola 2% 20 mL	Xylestesin c/ vaso
Cloridrato de Ropivacaína	Frasco/Ampola 10 mg/mL 20 mL	Naropin
ANESTÉSICOS GERAIS		
Alfentanila	0,544 mg/mL ampola 5 mL	Rapifen
Cloridrato de Cetamina	Ampola 50 mg/ mL 2 mL	Clortamina
Citrato de Fentanila	Ampola 78,5* µg/mL 2 mL	Fentanil

	*: Equivalente a 0,05 mg/mL de Fentanila	
Citrato de Sufentanila	Ampola 5 mg/ mL 2 mL	Sufenta
Cloridrato de Remifentanila	Frasco-Ampola 2 mg	Ultiva
Propofol	Ampola 10 mg/mL 10 mL	Provive/ Propovan
Sevoflurano	Frasco Solução p/ inalação 250 mL	Sevorane/ Sevocris
Tiopental sódico	Frasco/Ampola pó 1 g	Thiopentax
BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES		
Besilato de Cisatracúrio	Ampola 2 mg/mL 5 mL	Nimbium
Brometo de Pancurônio	Ampola 2 mg/mL 2 mL	Pancuron
Cloreto de Suxametônio	Frasco/Ampola pó 100 mg	Quelicin
	Frasco/Ampola pó 500 mg	Quelicin
SEDATIVOS		
Dexmedetomidina	Frasco/Ampola 100 µg/mL 2 mL	Precedex
Fenobarbital	Comprimido 100 mg	Gardenal
	Frasco 40 mg/mL solução oral 20 mL	Gardenal
	Ampola 100 mg/mL 2 mL	Gardenal
Midazolam	Ampola 5 mg/mL 3 mL	Dormonid
	Frasco 2 mg/mL gotas 10 mL	Dormonid
Nitrazepam	Comprimido 5 mg	Sonebon

CARDIOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
AGONISTAS ADRENÉRGICOS		
Cloridrato de Dobutamina	Ampola 12,5 mg/mL 20 mL	Dobutrex
Cloridrato de Dopamina	Ampola 5 mg/ mL 10 mL	Revivan
Cloridrato de Etilefrina	Ampola 10 mg/mL 1 mL	Efortil
Sulfato de Efedrina	Ampola 50 mg/ mL 1 mL	Efedrin
Epinefrina	Ampola 1 mg/mL 1 mL	Adrenalina
Hemitartarato de Norepinefrina	Ampola 2 mg/mL 4 mL	Levophed
Vasopressina	Ampola 20 UI/mL 1 mL	Encrise
AGONISTAS ALFA-2 ADRENERGICOS		
Clonidina	Comprimido 0,100 mg	Atensina
ANTIARRÍTMICOS		
Adenosina	Ampola 3 mg/mL 2 mL	Adenocard
Cloridrato de Amiodarona	Comprimido 100 mg	Ancoron
	Ampola 50 mg/mL 3 mL	Ancoron
Cloridrato de Propranolol	Comprimido 40 mg	Propranolol
BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS		
Atenolol	Comprimido 25 mg	Atenolol
Carvedilol	Comprimido 3,125 mg	Divelol
Cloridrato de Propranolol	Comprimido 10 mg	Propranolol
Tartarato de Metoprolol	Ampola 1 mg/mL 5 mL	Seloken

BLOQUEADOR DE CANAL DE CÁLCIO		
Nifedipino	Comprimido 10 mg	Adalat
DIURÉTICO DE ALÇA		
Furosemida	Comprimido 40 mg	Lasix
	Ampola 10 mg/mL 2 mL	Lasix
DIURÉTICO INIBIDOR DA ANIDRASE CARBÔNICA		
Acetazolamida	Comprimido 250 mg	Diamox
DIURÉTICO OSMÓTICO		
Solução de Manitol a 20%	Bolsa solução Injetável 250 mg/mL 250 mL	Manitol
DIURÉTICO POUPADOR DE POTÁSSIO		
Espironolactona	Comprimido 25 mg	Aldactone
DIURÉTICO TIAZÍDICO		
Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg	Clorana
GLICOSÍDEOS CARDIOTÔNICOS		
Deslanosídeo	Ampola 0,2 mg/mL 2 mL	Cedilanide
Digoxina	Comprimido 0,25 mg	Digoxina
Milrinona	Ampola 1 mg/mL 10 mL	Primacor
INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA		
Captopril	Comprimido 25 mg	Capoten
Maleato de Enalapril	Comprimido 10 mg	Renitec

Nitroglicerina	Ampola 5 mg/mL10 mL	Tridil
VASODILATADORES		
Cloridrato de Hidralazina	Ampola 20 mg/ mL 1 mL	Nepresol
Alprostadil	20 mcg frasco ampola	Prostavasin
Nitroprussiato de Sódio	Ampola 25 mg/mL 2 mL	Nipride
DERMATOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIBACTERIANO TÓPICO		
Sulfato de Neomicina + Bacitracina	5 mg/g + 250UI/g Tubo 50 g	Nebacetin
ANTI-INFLAMATÓRIO ESTEROIDAL/ ANTIALÉRGICO TÓPICO		
Betametasona + Gentamicina	Tubo 0,5 mg + 1 mg pomada 30 g	Diprogenta
ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO HORMONAL		
Escina + Salicilato de Dietilamônio	Tubo 10 mg/g + 50 mg/g Gel 100 g	Reparil
ANTISSÉPTICO TÓPICO		
Sulfadiazina de Prata	Tubo creme 1% 30 g	Dermazine
PROTETORES DA PELE E MUCOSAS		
Ácidos Graxos Essenciais + Vitamina A e Vitamina E	Frasco 200 mL solução tópica	Dersani
Polihexanida creme de barreira protetora	Tubo 50 gr	Pielsana Dermamon
Polihexanida óleo Dermoprotetor com óleos AGE,	Frasco 100 mL óleo	Pielsana Óleo

Copaíba e Melaleuca		
Polihexanida aquosa	Frasco 350 mL	Pielsana Aquosa
Polihexanida Gel Dermoprotetor com óleos AGE, Copaíba e Melaleuca	Tubo 100 g gel	Pielsana Gel
Polihexanida + Gaze Rayon embebida com óleos AGE, Copaíba e Melaleuca	Gaze 7,5 x 7,5cm com 3ml de Pielsana	Pielsana Sachê
Óxido de zinco + Retinol (Vitamina A) + Colecalciferol (Vitamina D)	Tubo pomada 135 g	Hipoglós
CURATIVOS		
Curativo Hidroativo impermeável estéril	Curativo 10 x 10 cm (Extra-fino)	Curativo Hidrocolóide
Curativo Filme transparente hipoalergênico	Curativo 05 x 10 cm	Hypafix
Curativo Leukomed IV	Curativo 06 x 08 cm	Curativo Leukomed
	Curativo 07 x 09 cm	Curativo Leukomed
Curativo Leukomed T plus	Curativo 08 x 15 cm	Curativo Leukomed
ENDOCRINOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
HORMÔNIOS TIREOIDEANOS		
Levotiroxina Sódica	Comprimido 25 mcg	Puran T4

INSULINAS		
Insulina Humana NPH	Frasco 100 UI/mL 10 mL SC	Humulin N / Novolin N
Insulina Humana Regular	Frasco 100 UI/mL 10 mL	Humulin R / Novolin R
MISCELÂNEA		
Acetato de Desmopressina	Spray nasal 0,1 mg/mL frasco 5 mL	DDAVP
	Solução nasal 0,1 mg/mL frasco 2.5 mL	DDAVP
Ácido Ursodesoxicolico	Comprimido 50 mg	Ursacol
GASTROENTEROLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIEMÉTICOS/ ANTINAUSEANTES/ PROCINÉTICOS		
Bromoprida	Ampola 5 mg/mL 2 mL	Plamet
	Solução Oral 4 mg/mL frasco 20 mL	Plamet
Dimenidrinato 3 mg/mL + Cloridrato de Piridoxina 5 mg/mL + Glicose 100 mg/mL+ Frutose 100 mg/mL	Ampola 1 mL	Dramin
	Ampola 10 mL	Dramin
Cloridrato de Ondansetrona	Ampola 2 mg / mL 2 mL	Zofran
	Comprimido 4 mg	Zofran
Domperidona	Frasco 1 mg/mL suspensão oral 100 mL Comprimido 10mg	Motilium
ANTIESPASMÓDICO		
Butilbrometo de Escopolamina	Ampola 20 mg/mL 1mL	Buscopan

ANTIFISÉTICO		
Simeticona	Frasco emulsão oral 75 mg/mL 15 mL	Luftal
LAXANTES		
Glicerina	Supositório pediátrico	Supositório de Glicerina
Glicerina Enema	Bolsa 120 mg/mL	Clisterol
Lactulose	Frasco xarope 667 mg/mL 120 mL	Lactulona
Óleo Mineral	Frasco 200 mL solução	Nujol
Solução de Manitol 20%	Bolsa 250 mg/mL 250 mL	Manitol
OBSTIPANTES/ PROBIÓTICOS		
Racecadotrila	Sachê 10 mg	Tiorfan
Bacillus clausii	Flaconete 5 mL	Enterogermina
Saccharomyces cerevisae	Envelope 200 mg sachê	Floratil
ANTIÚLCEROSOS		
Cimetidina	Ampola 150 mg/mL 2 mL	Cimetidina
Omeprazol	Cápsula 20 mg	Losec
Omeprazol Sódico	Frasco ampola pó 40 mg	Oprazon
Sucralfato	Flaconete 2 g/10 mL	Sucrafilm
CORANTE		
Metiltionina	Ampola 1% 5 mL	Azul de Metileno
HEMATOLOGIA/ ANGIOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência

ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO		
Ácido Acetilsalicílico	Comprimido 100 mg	AAS
ANTIANÊMICOS		
Ácido Fólico	Comprimido 5 mg	Ácido Fólico
Eritropoetina Humana	Ampola 4000 UI/ mL 2 mL	Hemax
Hidróxido de Ferro	Ampola 20 mg/mL 5 mL	Noripurum
Ferropolimaltose	Frasco 400mg/mL gotas 15 mL	Noripurum
ANTICOAGULANTES		
Enoxaparina Sódica	Seringa preenchida 20 mg 0,2 mL Seringa preenchida 40 mg 0,4 ml Seringa preenchida 60 mg 0,6 ml	Clexane
Heparina Sódica	Frasco/ Ampola 5.000 UI/mL 5 mL EV/SC	Heptar
Varfarina Sódica	Comprimido 5 mg	Marevan
EXPANSOR PLASMÁTICO		
Albumina Humana	Frasco solução injetável 20% 50 mL	Albuminar 20%
HEMOSTÁTICOS		
Ácido Épsilon-Aminocapróico	Frasco/ Ampola 1 g Frasco 20 mL (50mg/ml)	Ipsilon
Ácido Tranexâmico	Ampola 50 mg/ mL 5 mL	Transamin
Fitomenadiona (Vitamina K)	Ampola 10 mg/mL 1 mL IM	Kanakion
Octreotida	Ampola 0,1mg/mL 1 mL	Sandostatin
Hemostático absorvível a base	-	Surgicel

de Celulose Oxidada W 913-t		
IMUNOESTIMULANTE/ FATOR DE CRESCIMENTO HEMATOPOIÉTICO		
Filgrastima	Seringa 300 mcg/mL solução injetável 0,5 mL	Granulokine
TROMBOLÍTICO		
Alteplase	50 mg Frasco/ Ampola 2,3 g pó para solução	Actilyse
INFECTOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIMICROBIANOS, AMINOGLICOSÍDEOS		
Sulfato de Amicacina	Ampola 100 mg/mL solução 2 mL	Novamin
Sulfato de Gentamicina	Ampola 40 mg/mL solução 2 mL	Garamicina
Sulfato de Neomicina + Bacitracina	5 mg/g + 250UI/g Tubo 10 g	Nebacetin
ANTIMICROBIANO, CARBAPENÊMICO		
Meropenem	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1 g	Meronem
ANTIMICROBIANOS, CEFALOSPORINAS 1ª GERAÇÃO		
Cefalexina	Comprimido 500 mg	Keflex
	Frasco 250 mg/5 mL suspensão oral 100 mL	Keflex
Cefalotina Sódica	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1 g	Keflin
ANTIMICROBIANO, CEFALOSPORINA 2ª GERAÇÃO		
Cefuroxima	Frasco pó para solução injetável 750 mg	Zinnat

ANTIMICROBIANOS, CEFALOSPORINAS 3ª GERAÇÃO		
Ceftriaxona	Frasco/ Ampola pó p/ solução injetável 1 g (IM)	Rocefin
	Frasco/ Ampola 1 g (IM e EV)	Rocefin
Cefotaxima	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1 g	Clafordil
ANTIMICROBIANO, CEFALOSPORINA 4ª GERAÇÃO		
Cloridrato de Cefepima	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1 g	Maxcef
ANTIMICROBIANO, LINCOSAMIDA		
Fosfato de Clindamicina	Ampola 150 mg / mL 4 mL	Dalacin
	Comprimido 300 mg	Dalacin
ANTIMICROBIANOS, MACROLÍDIOS		
Claritromicina	Solução oral 125 mg/5 mL frasco 60 mL	Klaricid
	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 500 mg	Klaricid
Azitromicina	Frasco 40 mg/ mL solução oral 15 mL	Zitromax
ANTIMICROBIANOS, MISCELÂNEA		
Cloridrato de Vancomicina	Frasco/ Ampola pó liofilizado para solução injetável 500 mg	Vancomicina
Sulfato de Polimixina B	Frasco/ Ampola pó liofilizado para solução 500.000 UI	Polimixina B
Teicoplanina	Frasco/ Ampola pó liofilizado para solução injetável 200 mg	Targocid

ANTIMICROBIANOS, SULFONAMIDA		
Sulfadiazina	Comprimido 500 mg	Sulfa
ANTIMICROBIANOS, MISCELÂNEA MAIS SULFONAMIDA		
Sulfametoxazol + Trimetoprima	Ampola 400 + 80 mg 5 mL	Bactrim
	Frasco 240 mg/ 5 mL suspensão oral	Bactrim
ANTIMICROBIANOS, PENICILINAS		
Oxacilina	Frasco ampola pó 500 mg	Oxacilina
Penicilina Benzatina	Frasco 1200 UI/mL 4 mL	Benzetacil
Penicilina Potássica + Procaína	Frasco/ Ampola pó 5.000.000 UI	Cristalpen
ANTIMICROBIANOS, PENICILINAS + INIBIDORES BETA-LACTAMASE		
Amoxicilina + Ácido Clavulânico	Frasco/ Ampola pó 1 g + 200 mg pó para solução injetável 10 mL	Clavulin
	Frasco pó 400 mg + 57 mg/ 5 mL Suspensão oral 70 mL	Clavulin
Ampicilina + Sulbactam	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 1,5 g	Unasyn
	Frasco/ Ampola pó para solução injetável 3 g	Unasyn
Piperacilina + Tazobactam	Frasco/ Ampola pó liofilizado 4,5 g	Tazocin
ANTIMICROBIANOS, QUINOLONAS		
Cloridrato de Ciprofloxacino	Comprimido 500 mg	Ciprofloxacino
	Bolsa 2 mg/mL 100 mL	Ciprofloxacino

	Colírio 3,5 mg/mL frasco 5 mL	Maxiflox
ANTIFÚNGICOS		
Cetoconazol	30 g tubo pomada	Nizoral
Fluconazol	Bolsa 2 mg/mL 100 mL	Zoltec
Itraconazol	Comprimido 100 mg	Sporanox
Nistatina	Frasco suspensão oral 100.000 UI / mL 50 mL	Micostatin
	Creme vaginal 25.000 UI/g tubo 60 g	Micostatin
ANTIPARASITÁRIOS		
Albendazol	Comprimido 40 mg/mL frasco 10 mL	Zentel
Ivermectina	Comprimido 6 mg	Revectina
Metronidazol	Bolsa solução injetável 5 mg/mL 100 mL	Flagyl
ANTIVIRAIS		
Aciclovir	Frasco/ Ampola 250 mg	Zovirax
Oseltamivir	Comprimido 30 mg Comprimido 45 mg Comprimido 75 mg	Tamiflu
NEFROLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
QUELANTE		
Carbonato de cálcio	Comprimido 500 mg	Os – Cal
NEUROLOGIA/ PSIQUIATRIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência

ANSIOLÍTICOS/ HIPNÓTICOS		
Clobazam	Comprimido 10 mg	Frisium
Clonazepam	Frasco 2,5 mg/mL solução oral 20 mL	Rivotril
Diazepam	Ampola 5 mg/mL 2 mL	Diempax
	Comprimido 10 mg	Valium
Lorazepam	Comprimido 2 mg	Lorax
Midazolam	Ampola 5 mg/mL 3 mL	Dormonid
	Frasco 2 mg/mL gotas 10 mL	Dormonid
Nitrazepam	Comprimido 5 mg	Sonebon
ANTICONVULSIVANTES		
Carbamazepina	Comprimido 200 mg	Tegretol
	Frasco 2% suspensão oral 100 mL	Tegretol
Clonazepam	Frasco 2,5 mg/mL solução oral 20mL	Rivotril
Diazepam	Ampola 5 mg/mL 2 mL	Dienpax
	Comprimido 10 mg	Valium
Fenitoína	Ampola 50 mg/mL 5 mL	Hidantal
	Comprimido 100 mg	Hidantal
Fenobarbital	Comprimido 100 mg	Gardenal
	Frasco 40 mg/mL solução oral 20 mL	Gardenal
	Ampola 100 mg/mL 2 mL	Gardenal
Lamotrigina	Comprimido 100 mg	Lamictal
Levetiracetam	Frasco 100 mg/mL 150 mL	Keppra

Oxicarbazepina	Comprimido 300 mg	Trileptal
	Frasco 6% solução oral 100 mL	Trileptal
Topiramato	Comprimido 50 mg	Topamax
Valproato de Sódio	Frasco 50 mg/ mL solução oral 100 mL	Depakene
Vigabatrina	Comprimido 500 mg	Sabril
NEUROLEPTICOS		
Cloridrato de Clorpromazina	Ampola 5 mg/mL 5 mL	Amplictil
	Frasco 40 mg/mL (4%) solução oral gotas 20 mL	Amplictil
Levomepromazina	Frasco 1 mg/mL 20 mL	Neozine
Periciazina	Frasco 1% gotas 20 mL	Neuleptil
Risperidona	Comprimido 1 mg	Risperdal
ANTIESPÁSTICO		
Baclofeno	Comprimido 10 mg	Lioresal
NUTRIÇÃO		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
REPOSIÇÕES PARENTERAIS		
Cloreto de Potássio	Ampola 15% 10 mL	Cloreto de Potássio
	Frasco 60 mg/mL (6%) xarope 120 mL	Cloreto de Potássio
Glicose	Ampola 50% 10 mL	Glicose
	Frasco sistema fechado a 5% 100 mL	Soro Glicosado

	Frasco sistema fechado a 5% 250 mL Frasco sistema fechado a 5% 500 mL	
Gliconato de Cálcio	Ampola 0,45 mEq/mL 10%	Gliconato de Cálcio
Sulfato de Magnésio	Ampola 50% 10 mL	Sulfato de Magnésio
VITAMINAS/ SUPLEMENTO MINERAL		
Ácido Fólico	Comprimido 5 mg	Ácido Fólico
Ácido Folínico	Frasco 10 mg/mL c/ 60 ml	Ácido Folínico
Carbonato de Cálcio	Comprimido 500 mg	Os – Cal
Complexo Vitamínico (Vitamina A + B1+ B2 + B3 + B5 + B6 + B8 + C + D2 + E)	Frasco 20 mL gotas	Protovit
Vitamina do Complexo B	Ampola 2 mL	Hiplex B
Vitamina C (Ácido Ascórbico)	Ampola 100 mg/mL 5mL	Vitamina C
	Frasco 20 ml gotas	Vitamina C
Hidróxido de Ferro	Ampola 20 mg/mL 5 mL	Noripurum
Ferropolimaltose	Frasco 400mg/mL gotas 15 mL	Noripurum
OBSTETRÍCIA (para os casos atípicos em que alguma gestão for atendida no HERSO)		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ESTIMULANTE UTERINO		
Metilergometrina	Ampola 0,2 mg/mL 1 mL	Methergin
HORMÔNIO HIPOTALÂMICO		

Ocitocina	Ampola 5 UI/mL 1 mL	Syntocinon
RELAXANTE UTERINO/ VASODILATADOR PERIFÉRICO		
Cloridrato de Isoxsuprina	Ampola 5 mg/mL 2 mL	Inibina
OFTALMOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTIFLAMATÓRIO HORMONAL		
Dexametasona	Frasco 5 mL colírio	Maxidex
ANTIBIÓTICOS/ ANTIBACTERIANOS		
Tobramicina	Frasco 3% colírio 5 mL	Tobrex
Ciprofloxacino	Frasco 3,5 mg/mL colírio 5 mL	Maxiflox
LUBRIFICANTE OCULAR		
Hipromelose + Dextrana	Frasco 3 mg/mL + 1 mg/mL colírio	Lacrima Plus/ Lacribel
REGENERADOR DE TECIDO		
Acetato de Retinol 10000 UI + Aminoácidos 2,5% + Metionina 0,5% + Cloranfenicol 0,5%	Pomada oftálmica estéril tubo 3,5 g	Epitezan
PNEUMOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTI-HISTAMÍNICOS		
Cloridrato de Difenidramina	Ampola 50 mg/mL 1 mL	Difenidrin
Cloridrato de Hidroxizina	Frasco 2 mg/mL solução oral 120 mL	Hixizine
Cloridrato de Prometazina	Ampola 25 mg/mL 2 mL	Fenergan

Maleato de Dexclorfeniramina	Frasco solução oral 0,4 mg/mL 120 mL	Polaramine
ANTITUSSÍGENOS/ MUCOLÍTICOS/ EXPECTORANTES		
Dropropizina	Frasco 1,5mg/mL xarope 120 mL	Vibral
BRONCODILATADORES		
Aminofilina	Ampola 24 mg/mL 10 mL	Aminofilina
Acebrofilina	Frasco 25 mg/5ml xarope c/ 5 mL	Brondilat
Cafeína	Ampola 20 mg/mL c/ 1 mL	Peyona
Brometo de Ipratrópio	Frasco solução para inalação 0,25 mg/mL (0,025%) frasco 20 mL	Atrovent
Fenoterol	Frasco solução 5 mg/mL 20 mL gotas	Berotec
Sulfato de Salbutamol	Ampola solução injetável 0,5 mg/mL 1mL	Aerolin
	Frasco 100 mcg/dose 200 doses spray	Aerolin
	Flaconete 2,5 mg/mL aerossol 2,5 mL	Aerolin
Terbutalina	Ampola 0,5 mg/mL solução injetável 1 mL	Bricanyl
CORTICOSTERÓIDES		
Beclometasona	400 mg/ mL flaconete 2 mL suspensão para inalação	Clenil
Prednisona	Comprimido 5 mg	Meticorten
	Comprimido 20 mg	Meticorten
Hidrocortisona	Frasco ampola pó liofilizado 100 mg	Flebocortid
Dexametasona	Comprimido 4 mg	Decadron
	Ampola solução injetável 4 mg/mL 2,5 mL	Decadron
Succinato de Metilprednisolona	Frasco/ Ampola pó liofilizado 125 mg	Solu-Medrol

Prednisolona	Frasco 3 mg/mL 100 mL	Predsim
MISCELÂNEA		
Sildenafila	Comprimido 50 mg	Viagra
QUÍMICOS		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANTISSÉPTICOS E DEGERMANTES		
Álcool 70%	Frasco 1000 mL	Álcool 70%
Clorexidina Solução Alcoólica 0,5%	Frasco 100 mL	Clorexidina Alcoólica 0,5%
Clorexidina Solução Aquosa 0,2%	Frasco 100 mL	Clorexidina Aquosa 0,2%
Clorexidina Solução Bucal 12%	Frasco 250 mL	Clorexidina Bucal 0,12%
Clorexidina Sol. Degermante 2%	Frasco 100 mL	Clorexidina Degermante 2%
Clorexidina Degermante 2%	Escova 22 mL	Clorexidina escova para degermação
DESINFETANTES		
Desinfetante de alto nível de Glutaraldeido 2%	Solução 2% galão 5 L	Steranios 2%
Desinfetante de alto nível Ácido Peracético Anióxido 1000	Solução galão 5 L	Anióxido 1000

Detergente desinfetante concentrado (Cloreto de Didecildimetilamônio e N-Aminopropil Dodecilpropano Diamia (Quartenário + Amina)	Galão 5 L	Aniosurf NPC/ Surfanios NPC
Detergente Enzimático 6 enzimas	Galão 5 L	Indazyme 6 ST/ Lifezime
Hipoclorito de Sódio 1%	Solução 1% galão 5 L	Hipoclorito de Sódio
MISCELÂNEA		
Cal sodada	Galão 4,5 Kg peso total	Atrasorb
Gel Condutor para exame	Galão 5 L	Gel Condutor para USG
REUMATOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS, ANTINFLAMATÓRIOS NÃO HORMONAIS		
Ácido Acetilsalicílico	Comprimido 100 mg	AAS
Cetoprofeno	Bolsa 100 mg solução pronta para uso	Profenid
Dipirona	Ampola solução injetável 500 mg/mL 2 mL	Novalgina
	Comprimido 500 mg	Novalgina
	Solução oral 500 mg/mL 20 mL gotas	Novalgina
Ibuprofeno	Suspensão oral 50 mg/mL 30 mL gotas	Alivium
Nimesulida	Comprimido 100 mg	Scaflan
Paracetamol	Solução oral 200 mg/mL 15 mL gotas	Tylenol

ANTIFLAMATÓRIOS HORMONAIS		
Dexametasona	Comprimido 4 mg	Decadron
	Ampola solução injetável 4 mg/mL 2,5 mL	Decadron
Hidrocortisona	Frasco/ Ampola pó liofilizado 100 mg	Flebocortid
Succinato de Metilprednisolona	Frasco/ Ampola pó liofilizado 125 mg	Solu-Medrol
Prednisona	Comprimido 5 mg	Meticorten
	Comprimido 20 mg	Meticorten
Prednisolona	Frasco 3 mg/mL 100 mL	Predsim
SOROS / SOLUÇÕES		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência
SOLUÇÕES PARA INFUSÃO PARENTERAL/ REPOSIÇÃO E SOLUÇÃO HIDROELETROLÍTICA		
Água Destilada	Ampola 10 mL	Água Bidestilada
	Bolsa sistema fechado 250 mL Bolsa sistema fechado 500 mL	Água Bidestilada
Bicarbonato de Sódio	Ampola 8,4% 10 mL	Bicarbonato de Sódio
	Pote 80 g pó	Bicarbonato de Sódio
Cloreto de Sódio	Ampola 17,55% 10 mL	Cloreto de Sódio
	Ampola 0,9% 10 mL	Cloreto de Sódio
	Frasco sistema fechado 0,9% 100 mL	Soro Fisiológico
	Frasco sistema fechado 0,9% 250 mL	Soro Fisiológico
	Frasco sistema fechado 0,9% 500 mL	Soro Fisiológico

Cloreto de Potássio	Ampola 15% 10 mL	Cloreto de Potássio
	Frasco 60 mg/mL (6%) xarope 120 mL	Cloreto de Potássio
Glicose	Ampola 50% 10 mL	Glicose
	Frasco sistema fechado a 5% 100 mL Frasco sistema fechado a 5% 250 mL Frasco sistema fechado a 5% 500 mL	Soro Glicosado
Gliconato de Cálcio	Ampola 10 mg/mL (0,45 mEq/mL)	Gliconato de Cálcio
Sulfato de Magnésio	Ampola 50% 10 mL	Sulfato de Magnésio
Solução de Manitol a 20%	Bolsa solução Injetável 250 mg/mL 250 mL	Manitol
Cloreto de Sódio 8,6 mg/mL + Cloreto de Potássio 0,3 mg/mL + Cloreto de Cálcio 0,33 mg/mL	Frasco sistema fechado 500 mL	Solução de Ringer Simples
Cloreto de Sódio 6 mg/mL + Cloreto de Potássio 0,3 mg/mL + Cloreto de Cálcio 0,20 mg/mL + Lactato de Sódio 3,20 mg/mL	Frasco sistema fechado 250 mL Frasco sistema fechado 500 mL	Solução de Ringer com Lactato
SOLUÇÕES PARA DIÁLISE		
Solução para diálise peritoneal	Bolsa 1,5 % 2000 mL	Solução para diálise peritoneal
TOXICOLOGIA		
Princípio Ativo	Apresentação	Referência

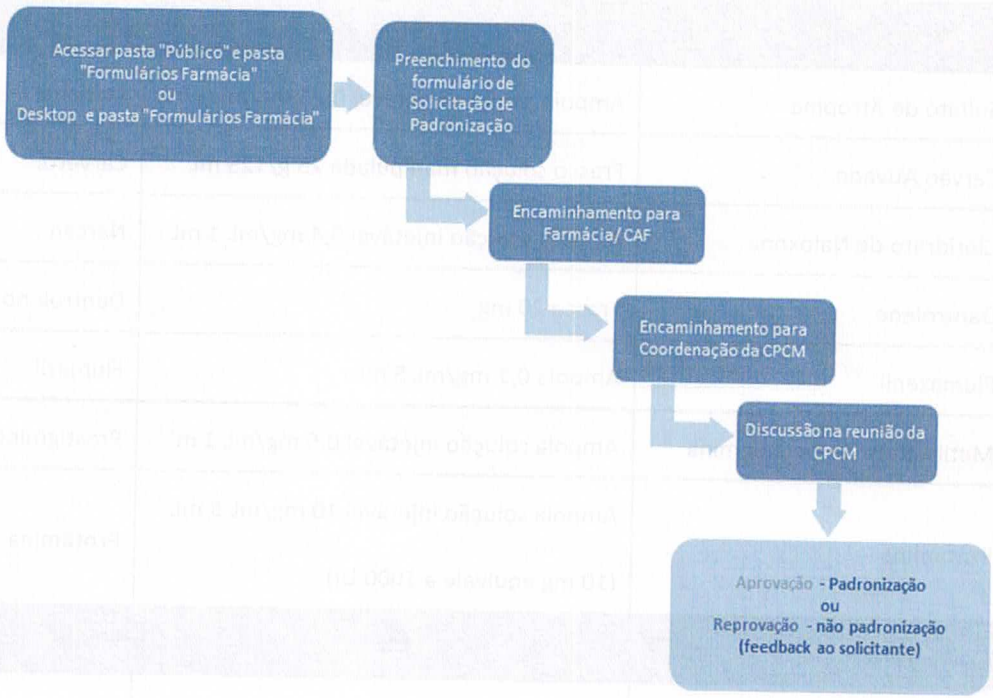
ANTÍDOTOS		
Sulfato de Atropina	Ampola solução injetável 0,25 mg/mL 1 mL	Atropina
Carvão Ativado	Frasco solução manipulada 25 g/125 mL	Carverol
Cloridrato de Naloxona	Ampola solução injetável 0,4 mg/mL 1 mL	Narcan
Dantrolene	Frasco 20 mg	Dantroleno
Flumazenil	Ampola 0,1 mg/mL 5 mL	Flumazil
Metilsulfato de Neostigmina	Ampola solução injetável 0,5 mg/mL 1 mL	Prostigmine
Protamina	Ampola solução injetável 10 mg/mL 5 mL (10 mg equivale a 1000 UI)	Protamina
CONTRASTES		
Sulfato de Bário	Frasco 100 % suspensão oral 150 mL	Bariogel
Iohexol	Frasco 300 mg/mL injetável 50 mL	Henetix

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE PROTOCOLO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS

A padronização de medicamentos ou correlatos fica a cargo da Comissão de Padronização de Correlatos e Medicamentos (CPCM), que é formada por uma equipe multidisciplinar que realiza reuniões periódicas no intuito de organizar a padronização desses produtos de maneira a garantir o uso racional de medicamentos e o melhor custo-benefício.

Os profissionais de saúde podem solicitar a inclusão de novos produtos na padronização, bem como, a exclusão ou a substituição de itens padronizados. Uma vez que julgar necessário essa avaliação, deve ser encaminhado uma solicitação por escrito para a CPCM, por meio do formulário padrão (Anexo 3), conforme o fluxograma 1, referente ao procedimento para solicitação de padronização de correlato ou medicamento.

Fluxograma 1: Procedimento para solicitação de padronização de correlato ou medicamento



SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS OU CORRELATOS

Para solicitar a padronização de um medicamento ou de um correlato, o solicitante interessado deverá acessar a pasta "Público" disponível em "Computador" e em seguida clicar na pasta "Formulários Farmácia", ou acessar diretamente na área de trabalho, a pasta "Formulários Farmácia".

Posteriormente imprimir o Formulário "Solicitação de Padronização de Correlato c Medicamento" específico para o atendimento da solicitação (vide Anexo 3), preencher esse formulário obedecendo as informações solicitadas, identificar no formulário a assinatura da Coordenação do setor ou do gestor da especialidade e anexar ao Formulário, estudos que justifiquem a padronização e comprovem a eficácia do medicamento e/ou insumo.

O formulário preenchido e seus anexos devem ser encaminhados a Farmácia ou CAF, que providenciará o encaminhamento para a coordenação da CPCM. A coordenação é responsável pela validação desses documentos e pela inclusão do assunto na pauta da reunião ordinária ou por marcar uma reunião extraordinária dependendo da urgência do assunto.

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS OU CORRELATOS NÃO PADRONIZADOS

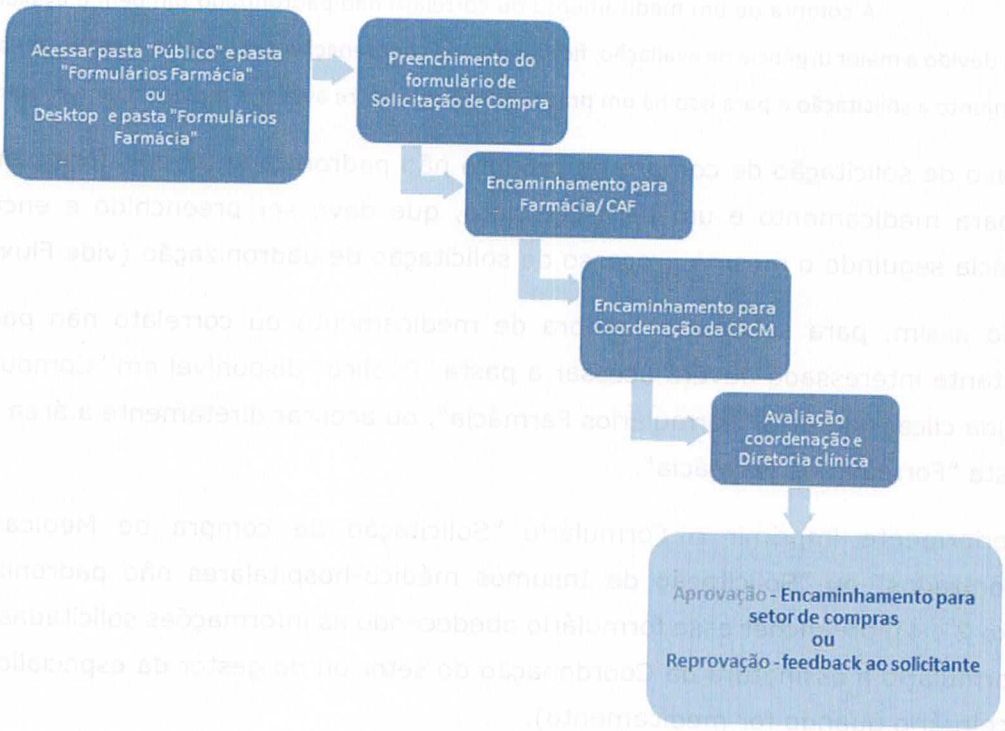
A compra de um medicamento ou correlato não padronizado também é avaliada pela CPCM, porém devido a maior urgência na avaliação, fica a cargo da coordenação da comissão e da Diretoria Clínica avaliar em conjunto a solicitação e para isso há um prazo de 72 horas entre avaliar e providenciar a compra.

No caso de solicitação de compra de produto não padronizado há dois formulários padrão, um para medicamento e um para correlato, que deve ser preenchido e encaminhado a farmácia seguindo o mesmo processo da solicitação de padronização (vide Fluxograma 2).

Sendo assim, para solicitar a compra de medicamento ou correlato não padronizado o solicitante interessado deverá acessar a pasta "Público" disponível em "Computador" e em seguida clicar na pasta "Formulários Farmácia", ou acessar diretamente a área de trabalho, a pasta "Formulários Farmácia".

Posteriormente imprimir o Formulário "Solicitação de compra de Medicamentos não Padronizados" ou "Solicitação de Insumos médico-hospitalares não padronizados" (vide Anexo 2 e 4), preencher esse formulário obedecendo as informações solicitadas e identificar no formulário a assinatura da Coordenação do setor ou do gestor da especialidade (anexar o receituário quando for medicamento).

O formulário preenchido deve ser encaminhado a Farmácia ou CAF, que providenciará o encaminhamento para a coordenação da CPCM. A coordenação da CPCM juntamente com a Diretoria clínica é responsável pela validação desses documentos. Quando a compra é aprovada, a coordenação deve encaminhar cópia da solicitação e receituário (quando medicamento) para ao setor de compras para providenciar a aquisição e quando a compra é reprovada, a coordenação deve dar o retorno ao solicitante justificando a reprovação da solicitação de compra.



Anexos

OS FORMULÁRIOS EM ANEXO ESTÃO COM DIMENSÕES REDUZIDAS, APENAS PARA DEMONSTRAÇÃO NO GUIA DE PADRONIZAÇÃO. OS FARMULÁRIOS EM DIMENSÃO REAL ESTÃO DISPONÍVEIS NA PASTA PÚBLICO, EM "FORMULÁRIOS FARMÁCIA" E COMO ATALHO DESSA PASTA NA ÁREA DE TRABALHO DOS COMPUTADORES DE TODAS AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.

ANEXO 1 - PARECER TÉCNICO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES

	Departamento de Assistência Farmacêutica (DASF) **PARECER TÉCNICO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES**
Setor de Origem:	
Descrição do Insumo:	

Parecer Técnico sobre o insumo:

Marca: _____ Lote: _____

Fabricante: _____ Data de Validade:____/____/_____

Aspectos positivos:

Aspectos negativos:

Conclusão do Parecer:	( )Aprovado	( )Reprovado

Data:____/____/____

Assinatura e carimbo do responsável pela solicitação

Assinatura e carimbo do responsável pelo teste

Assinatura e carimbo do responsável pelo teste

Conclusão da Comissão de Padronização de Correlatos e Medicamentos (CPCM)	
Conclusão: ( ) Autorizado ( ) Negado	
Justificativa:	
Data: _____/_____/_____	Assinatura e carimbo (coord. CPCM):

Comissão de Padronização de Medicamentos e Correlatos

ANEXO 2 - SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE INSUMOS MÉDICO – HOSPITALARES NÃO PADRONIZADOS

	SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE INSUMOS MÉDICO – HOSPITALARES NÃO PADRONIZADOS
Paciente:	
Prontuário:	Unidade de internação/ Leito:
Diagnóstico (CID 10):	

– Especificação do produto/descrição
– Produto(s) ou procedimento(s) a que se destina:
– Justificativa para a aquisição do produto:

– Previsão de consumo /justificativa:
– Este material substituirá outro?
( ) Sim ( ) Não
Caso sim, qual?

Data: / / Solicitante: _____

(Assinatura e Carimbo)

OBS.: Após autorização de compra pela diretoria clínica o setor de compras tem até 72 horas para providenciar a aquisição do produto.

PARECER TÉCNICO

Conclusão da Diretoria Clínica:

( ) Autorizado ( ) Negado

Justificativa:

Data: _____/_____/_____ Assinatura e carimbo:

Comissão de Padronização de Medicamentos e Correlatos

ANEXO 3 - SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE CORRELATO OU MEDICAMENTO

SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE CORRELATO OU MEDICAMENTO

Solicitação de:

( ) Correlato ( ) Medicamento

Finalidade da Solicitação:

( ) Inclusão na padronização ( ) Exclusão da padronização

( ) Teste para avaliar inclusão na padronização ( ) Alteração de especificação ou meta

– Especificação do produto/ Descrição (Em caso de medicamento descrever: Nome do medicamento, apresentação, dosagem e classificação terapêutica):

_____

_____

– Finalidade do produto(s) ou procedimento(s) a que se destina:

_____

_____

– Justificativa de padronização do produto:

_____

_____

_____

– Pontos positivos:

_____

_____

– Meta programada:

_____

_____

– Material Anexado para embasamento da justificativa (folder, registro no Ministério da Saúde, preço, referências bibliográficas, artigos científicos nacionais e/ou internacionais, estudos epidemiológicos sobre o medicamento, e terapêutica a ser adotada):

_____

_____

Data: / / Solicitante:_____

(Assinatura e Carimbo)

PARECER TÉCNICO

Conclusão da Comissão de Padronização de Correlatos e Medicamentos (CPCM)

Conclusão: ( ) Autorizado ( ) Negado

Justificativa:

Data: _____/_____/_____ Assinatura e carimbo (coord. CPCM):

Comissão de Padronização de Medicamentos e Correlatos

ANEXO 4 - SOLICITAÇÃO DE COMPRA MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADOS

SOLICITAÇÃO DE COMPRA MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADOS

Paciente:

Prontuário: Unidade de internação/ Leito:

Diagnóstico (CID 10):

DADOS DO MEDICAMENTO SOLICITADO

NOME: DURAÇÃO DE TRATAMENTO:

POSOLOGIA: APRESENTAÇÃO:

JUSTIFICATIVA

Este medicamento substituirá outro:

( ) Sim ( ) Não

Caso sim, qual?

Data: / / Solicitante: _____

(Assinatura e Carimbo)

OBS.: Após autorização de compra pela diretoria clínica o setor de compras tem até 72 horas para providenciar a aquisição do produto.

PARECER TÉCNICO

Conclusão da Diretoria Clínica:

( ) Autorizado ( ) Negado

Justificativa:

Data: _____/_____/_____ Assinatura e carimbo:

12.7 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo

O INSTITUTO CEM propõe a utilização uma Política de Regulamentação Patrimonial (descrita abaixo), contendo as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo, institucionalizada pelo INSTITUTO CEM e passível de Aplicação no Hospital, conforme:

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do INSTITUTO CEM obedecerão ao disposto nesta normatização.

Art.2º. Para fins desta Normatização considera-se:

Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução do INSTITUTO CEM, inclusive bens de consumo;

Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor integra o patrimônio do INSTITUTO CEM;

Unidade administrativa: unidades da estrutura organizacional (organograma) do INSTITUTO CEM ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

DA AQUISIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Art.3º. A aquisição de materiais no âmbito do INSTITUTO CEM compreende os seguintes tipos:

Compra: operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;

Cessão: modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;

Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;

Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;

Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições pré-estabelecidas.

Art.4º. A aquisição de material na modalidade compra será efetuada pelo Setor de Contratos e Licitações e, quando necessário, via Setor de Compras, de forma planejada, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

Art.5º. As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

Art.6º. Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Art.7º. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Art.8º. As compras realizadas fora da programação da Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas somente depois de atingido o nível mínimo de estoque no almoxarifado;

§1º. As solicitações de itens que não fizerem parte do catálogo normal de materiais mantidos pela Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas diretamente ao Diretor Administrativo, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição;

§2º. Na hipótese do parágrafo anterior, caso a solicitação seja deferida pela Diretoria Administrativa, poderá ser modificado o catálogo de materiais, por iniciativa da Supervisão de Material e Patrimônio, para inclusão daquele item, desde que verificada a necessidade de aquisição para as demais unidades administrativas.

Art.9º. A quantidade de material a ser adquirida fica limitada à existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

Parágrafo Único – Fica proibida a aquisição de material permanente em quantidade superior à da pronta destinação e utilização por parte das unidades requisitantes, ressalvadas aquelas destinadas à reserva técnica para substituição imediata em caso de manutenção, para acomodação de novos profissionais ou implantação de novas unidades e/ou projetos / contratos de gestão.

Art.10º. Os materiais sujeitos à deterioração ou ao risco de se tornarem obsoletos deverão ser adquiridos em quantidades suficientes para a plena utilização, adotando-se, para tanto, critérios adequados à sua quantificação que serão definidos pela Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.11º. Ficam estabelecidas as fórmulas a serem utilizadas pela Supervisão de Material e Patrimônio para a reposição do estoque.

DO RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

Art.12. Recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue à Supervisão de Material e Patrimônio, em local previamente designado, devendo este ser recebido em conjunto com o representante do setor solicitante caso não esteja no catálogo de materiais ou se a sua natureza assim o exigir.

§ 1º. O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à Supervisão de Material e Patrimônio;

§2º. Deve ocorrer preferencialmente no almoxarifado da Supervisão de Material e Patrimônio, salvo quando não possa ou não deva ali ser estocado, caso em que se fará nos locais designados;

§ 3º. Qualquer que seja o local de recebimento, os registros de entrada serão realizados na Supervisão de Material e Patrimônio, quando se tratar de material permanente, bem como quando se tratar de material de consumo.

Art.13. Todo material para ser recebido deverá vir acompanhado de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial do INSTITUTO CEM, cuja cópia será arquivada na Supervisão de Material e Patrimônio para os devidos registros.

Parágrafo Único – Considera-se documento hábil para os fins deste artigo os seguintes documentos:

Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;

Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;

Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

Art.14. As Notas Fiscais de Materiais deverão ser entregues diretamente na Supervisão de Material e Patrimônio, para serem conferidas e depois repassadas à Diretoria Administrativa ou por quem este delegar esta atribuição.

Parágrafo Único – As Notas Fiscais de materiais adquiridos com recursos do Fundo Rotativo / Suprimento de Fundos também serão conferidas pela Supervisão de Material e Patrimônio e depois repassadas ao gestor/suprido do fundo.

Art.15. O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta c transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio do INSTITUTO CEM.

§1º.O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação;

§ 2º. A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

§ 3º. Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Art.16. Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Supervisão de Material e Patrimônio, em carimbo próprio.

§1º. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por pessoa habilitada para esse fim;

§2º. Nos casos em que o material não esteja relacionado no Catálogo de Materiais será necessário o atesto/assinatura, também, do responsável pelo setor solicitante.

Art.17. Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Art.18. Quando das aquisições de material para construção e reforma os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Supervisão de Material e Patrimônio aos Diretores ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido.

Art.19. As Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo supervisor de material e patrimônio responsável pelo acompanhamento da obra.

Art.20. Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao Diretor Administrativo.

Art.21. Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e consequente registro nos sistemas competentes/ inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

Art.22.A Supervisão de Material e Patrimônio manterá controle sobre os materiais a receber, sendo responsável pela entrega ao fornecedor do(s) comprovante(s) de entrega, devendo, também, acompanhar os prazos de entrega, comunicando ao Setor de Contratos e Compras os eventuais atrasos ou descumprimento do prazo de entrega.

Art.23. O sistema de controle de materiais, se possível, deverá permitir o recebimento provisório e definitivo, além de registrar as solicitações não atendidas – demanda reprimida.

Art.24.A Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser comunicada formalmente da aquisição de qualquer material, ainda que não transite fisicamente pela mesma, a fim de que possa efetivar as anotações e os registros necessários em seu sistema.

DO CONTROLE PATRIMONIAL

Art.25. A Supervisão de Material e Patrimônio manterá o registro do patrimônio do INSTITUTO CEM, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- registrar e informar a localização dos bens;
- registrar os agentes responsáveis;
- emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- controlar a movimentação de material;
- identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- permitir a obtenção de informações gerenciais.

Art.26. Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela Supervisão de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registr etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Único - O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial do INSTITUTO CEM, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Art.27. Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- número de tombamento;
- descrição do material;

- modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- valor de aquisição;
- data de aquisição e número de autos;
- número do documento fiscal;
- estado de conservação do material;
- outras observações consideradas indispensáveis.

Parágrafo Único – Para fins de registro patrimonial, o bem cujo valor de aquisição for desconhecido, será avaliado tomando como referência o valor de outro bem, semelhante ou sucedâneo, no mesmo estado de conservação e a preço de mercado.

Art.28. Toda manutenção e reparo realizados nos materiais permanentes do INSTITUTO CEM deverá ser comunicado formalmente à Supervisão de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

Art.29. O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/ plaquetas.
Parágrafo Único – No caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.

Art.30. Os bens que não transitarem na Supervisão de Material e Patrimônio serão tombados, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

Art.31. A movimentação de bens dentro do INSTITUTO CEM, bem como a saída de material permanente da instituição é de responsabilidade única e exclusiva da Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.32. A Supervisão de Pessoal, sempre que ocorrerem mudanças do agente responsável pelos bens, por qualquer que seja o motivo, deverá comunicar a Supervisão de Material e Patrimônio para atualização do Termo de Responsabilidade.

§ 1º- A Gerência de Pessoal informará à Supervisão de Material e Patrimônio todos os atos relacionados à dispensa, exoneração, nomeação, designação e afastamentos de membros e profissionais no prazo máximo de dez dias da assinatura do respectivo ato administrativo;

§2º -O mesmo procedimento deverá ser adotado pela Supervisão de Tecnologia da Informação quando houver troca de equipamentos de informática por aquela Supervisão.

Art.33. Compete ao Diretor Executivo, por meio de processo administrativo próprio, autorizar a baixa de bens do patrimônio, nos seguintes casos:

- furto;
- extravio;
- dano irrecuperável que impossibilite sua utilização ou alienação;
- cessão;
- alienação.

Parágrafo Único – Nos casos de furtos e extravio, o Diretor Executivo determinará as ações necessárias para apuração de responsabilidades, visando indenizar O INSTITUTO CEM e aplicar penalidades administrativas, observada a legislação em vigor.

Art.34. Toda incorporação ou baixa no patrimônio será objeto de registro no sistema próprio concomitantemente à sua ocorrência.

Art.35. A devolução de qualquer bem ou material à Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser precedida de comunicação formal devidamente fundamentada.

Parágrafo Único – Sempre que a quantidade de material a ser devolvido depender de conferência por parte da Supervisão de Material e Patrimônio, em razão da quantidade ou da natureza, deverá ser previamente agendada a data da efetivação da devolução.

DAS REQUISIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DOS BENS

Art.36. A requisição de qualquer material, realizada em formulário próprio ou, efetivamente, por meio de sistema eletrônico de processamento de dados, deverá ser feita observando-se os códigos e padrões a serem adotados.

§ 1º- Toda requisição de material de consumo ou bem permanente deverá ser registrada no sistema de controle do almoxarifado e patrimonial da Supervisão de Material e Patrimônio, respectivamente;

§ 2º - As unidades administrativas deverão encaminhar as solicitações de material com antecedência à Supervisão de Material e Patrimônio, a fim de possibilitar a separação e organização do material a ser entregue.

Art.37. Os dirigentes das unidades administrativas e titulares das Coordenações, Gerências, Setores e Serviços poderão indicar, por meio de comunicação formal, profissionais a serem cadastrados pela Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado), para requisição de material de consumo.

Art.38. A Supervisão de Material e Patrimônio tem competência para atender ou não, no todo ou em parte, os pedidos que, em razão da quantidade superior ao consumo da unidade requisitante em períodos pré-determinados, se mostrem supérfluos, desnecessários ou incompatíveis com o interesse da administração ou necessidade do serviço, observados os critérios definidos pela Diretoria Administrativa-Financeira.

Art.39. O atendimento à requisição fica também sujeito às seguintes condições:

- quantidade existente;
- análise do consumo da unidade em períodos pré-determinados;
- prioridade de atendimento a determinadas áreas definidas pela administração;
- vinculação do material catalogado às áreas específicas, requerendo, quando de sua solicitação por áreas diversas, a necessária autorização da Diretoria Administrativa;

§ 1º - Será sempre necessária a justificativa da unidade requisitante se a quantidade requisitada de determinado material for maior que a média de consumo obtida por meio da análise de consumo de que trata o inciso II;

§ 2º - As unidades que possuírem prerrogativa de solicitação de material de uso exclusivo deverão manter controles que possibilitem a identificação de sua destinação;

§ 3º - As unidades que demandam materiais em grande quantidade, ou cujo consumo, dependendo das atividades programadas, sofram grandes variações, deverão apresentar

previsão, com código e quantidade de material, ao longo do exercício, para fins de programação das unidades envolvidas.

Art.40. A Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado) deve distribuir às unidades requisitantes os materiais estocados fisicamente a mais tempo ou, se for o caso, cujo prazo de validade esteja mais próximo de expirar, utilizando o critério PEPS – Primeiro que Entra, Primeiro Sai.

Art.41. Não havendo disponibilidade do material solicitado em estoque, deverá a Supervisão de Material e Patrimônio verificar se há processo em andamento para a aquisição do mesmo e a fase em que se encontra e, se não houver, tomar as providências necessária para iniciá-lo.

Art.42. A Supervisão de Material e Patrimônio permanecerá fechada para atendimento nos últimos 02 (dois) dias úteis de cada mês, oportunidade na qual serão realizadas as averiguações e contagens de estoque (balanços).

Parágrafo Único - As solicitações encaminhadas durante o período supracitado serão atendidas a partir do primeiro dia útil subsequente, observada a ordem cronológica de recebimento.

DA ALIENAÇÃO, CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS

ART.43. A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do INSTITUTO CEM, devidamente justificada, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- venda;
- permuta;
- doação.

Art.44. A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada esta nos seguintes casos:

- permuta, permitida exclusivamente entre unidades do INSTITUTO CEM;

- doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- venda de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do INSTITUTO CEM, em virtude de suas finalidades.

Art.45. A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo do INSTITUTO CEM, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins.

Parágrafo Único – A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

Art.46. A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Art.47. Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

DA CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS

Art.48.Os materiais inservíveis classificam-se em:

- ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso:
- recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo, a manutenção for onerosa;
- irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Art.49. Para fins do artigo anterior serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais do INSTITUTO CEM, emitindo relatório de tudo para a Diretoria Administrativa, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria do INSTITUTO CEM.

§ 1º Pelo menos um membro da Comissão Especial de Avaliação deverá ter qualificação compatível com o bem avaliado.

§ 2º Os integrantes da Comissão Especial de Avaliação desempenharão suas funções sem prejuízo das atribuições habituais.

Art.50.O bem considerado antieconômico ou irrecuperável poderá ser cedido a outras entidades administrativas ou obrigatoriamente alienado no menor tempo possível.

Art.51. Verificada a impossibilidade ou a inconveniência da alienação de bens classificados como irrecuperáveis, o Diretor Executivo, após ouvir a Diretoria Administrativa/Comissão Especial de Avaliação, determinará sua descarga patrimonial e sua inutilização ou abandono, após a retirada das partes economicamente aproveitáveis, caso existam, que serão novamente incorporados ao patrimônio.

Art.52. A inutilização consiste na destruição total ou parcial do bem ou que implique em ameaça à saúde das pessoas ou risco de prejuízos ecológicos ou inconvenientes de qualquer natureza para a Instituição, sendo feita, sempre que necessário, mediante audiência dos setores especializados, de forma a ter sua eficácia assegurada.

Parágrafo Único A inutilização e abandono de bens será documentada mediante formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

Art.53. São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;

- a sua natureza tóxica ou venenosa;

- a sua contaminação por radioatividade;

- o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Art.54. Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Art.55. Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

Parágrafo Único -A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Art.56. Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

DOS INVENTÁRIOS

Art.57. O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque, que tem por finalidade:

- verificar a existência física dos bens e materiais;
- informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

Art.58. O inventário físico no âmbito do INSTITUTO CEM, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;

EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos Diretores Executivo, Administrativo ou pela própria Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.59. Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros, designados pelo Diretor Executivo.

Parágrafo Único – Os membros das comissões de que se trata o caput serão designados até o dia 31 de março de cada ano, por um período de 01(um) ano.

Art.60.O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, devendo ser todos elencados no artigo 27 desta Normatização.

Parágrafo Único – O inventário de que se trata o caput será realizado pela(s) Comissão(ões) permanente(s) de Inventário, obedecendo os mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual, em conformidade com os § 1º e 2º do art.63, deste ato.

Art.61. A Supervisão de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;

POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.

INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas no âmbito do INSTITUTO CEM, para identificação e registro de bens.

Art.62. As pendências decorrentes dos inventários de que tratam os artigos 58 e 61, deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Art.63. A(s) Comissão(ões) permanente(s) de Inventário deverá(ão), obrigatoriamente, realizar o inventário físico anual, mediante formalização de procedimento administrativo, no qual conterá também a verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos mesmos pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso nas unidades administrativas do INSTITUTO CEM.

§1º. O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

§2º. O inventário físico anual será encaminhado ao Setor de Contabilidade, o qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo às Coordenações, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal do INSTITUTO CEM.

DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS

Art.64. Todos os profissionais são responsáveis pelos bens que lhes são confiados, devendo observar, no seu manuseio, dentre outros cuidados necessários à guarda, localização, segurança e preservação, no que couber, aqueles constantes nesta Normatização;

§ 1º. Todas as unidades administrativas deverão arquivar, em pasta própria, os termos de responsabilidade e de ocorrência, com a finalidade de manter o controle dos bens permanentes sob sua guarda e uso;

§2º. Todas as unidades administrativas deverão manter um controle de estoque dos materiais de consumo que lhes forem disponibilizados.

Art.65. Os profissionais serão chamados à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material de consumo que lhes forem confiados para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causarem, estejam ou não sob sua guarda.

Art.66. Qualquer irregularidade ocorrida com bem ou material será objeto de imediata comunicação formal, de maneira circunstanciada, por parte do profissional ou responsável da unidade administrativa ou por iniciativa da própria Supervisão de Material e Patrimônio.

§ 1º. Além da hipótese prevista no caput, imediatamente após a conclusão do inventário físico anual de que trata o artigo 58, inciso I, desta normatização, caso seja detectada a qualquer irregularidade, deverá ser procedida, em processo distinto, a apuração de responsabilidade objetivando a localização do bem desaparecido ou ressarcimento do valor correspondente;

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo considera-se irregularidade toda ocorrência que resulte em prejuízo ao INSTITUTO CEM, relativamente a bens e materiais de sua propriedade ou sob sua guarda.

Art.67. Independentemente das sanções administrativas e penais cabíveis, o profissional responsabilizado pela avaria ou desaparecimento de bem ou material deverá arcar com as despesas de recuperação, substituí-lo por outro com as mesmas características ou indenizar em dinheiro, pelo preço da avaliação, apurado pela Comissão Especial de Avaliação, o valor correspondente.

Parágrafo Único – As empresas prestadoras de serviço O INSTITUTO CEM deverão indenizar o mesmo, em virtude de dano, furto ou extravio causados por seus empregados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, mediante pagamento em parcela única.

Art.68. Para fins de apuração das irregularidades previstas nesta normatização, considera-se:

profissional responsável: o funcionário que se responsabiliza perante o INSTITUTO CEM, assinando o respectivo termo e que, de forma direta ou indireta, pode propiciar ou facilitar a ocorrência da irregularidade;

autor: o agente, inclusive o definido no inciso anterior, que praticou a irregularidade.

Art.69.O processo de responsabilidade deverá ter caráter sigiloso.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.70. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito O INSTITUTO CEM aplicam-se, no que couber, as disposições da legislação pertinente em vigor.

Art.71. Fica vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro O INSTITUTO CEM na manutenção de bens particulares, exceto aqueles que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

Art.72. Todas as atividades inerentes ao registro e controle de bens patrimoniais de que trata este ato, serão transferidos automaticamente para a Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.73. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria do INSTITUTO CEM.

Art.74. Esta normatização entrará em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração e publicação no site da instituição, revogando-se as disposições em contrário.

ASPECTOS CONCEITUAIS RELEVANTES SOBRE O TEMA:

O setor de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO terá como finalidade precípua o recebimento e a conferência de todo o material e bens de pequena monta da unidade, bem como o armazenamento e distribuição interna, em quantidade necessária e qualidade adequada para o melhor atendimento e eficiência nas atividades do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

DAS FUNÇÕES

Recebimento

Recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos; Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;

- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreende quatro fases:

- Entrada de materiais;
- Conferência
- Quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização.

Entrada de Materiais

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento

de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito através da análise da disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

Conferência Quantitativa

- A atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Qualitativa

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

Regularização

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela

confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;
- Reclamação de falta ao fornecedor;
- Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Relatório técnico da inspeção;
- Especificação de compra;
- Catálogos
- Técnicos;
- Desenhos.

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

Armazenagem

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento; Separação para distribuição.
- Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:
- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos); Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.
- No projeto de um Almoxarifado devem ser verificados os seguintes aspectos:
- Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- Corredores (facilidades de acesso); Portas de acesso (altura, largura);
- Prateleiras e estruturas (altura e peso); Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente é utilizada uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

Distribuição

A distribuição dos materiais estocados deve ser realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos de uma empresa, normalmente, se faz por meio d requisição específica.

LEGISLAÇÃO

Utilizaremos para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO Cruz, apoio na legislação federal que é regida pela Instrução Normativa Nº. 205 de 08 de abril de 1988 e que tem como objetivo racionalizar, com minimização de custos, o uso de material através de técnicas modernas que atualizam e enriquecem essa gestão com as desejáveis condições de operacionalidade, no emprego do material nas diversas atividades.

Para tal considera-se material como sendo uma designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

PRÁTICAS DO ALMOXARIFADO NO HERSO GERENCIADO PELO INSTITUTO CEM

Os espaços destinados à guarda e conservação dos materiais visam atender as normas de segurança bem como a legislação, garantindo assim que as instalações estejam adequadas para movimentação dos materiais, assim sendo, adota procedimentos que visam assegurar o atendimento ideal às demandas do HERSO.

Tendo como o principal objetivo deste Manual a documentação dos procedimentos realizados pela Divisão de Almoxarifado, seguem as rotinas detalhadas adotadas atualmente pelo Almoxarifado da CEM.

Recebimento e Aceitação

O recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue no local previamente designado, no caso o Almoxarifado, uma vez que todo o registro de entrada e distribuição de material deverá ser de responsabilidade do Almoxarifado.

A aceitação consiste na operação segundo a qual se declara que o material recebido satisfaz às especificações contratadas.

São considerados documentos hábeis para o recebimento de materiais ou equipamentos:

- Nota Fiscal, Fatura e Nota Fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão, Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- Guia de Produção.

Nestes documentos constarão, obrigatoriamente: descrição do material, quantidade, unidade de medida e valor.

Observando-se que, quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado pelo recebimento ou o Almoxarife, providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega, formalizando qualquer irregularidade.

Rotina para Recebimento de Materiais

O fornecedor que for entregar o material/mercadoria deve aguardar sua vez para o atendimento do recebedor devendo este:

- ✓ Conferir com a Nota Fiscal enviada pelo fornecedor e chegar junto ao sistema se a compra foi de fato solicitada por esta unidade;
- ✓ O descarregamento é realizado pelo fornecedor/transportadora, devendo o recebedor indicar o local adequado para o material.

- ✓ O recebedor deve acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com nota fiscal e recibo do frete. (Como o frete não é "a pagar", não é deixada nenhuma via do recibo do frete, sendo viável anotar a transportadora que realizou o serviço, se for este o caso).
- ✓ No ato do recebimento, se o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso do recibo do frete: Embalagem danificada sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização.
- ✓ Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor deve escrever ou carimbar no canhoto da Nota Fiscal: Recebido "X" volumes sujeitos à conferência.
- ✓ Finalizar o recebimento assinando e carimbando o canhoto da Nota Fiscal.

Muitos materiais são recebidos pelo Almoxarifado, cuja origem não tenha sido por meio de compra, portanto, sem a existência de documentação específica. Nestes casos, atentar-se quanto

- ✓ Natureza da Operação, muitas vezes caracterizada "Simples Remessa". Para tanto, deve-se entrar em contato com o responsável pela aquisição.

FLUXO – ALMOXARIFADO NO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO CRUZ

O fluxograma da rotina de sistemas utilizados no setor de almoxarifado do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO se dá do seguinte modo:

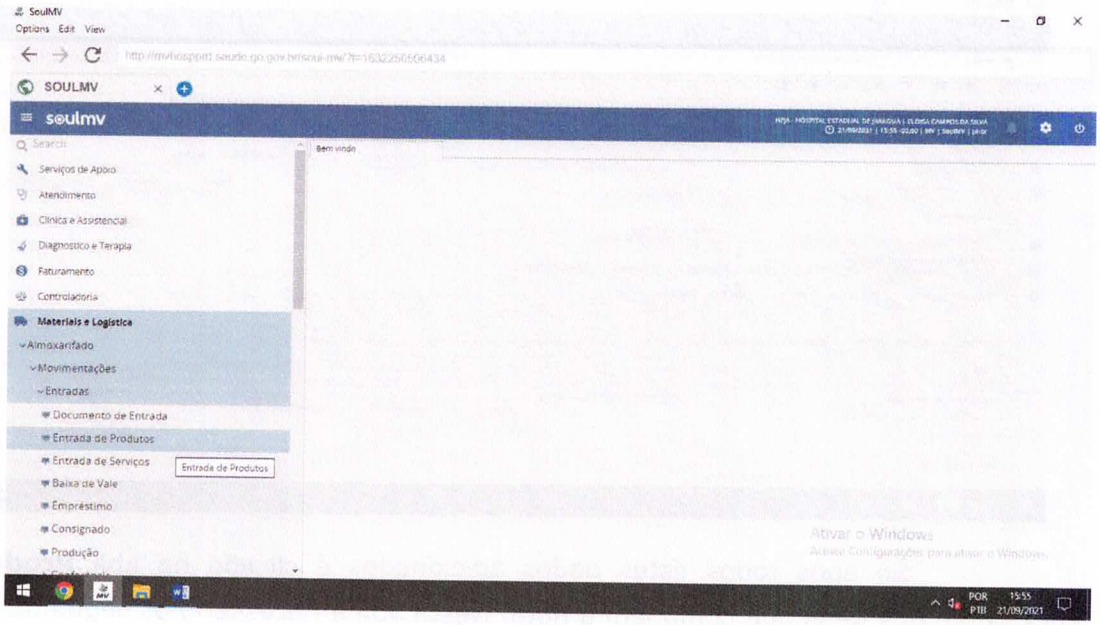
- Após o recebimento e conferência da mercadoria é realizado a entrada no sistema SOUL MV para realização de consumo na unidade;

Iniciamos esta entrada com os seguintes passos:

- Materiais e Logística;
- Almoxarifado;
- Movimentações:

- Entradas:

Entradas de Produtos:



- É aberto uma nova aba onde iremos adicionar os dados da nota fiscal:

a) Ordem de compra;

b) Tipo de documento;

c) Chave de acesso Danfe;

d) Estoque;

e) Número de Documento;

e) Número de Série;

f) Fornecedor;

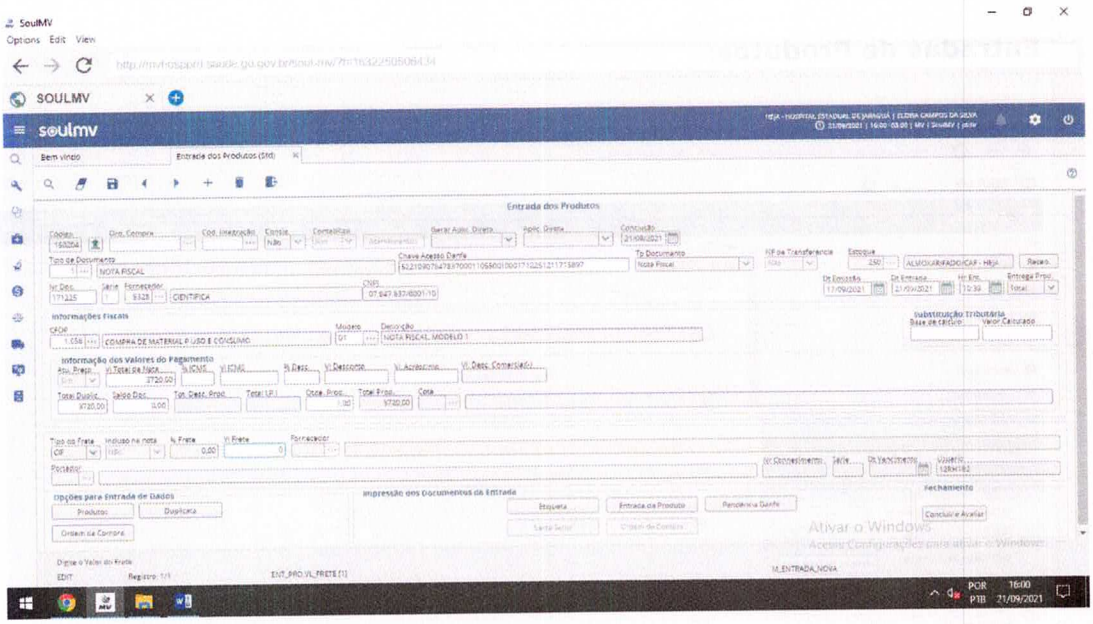
g) Data de emissão da nota fiscal;

h) Data da entrada da nota fiscal;

i) CFOP (Código Fiscal de Operação e Prestações);

j) Modelo de documento;

k) Valor da nota;



Só após todos estes dados adicionados é clicado na aba **Produtos** para lançamento dos itens que compõem a nota. Nesta aba é necessário os seguintes pontos:

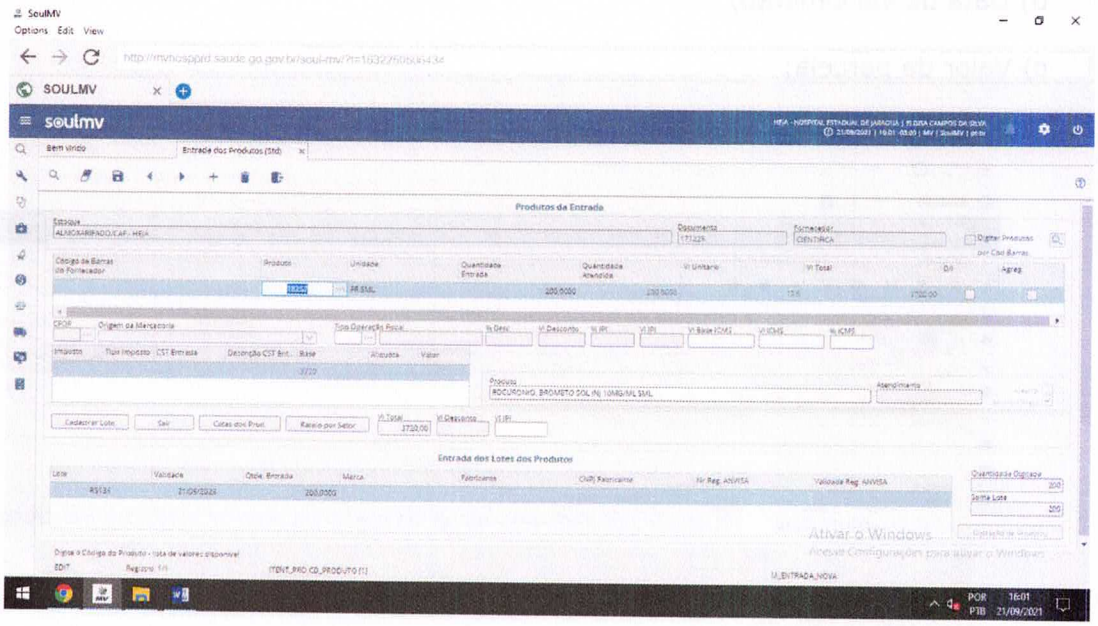
Descrição do produto;

Quantidade;

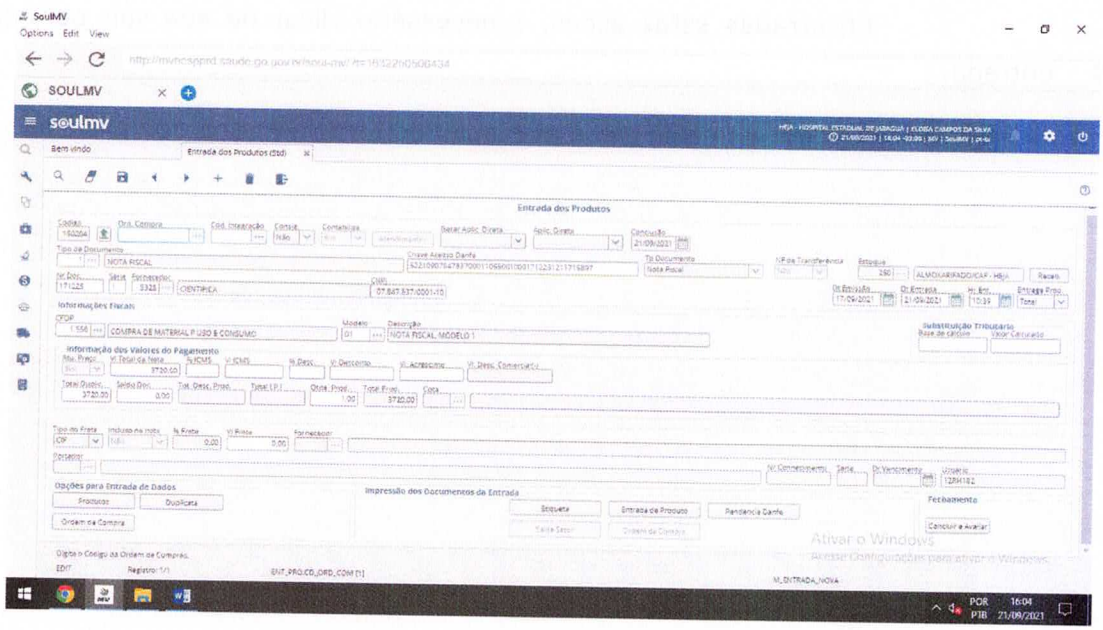
Valor unitário;

Valor total;

Clicar na aba **Cadastrar Lote** (caso haja).



Depois de todos os itens lançados clicar na aba **Sair** que retornará a tela principal e fazer o lançamento da **Duplicata:**

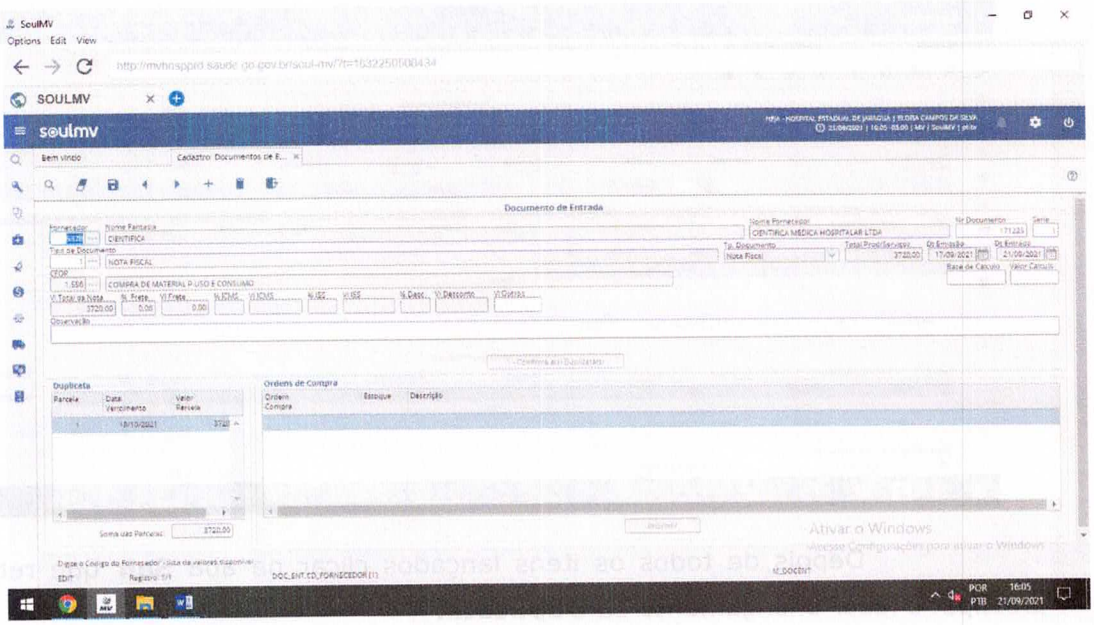


- Nesta aba é necessário a inserção de:

a) Quantas parcelas;

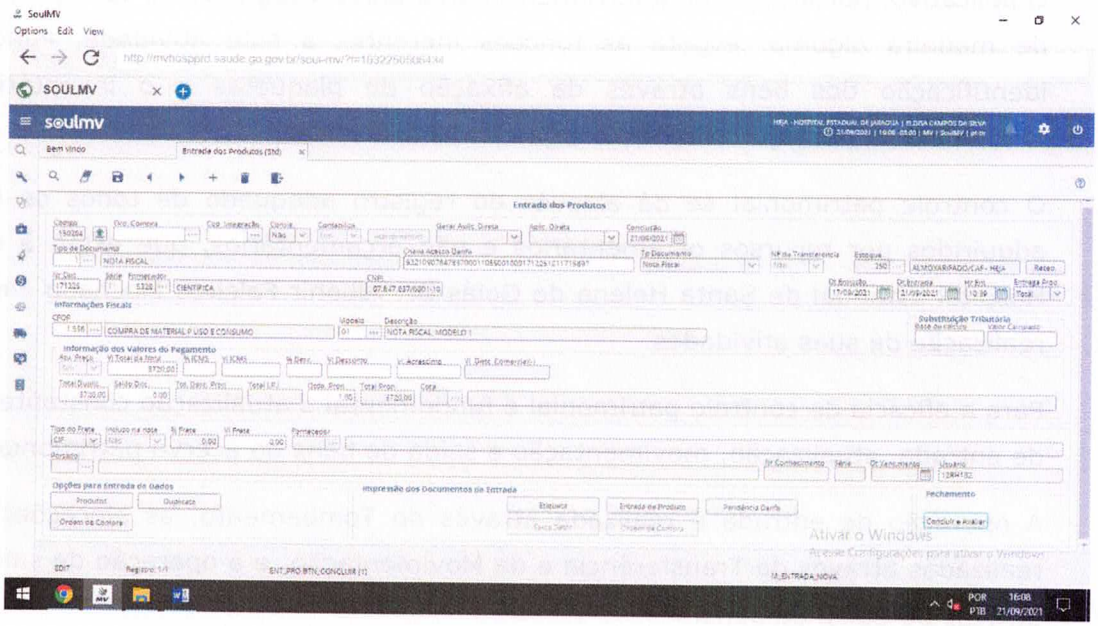
b) Data de vencimento;

c) Valor da parcela;



Encerradas estas ações, é necessário clicar na aba sair para finalização da entrada.

Por fim, é necessário a finalização e avaliação do fornecedor na aba principal:



A partir daí todos os itens presentes naquela nota já se encontram no sistema para movimentação e consumo.

12.7.1.1 Controle Patrimonial

IMPORTÂNCIA DO CONTROLE PATRIMONIAL

A importância do controle patrimonial nas instituições, tanto públicas quanto privadas, dizem respeito principalmente à grande imobilização financeira decorrente da aquisição do parque instalado e da massa de custos adicionais decorrentes desses bens.

O controle dos bens permanentes da CEM é feito de forma descentralizada em cada unidade gestora, de modo a facilitar as operações e permitir maior autonomia por parte das unidades, além de obviamente atender as disposições legais quanto à não fundir valores e bens oriundos de contratos distintos.

Na tarefa do cuidado patrimonial o Instituto CEM conta o Sistema Interno de Controle Patrimonial, um aplicativo desenvolvido em substituição ao sistema ATM, integrando a atividade de controle do patrimônio móvel da CEM e fornecendo os meios necessários à atuação gerencial da Instituição e dos órgãos de controle e fiscalização internos externos

O aplicativo, portanto, é uma ferramenta, uma parte integrante do controle patrimonial, e, de maneira alguma, esgota as funções inerentes a esta atividade. Funções como a identificação dos bens através da afixação de plaquetas e o inventário anual são fundamentais para que o controle seja completo e eficaz.

O controle patrimonial se dá através do registro adequado de todos os bens móveis, adquiridos por recursos orçamentários e não orçamentários, que estão à disposição do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO para a realização de suas atividades.

Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registro de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entrada é realizada através do Tombamento, as alocações internas são realizadas através da Transferência e da Movimentação, e a operação de saída é realizada através da Baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.

A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Setor de Patrimônio, é realizada através dos Inventários.

Deve ser controlado todo acervo do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO Cruz, seja de bens móveis ou imóveis, assim como todo ber não pertencente ao acervo, mas colocado à sua disposição para consecução dos objetivos institucionais (bens em comodato).

MATERIAL PERMANENTE

De acordo com o dicionário, patrimônio é "o conjunto de bens, direitos e obrigações economicamente apreciáveis, pertencentes a uma pessoa ou empresa" (Dicionário Houaiss da Língua portuguesa, p. 2151).

Para efeito deste manual, a referência a patrimônio deve ser entendida como sendo o conjunto de bens móveis, também denominados, materiais permanentes.

A Instrução Normativa 205/88 da Sedap define material como:

> "... designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias-primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis"

I – Durabilidade – quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;

II – Fragilidade – material cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

III – Perecibilidade – material sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

IV – Incorporabilidade – quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal;

V – Transformabilidade – quando adquirido para fim de transformação.

Verificadas as condições acima citadas, devem ser analisados, por fim, mais dois parâmetros que complementam a definição final da classificação:

a) A relação custo de aquisição/custo de controle do material. De um modo geral, o material de pequeno custo que, em função de sua finalidade, exige uma quantidade maior de itens, redunda em custo alto de controle, devendo ser, portanto, classificado como de consumo;

b) Se o bem está sendo adquirido especificamente para compor o acervo patrimonial do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO . Nestas circunstâncias, este material deve ser classificado sempre como um bem permanente.

Além disso, é importante frisar que a classificação do bem, para efeito de sua inclusão no sistema de controle patrimonial, deve ser coerente com a adotada no respectivo processo de aquisição.

NÚMERO PATRIMONIAL

Todo bem componente do acervo patrimonial deve ser identificado individualmente no momento do seu tombamento.

Essa identificação consiste na atribuição de um número patrimonial exclusivo e deve permitir aos agentes do controle patrimonial coletar informações relativas à localização, estado de conservação, situação desse bem face ao acervo, bem como o responsável por sua guarda e conservação.

OPERAÇÃO PATRIMONIAL

As operações patrimoniais consistem no registro de entrada, movimentações e saída de bens do acervo da instituição.

A entrada de material permanente é denominada Tombamento.

Às alterações da localização de bens denominamos Movimentação, quando não há troca pela responsabilidade por sua guarda, ou Transferência, quando há a transferência de posse e guarda para um novo responsável.

A saída do bem do acervo patrimonial é denominada Baixa, é sempre resultado de processo apropriado que a justifique e deve ser sempre autorizada pelo gestor do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ou por determinação do Secretário de Estado de Saúde de Goiás.

É importante salientar que o registro patrimonial tem sua correspondência no balanço financeiro da instituição, representando recursos imobilizados.

O responsável institucional pelos recursos é sempre o Gestor, daí a importância de sua anuência e autorização nas operações que impliquem na entrada ou saída de recursos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO Cruz.

TOMBAMENTO

Tombamento é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de controle patrimonial do HERSO e, em alguns casos, no seu balanço contábil. Isso significa dizer que o bem que entra no acervo da instituição, apresentará igualmente um aporte de recursos no balanço patrimonial.

Por interferir no balanço patrimonial, essa operação é atribuição exclusiva do responsável pelo controle patrimonial da Unidade.

O tombamento deve ser realizado sempre no momento em que o bem entra fisicamente na instituição e envolve desde o lançamento dos bens no Sicpat até a assinatura e arquivamento dos Termos de Responsabilidade.

A modalidade do tombamento é escolhida conforme a documentação referente ao bem permanente, que indica a fonte de recursos e a origem física do bem.

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Esse Manual tem como finalidade a orientação da realização de atividades pelos colaboradores da unidade, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento das mesmas, garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e, principalmente, para os pacientes.

FUNÇÕES:

O Setor de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , tem entre suas principais atribuições:

- O planejamento e o controle do estoque de materiais;
- A patrimonialização e controle dos bens do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ;
- Acompanhar e supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais e bens de pequeno valor adquiridos junto aos fornecedores;
- Receber os materiais e bens adquiridos, certificando a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/ razão social do fornecedor, através da Autorização de Fornecimento/ empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar em conformidade as especificações técnicas descritas na AF/empenho;
- Armazenar os materiais em estoque;
- Registrar, patrimonializar e controlar os bens do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO ;
- Registrar em sistema próprio as notas fiscais dos itens recebidos;

- Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;

Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados, bem como dos bens existentes no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

- Viabilizar o inventário anual dos materiais e bens da unidade;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos itens visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material, bem como dos bens existentes na unidade;
- Manter estoque mínimo de materiais médico-hospitalares;
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisições dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

ATIVIDADES DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O almoxarifado, na confirmação de Klipel (2014), trata-se do setor responsável pela gestão física dos estoques, com exceção dos produtos em processo, e tem a função de guardar, preservar, receber e expedir materiais, de acordo com determinadas regras e métodos de armazenagem, para atender a produção e os materiais entregues pelos fornecedores.

Para Paoleschi:

> Almoxarifado é o local destinado a fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo

> a função de destinar espaços em que permanecerá cada item aguardando a necessidade de uso (PAOLESCHI, 2009, p. 18).

O almoxarifado guarda os materiais de consumo interno necessário ao cotidiano da organização.

Nele existem espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização e disposição interna condicionada a política de estoque da empresa.

O almoxarifado apresenta uma fundamental relevância em uma unidade hospitalar como o uma vez que existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, e exigem certo grau de emergência e disponibilidade, mesmo que não exista movimentação frequência do material.

Devido a essas particularidades, surgem diversos desafios para gerenciamento do estoque que envolvem alocação dos produtos ou serviços certos no lugar certo, no momento certo, e nas condições desejadas, proporcionando melhores contribuições para a organização (SILVA, 2016).

Em razão disso, é necessário que haja sempre uma previsibilidade do consumo local. Obviamente que essa previsibilidade visa gerar uma disponibilidade do item para quando for necessário, ocorre que gerar disponibilidade é sinônimo de gerar um custo, uma vez que muitas vezes essa disponibilidade ocorre, mas o consumo não é constante.

Especificidades como essa demonstram a dificuldade que por vezes surge para o bom gerenciamento do estoque em relação aos custos.

Em suma, materiais não podem ser comprados em excesso, nem de maneira escassa, sob o risco de que estas falhas no processo geram muitos problemas para a unidade. Desse modo o planejamento e previsibilidade corretos se mostram fundamentais, para se garantir eficiência no atendimento, custo coerente e sustentabilidade.

Resumidamente, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais, para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, dietas, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõe a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente, etc).

Usando ferramentas e sistemas informatizados que permitiam um controle eficiente de estoque, o gestor, garantirá adequadamente e ininterruptamente que ocorra o suprimento de materiais para todos os setores do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

Almoxarifado e Patrimônio é um departamento contido na estrutura de uma unidade de saúde, e tem como finalidade precípua fornecer meios para armazenagem correta de itens de consumo geral e bens.

Esse setor acaba por aglutinar duas funções, quais sejam: função operacional referente ao fornecimento de insumos para o funcionamento geral da unidade e função de apoio atividade médica.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Este Manual de Procedimentos de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle - Almoxarifado e Patrimônio tem por objetivo orientar, através da regulamentação e padronização das rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e materiais permanentes do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos.

Em razão da complexidade dos assuntos tratados, o Manual está estruturado de acordo com itens elencados:

I – Apresenta as principais definições relacionadas à gestão de materiais e patrimônio.

II e **III** – Refere-se ao objetivo deste manual, à importância do Almoxarifado, do Patrimônio e suas principais atribuições.

IV – Aborda os benefícios da localização estratégica do Almoxarifado e da elaboração de uma estrutura para organização do espaço.

V – Trata das atividades do Almoxarifado, que compreende os fluxos, as rotinas de recebimento e aceitação de materiais, os cuidados de armazenagem, bem como os requisitos a serem observados na distribuição, os procedimentos para os materiais permanentes e os procedimentos pertinentes aos balanços mensais.

VI - Compreende todo o processo de controle de estoque no sistema, observando os métodos adequados para um efetivo controle e padronização.

VII - Trata dos procedimentos do inventário físico de estoque anual.

VIII – Refere-se às responsabilidades pertinentes a guarda e uso, bem como aos danos causados aos materiais sob a guarda do almoxarifado e do setor de patrimônio.

IX, X e **XI** – Compreendem as considerações finais, o referencial bibliográfico e anexos.

DEFINIÇÕES

Aceitação: operação segundo a qual se declara, na documentação fiscal, que o material recebido satisfaz as especificações contratadas.

Almoxarifado: consiste no lugar destinado a armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno de materiais de consumo e materiais permanentes utilizados pelo Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO antes de serem distribuídos aos setores.

Almoxarife: pessoa designada, responsável por receber, identificar e conferir materiais registrando as movimentações de entrada e saída de materiais ou produtos.

Armazenagem: parte logística responsável pela conservação e guarda temporários de produtos em geral, adquiridos com a finalidade de suprir as necessidades operacionais das unidades.

Conferência qualitativa: análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica, por meio da confrontação das condições contratadas na autorização de fornecimento com as consignadas na nota fiscal pelo fornecedor.

Conferência quantitativa: É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Distribuição: processo pelo qual se faz chegar o material em perfeitas condições ao usuário quando for necessário ou requisitado.

Guia de remessa/devolução: documento que acompanhará a distribuição dos materiais, como também poderá ser utilizado quando ocorrer transferências de material entre setores.

Inventário: processo de contagem física dos materiais existentes para posterior conciliação entre os saldos físicos do estoque e os registros contábeis.

Materiais de Consumo: são aqueles que em razão de seu uso corrente e da definição da Lei 4.320/64, perde normalmente a sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a 2 (dois) anos, tais como, gêneros de alimentação, materiais de limpeza; materiais de higiene; materiais gráficos; material para instalação elétrica e eletrônica; material para manutenção e reposição; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; material químico; material para telecomunicações; entre outros materiais não duradouros.

Materiais de Consumo de uso imediato: material cuja demanda é imprescindível, para qual não são definidos parâmetros para ressuprimento e que não deve ser mantido no Almoxarifado.

Materiais em desuso ou itens inativos: material estocado há mais de 5 (cinco) anos, sem qualquer movimentação e todo aquele que, em estoque ou em serviço, independente da sua natureza, não tenha mais utilidade para o órgão gestor.

Material Permanente: são aqueles que em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem durabilidade superior a 2 (dois) anos.

Número do lote: designação impressa no rótulo e na embalagem que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidades, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção.

Patrimoniamento de bens: ato de reconhecimento de um bem, que o transforma em patrimônio oficial, realizado através de plaquetas (placas) de sinalização contendo número de série.

Recebimento: ato pelo qual o material encomendado é entregue a unidade no local previamente designado e esteja em conformidade com as especificações constantes no empenho e nota fiscal.

Requisição: fase da etapa da gestão de materiais em que o setor requisitante formaliza o pedido de material ao Almoxarifado.

Termo de Responsabilidade: documento de controle necessário para efetivar a transferência de responsabilidade pela guarda de um bem de um setor para outro.

Tombamento: é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de

controle patrimonial na unidade gestora.

OBJETIVO

Normatizar as rotinas e procedimentos de controle a serem realizados nos setores de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , orientando os colaboradores quanto ao fluxo desde o recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e de bens patrimoniais, até sua destinação final, junto aos setores da unidade.

O ALMOXARIFADO

Um dos pontos mais importantes em um almoxarifado é seu espaço que deve ser planejado e estabelecido para obter o máximo de proveito de sua área total, pois é ele que determina, na verdade, toda a estratégia de compra, de estocagem e de distribuição.

O almoxarifado deverá ser em local limpo, seguro, de fácil acesso e arejado que garanta a conservação dos materiais, bem como, deverá ser organizado de tal forma que haja maximização do espaço, a garantia de segurança para os materiais estocados e a fácil circulação interna.

Os materiais serão controlados por servidores responsáveis por sua guarda e administração, através de fichas de sistema informatizado.

A coordenação e administração das atividades e responsabilidade pela execução das rotinas e dos procedimentos competem à Gerência Administrativa, vinculada à Diretoria Administrativa.

A aquisição dos produtos obedecerá ao orçamento vigente conforme orientações da Diretoria Administrativa.

É de responsabilidade do Almoxarifado submeter o estoque a constantes revisões e análises com o objetivo de identificar os itens ociosos, acompanhar os níveis de estoques e simplificar variedade quando for o caso para que não se torne um local de guarda de produtos sem finalidade e superlotado de produtos inúteis.

ESTRUTURA

Estrutura do Almoxarifado

A elaboração da estrutura organizacional de um almoxarifado visa o

aproveitamento de espaço da melhor forma e racionalizando seu espaço horizontal e principalmente vertical, tendo por consequência uma melhor armazenagem dos materiais.
A organização do espaço, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;
- A natureza dos produtos: inflamáveis, alimentícios, farmacêuticos, etc.;
- Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras, estrados, etc.;
- Altura máxima das pilhas e estantes;
- Os meios de transporte interno e espaços necessários ao seu trânsito;
- As áreas destinadas ao recebimento e expedição;
- As variações de temperatura e ambiente;
- A iluminação artificial e natural da área;
- A efetivação dos processos de prevenção a incêndio;
- Sinalização e outras medidas de segurança do pessoal e patrimonial.

ATIVIDADES DO ALMOXARIFADO

O almoxarifado possui atividades básicas de recebimento, armazenagem, controle e distribuição.

Rotina para Recebimento de Materiais

Agendamento de Entrega pelo Fornecedor

Para um ideal recebimento, será necessário um agendamento de entrega por parte do fornecedor.

O controle do agendamento deverá ocorrer através de sistema informatizado.

Benefícios do Agendamento:

a) Nos casos de entrega de produtos fora do setor do Almoxarifado um colaborador possa programar o acompanhamento no recebimento;

b) Uma programação dos colaboradores do Almoxarifado, tanto para organização das mercadorias evitando acúmulo aguardando armazenamento;

c) O recebimento não irá interferir na separação das mercadorias para distribuição, não gerando atrasos na programação.

Processo de Recebimento

O recebimento abrange desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, compras e transporte. Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

São considerados documentos hábeis para recebimento:

- Nota fiscal ou fatura acrescida da ordem de compra e nota de empenho ou ordem de fornecimento, se for o caso;
- Termo de cessão;
- Termo de doação;
- Declaração de permuta;
- Guia de remessa de material.

No momento do recebimento o colaborador do Almoxarifado deverá:

- Observar, mediante nota de empenho e ordem de compra, se a nota fiscal foi emitida dentro do prazo estipulado no contrato.
- Conferir os itens faturados, os valores unitários e valor total com as informações constantes na nota de empenho.
- Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da nota de empenho.
- Atentar-se com relação ao tipo de empenho ou ordem de fornecimento: Ordinário (quando a entrega é realizada em sua totalidade) ou global (quando a entrega é realizada parcialmente).
- No caso de produtos com data de validade conferir as datas e não receber produtos cuja data esteja próxima do seu vencimento.

Para os medicamentos serão necessários:

Verificação do nome Genérico e Comercial;

Forma farmacêutica, concentração;

Número do lote;

Prazo de validade: estar dentro de 80% do período de validade;

Registro no Ministério da Saúde;

Qualidade da rotulagem;

Presença de umidade;

Condições de fechamento da embalagem;

Condições das caixas;

Temperatura.

Para os alimentos serão necessários:

- Verificar as condições de embalagens dos produtos, sendo que elas não devem estar danificadas, amassadas, rasgadas ou furadas;
- Conferir as datas de validade, atentando para a proximidade do vencimento;
- Observar as características sensoriais dos alimentos: odor, cor, textura, temperatura e aspecto geral;
- Nos casos de produtos perecíveis, verificar as condições de temperatura dos alimentos, que deverá estar contida na embalagem.

Caso seja identificada alguma irregularidade no momento do recebimento, deverá ser preenchido a **Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria.**

Estas conferências são de suma importância, haja visto que qualquer divergência verificada posteriormente poderá dificultar a liquidação e o pagamento ao fornecedor.

No caso de Entrega feita por Transportadora, o responsável pelo recebimento deverá acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo de frete. Lembrando sempre que o frete NÃO É A PAGAR.

Os materiais que apenas dependem de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega, serão recebidos e aceitos pelo colaborador designado para esse fim,

como também sendo registrado no sistema de informática com situação de "Recebimento Definitivo".

Este processo será denominado como **recebimento definitivo**.

- **Recebimento provisório** será caracterizado no caso do material depender de aceitação, ou seja, de exames qualitativos. No momento da entrega do material, o responsável pelo recebimento deverá carimbar canhoto na Nota Fiscal: **Recebido... Volume sujeito a conferência,** como também deverá dar entrada no sistema de informática, na situação "Sujeito a Conferência".
- No retorno da aceitação deverá alterar a situação para "Recebimento Definitivo";
- Finalizar o recebimento assinando e carimbando a Nota Fiscal, com os dados do Almoxarife.

Realizado o recebimento e inclusão dos itens no sistema emitir relatório de recebimento dos materiais, anexar a nota fiscal devidamente atestada e encaminhar para a liquidação.

CONTROLE DE ESTOQUE

Entrada

Após o processo de recebimento físico, será lançado no sistema de controle de almoxarifado a entrada das mercadorias recebidas gerando nesse ato a ficha de prateleira, momento este que se computará a entrada no estoque do almoxarifado.

Para a inserção do produto no sistema será imprescindível o lançamento dos dados do documento de recebimento, nota fiscal, descrição da mercadoria recebida, quantidade, valor unitário e total, bem como demais informações necessárias.

A entrada de material no estoque ocorrerá por:

- Aquisição

Ocorre quando a unidade tem a posse do bem, passando a registrar a entrada do material através de nota fiscal, empenho etc.

c) Transferência

Ocorre quando o material for recebido através de transferência de outro local (almoxarifado da SES/GO por exemplo), utilizando para isso a **Guia de Remessa/Devolução.**

d) Doação

Ocorre quando o bem é doado por terceiro (pessoa física, jurídica) pública ou privada, sendo a mesma precedida de Termo de Doação de Bens e avaliação técnica dos bens quanto aos benefícios que gerarão para a unidade. (Qualquer doação à ser recebida, será formalmente tratada junto à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e só ocorrerá após a sua autorização).

Saída

Processo de Requisição de Material

O processo de requisição de Material se fará por intermédio do **Formulário de Requisição,** que será o documento necessário para que o almoxarifado atenda os pedidos dos setores.

O gestor do setor fará a solicitação, conforme relação de produtos padrão, para a Gerência Administrativa para a aprovação.

Os pedidos de materiais de consumo deverão ser compatíveis com as quantidades previstas e realmente necessárias ao consumo, a fim de evitar formação de estoques excessivos nas unidades.

É necessária a justificativa do setor requisitante nos casos em que a quantidade requisitada de determinado material estiver acima da média de consumo.

Caso a requisição não seja aprovada, a mesma voltará para o responsável solicitante com a justificativa da reprovação do pedido.

Baixa dos Materiais em Estoque

A baixa de materiais no estoque poderá ocorrer:

c) Baixa por Consumo

Refere-se a baixa devido a utilização do material na unidade consumidora.

d) Baixa por Transferência

Ocorre quando o bem é encaminhado ao setor solicitante, utilizando para esse processo a **Guia de Remessa/Devolução** que deverá ser impressa em 2 (duas) vias.

A Guia de Remessa/Devolução será o documento que acompanhará o material até seu local de entrega, devendo ser assinada pelo responsável do recebimento, que conferirá se todos os itens estão de acordo com o elencado na guia de remessa/devolução, devendo 1 (uma) via retornar ao almoxarifado.

Neste processo é imprescindível que seja informado no sistema a qual setor o bem será destinado, no intuito de obter um controle de custos por setor.

- Baixa por inservível

Para fins de tratamento administrativo, o material de consumo considerado genericamente inservível, ou seja, que não atende mais as necessidades da entidade que detém sua posse ou propriedade, conforme decreto n.º 99.658, de 30 de outubro de 1990 se classifica como:

a) **Ocioso:** quando, embora em perfeitas condições de uso, não estiver sendo aproveitado;

b) **Irrecuperável:** quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.

c) **Vencido:** quando se tornar impróprio para uso em razão da perda de sua validade.

Para este processo utiliza-se o **Termo de Baixa de Materiais**, com o tipo 01 - Inservibilidade.

Baixa por Avarias

Ocorre quando há uma danificação no material, sem má fé, utilizando para este processo o Termo de Baixa de Materiais, com o código de motivo de baixa 06 - Avarias. .

Baixa por Extravio, Acidente ou Sinistro do Material.

Ocorre quando o material é baixado decorrente de furto, roubo, extravio, causas acidentais, e outros, sempre acompanhado de processo de sindicância ou inquérito que, obrigatoriamente, deve ser instaurado para averiguação das causas e apuração das responsabilidades, utilizando para esse processo o **Termo de Baixa de Materiais**, com o código de motivo de baixa: 02-Extravio 03-Acidente ou 04-sinistro.

Para abertura do processo de sindicância, processo administrativo ou comunicação à autoridade policial para abertura de inquérito, o responsável pela guarda do bem (material) deverá comunicar a Diretoria Administrativa para que sejam tomadas as devidas providências.

Com exceção da baixa por consumo e transferência que será realizada mediante requisição, para o restante dos casos será necessária a formalização do processo e, somente

após a autorização do Diretor Administrativo, poderá ser efetuada a baixa no sistema com os documentos hábeis comprobatórios e de acordo com os dispositivos legais vigentes.

Padronizações na Classificação/Especificação de Material

Padronizar é um meio de assegurar qualidade que resulta em redução de custos. Nesse sentido, a padronização das descrições dos materiais conduz à redução da variedade de materiais utilizados.

Por consequência resulta, também, em simplificação do controle dos estoques, em diminuição do espaço dos almoxarifados e em diminuição dos custos de estocagem tais como do armazenamento físico (área ocupada, instalações, etc.), do manuseio e da distri ção (equipamentos, utensílios etc.) e da obsolescência (perdas).

A padronização na especificação de material tem a finalidade de estruturar, consolidar e divulgar, de forma padronizada, as informações sobre os materiais no âmbito do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , facilitando assim o processo de requisição de materiais.

Para uma boa classificação, orienta-se estabelecer uma terminologia única e padronizada para os materiais, de forma que se evite duplicidade na sua interpretação.

Especificação do item

É o conjunto de dados descritivos de um item de material que obedece a alguns parâmetros ou padrões de descrição. Geralmente é composta por três conjuntos de dados:

- Descrição resumida (nome básico + nome modificador)
- Características físicas
- Identificação auxiliar

d) Nome Básico

Compreende o passo inicial para a identificação de um item de material. Deve-se individualizar o material e, para tanto, existem regras que definem a apresentação deste nome, como por exemplo: caneta, mesa.

A utilização de estrutura de Nome Básico permite a consolidação de informações de aquisições a partir da descrição mais elementar do item e importante na geração de relatórios gerenciais para a tomada de decisões.

Cuidados na formação de nome básico

7. Não utilizar palavras no plural, tais como: cadernos
   lâmpadas tubos barras
8. Não usar palavras genéricas: conexão (nome básico: cotovelo)
9. Não usar gírias ou regionalismos: jabá (nome básico: carne seca)
10. Não usar marcas de produtos:
    bombril (nome básico: esponja de aço) isopor (nome básico: poliestireno)
    band-aid (nome básico: curativo adesivo)
11. Não usar palavras estrangeiras:
    drive (nome básico: unidade de disco) pallet (nome básico: estrado)
12. Não usar palavras referentes à embalagem ou forma de apresentação: pacote de arroz (nome básico: arroz)
    tubo de cola (nome básico: cola)
    caixa de grampo (nome básico: grampo)

e) Nome Modificador

Refere-se ao complemento destinado a estabelecer a diferenciação entre itens de mesmo nome básico. Para sua determinação não existe regra fixa, podendo ser estabelecido em função de:

- ✓ Aplicação do material CADERNO, brochura
- ✓ Composição do material TUBO, aço galvanizado
- ✓ Tipo de material BARRA, chata

f) Características Físicas

Trata-se das informações detalhadas referentes às propriedades físicas químicas ou de funcionamento dos materiais. Nelas são informadas:

Peso	**Cor**
Dimensão	Resistência
Voltagem	Composição
Volume	Capacidade
Densidade	Outros

Ex: TUBO, aço galvanizado, 4mm

Estas informações são de extrema importância no conjunto de informações para perfeita definição e características do material.

Descrição Complementar

São as informações destinadas a complementar e esclarecer a descrição de um material. Aparece como a função opcional, exceto a unidade de medida:

- Unidade de medida (kg, peça, etc.);
- Tipo de embalagem (fardo, lata, etc.);
- Forma de acondicionamento (caixa com 12 latas, etc).

Descrição Completa

Contempla a junção da Descrição Resumida (Nome Básico + Nome Modificador), Características Físicas e Descrição Complementar dos dados do material.
Será a nomenclatura padrão de cada item de material, ou seja, o nome do material. Para uma melhor visualização e facilidade na busca no sistema, define-se que o Nome Padronizado sempre apresente:

- ✓ Letras Maiúsculas: Para o Nome Básico
- ✓ Letras Minúsculas Nome Modificador, Características Físicas e Descrição Complementar.

INVENTÁRIO

Através do inventário pode-se avaliar o desempenho do almoxarifado, verificar seus controles, possíveis avarias e extravios, deficiência de acondicionamento e embalagem.
Os inventários físicos serão realizados nas seguintes situações:

- Inicial: será realizado no momento da criação de um almoxarifado, para a identificação e registro dos produtos no sistema sob responsabilidade.

- De transferência de responsabilidade: será realizado caso haja mudança do responsável pelo almoxarifado.

c) **Eventual:** Poderá ser realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade, ou por iniciativa do controle interno.

d) **Anual:** No encerramento de cada exercício, todos os responsáveis pelos Almoxarifados deverão efetuar o levantamento do estoque físico financeiro.

O relatório **Termo de Inventário** deverá ser encaminhado para o Controle Interno.

RESPONSABILIDADES

Todo colaborador poderá ser chamado a responsabilidade pelo desaparecimento do material que lhe for confiado para a guarda ou uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente,

causar a qualquer material, que esteja ou não sob sua guarda.

Ocorrendo avaria ou extravio de material, o responsável do almoxarifado deverá imediatamente comunicar o fato a Diretoria Administrativa que adotará as medidas administrativas necessárias para apurar responsabilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Manual de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle – Almoxarifado e Patrimônio, estabelece regras para a implantação e desempenho do sistema de recebimento e distribuição de bens e materiais no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

A implantação de procedimentos de um almoxarifado contribui para um aperfeiçoamento da prática de recebimento e armazenagem de bens de consumo e permanente, dando a elevada importância para o bom manuseio dos materiais, com o propósito de salvaguardar os bens e materiais depositados sobre a responsabilidade do almoxarifado e patrimônio.

Espera-se ainda com esse manual dar mais praticidade no recebimento e distribuição dos materiais, tendo em vista a facilidade de armazenamento, avaliação de validade dos produtos e análise de custo-benefício nos procedimentos de almoxarifado.

Mostra-se imprescindível a existência de um manual para que as práticas nos procedimentos de almoxarifado e patrimônio sejam mais eficientes e eficazes, a fim de realizar os cumprimentos legislações que tratam do tema.

Carimbo de Recebimento e Aceitação

Certifico que foram recebidos os bens/serviços em favor do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO de acordo com o presente documento fiscal, em perfeitas condições e de acordo com as especificações estabelecidas.

Ordem de Fornecimento: ...../.....

Data: ...../...../.....

.....

R

esponsável pelo

Instruções de preenchimento:

Ordem de Fornecimento: Informar o número do empenho que se refere a nota fiscal recebida;

Data: Informar a data;

Nome: Informar o nome por extenso do responsável pelo recebimento.

CPF/Matrícula: Informar número do CPF/Matricula do colaborador.

Carimbo de Mercadoria Sujeita a Conferência

Certifico que os produtos constantes deste documento foram recebidos e os **VOLUMES ESTÃO SUJEITOS A CONFERÊNCIA.**

Data:___/___/_____

Nome:_____

CPF: _____

Assinatura: _____

Instruções de preenchimento:

Data – Informar a data da conferência;

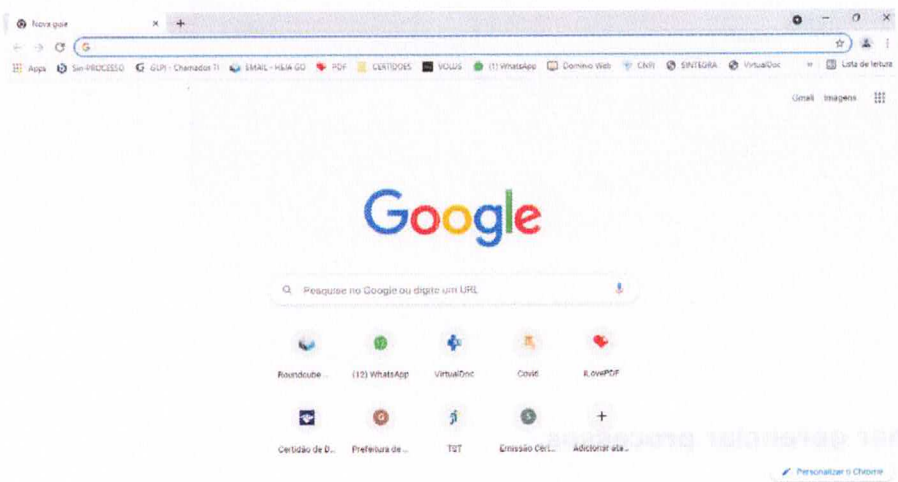
Nome: Nome por extenso do responsável pelo recebimento;

CPF: Informar o CPF pelo responsável pelo recebimento;

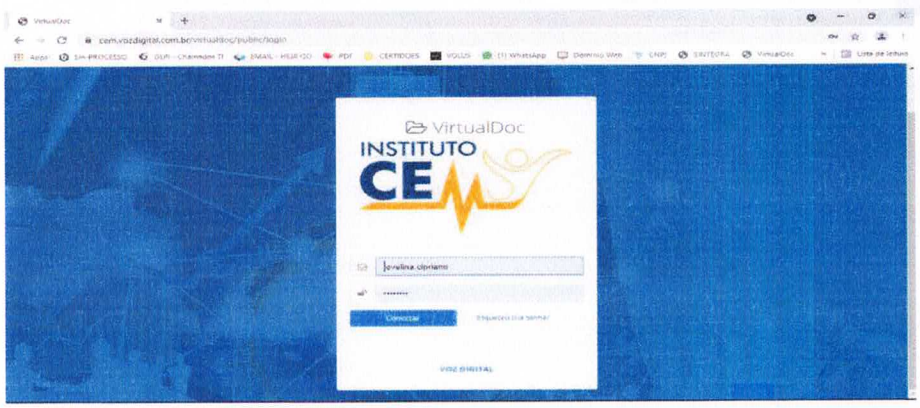
Assinatura: Assinatura do responsável pelo recebimento.

12.7.1.2 Roteiro lançamentos de notas para pagamento de fornecedores acesso no DocCem.

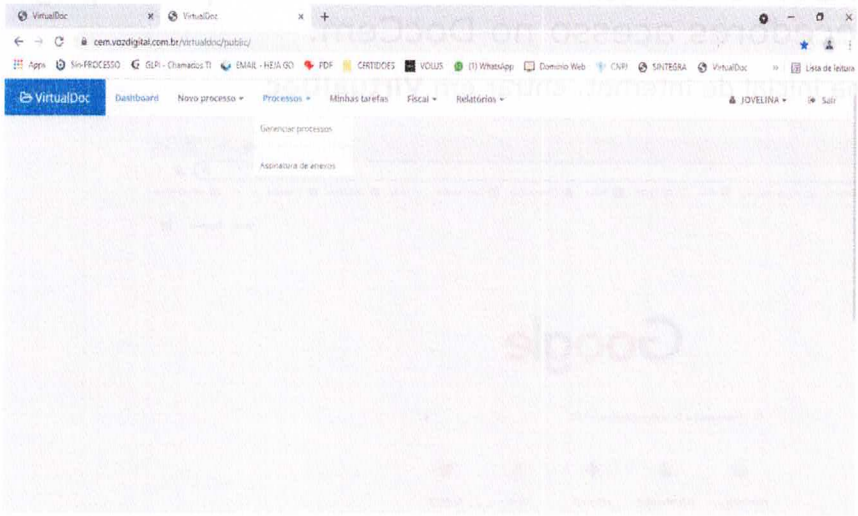
- Na página inicial de internet, entrar em **VirtualDoc**



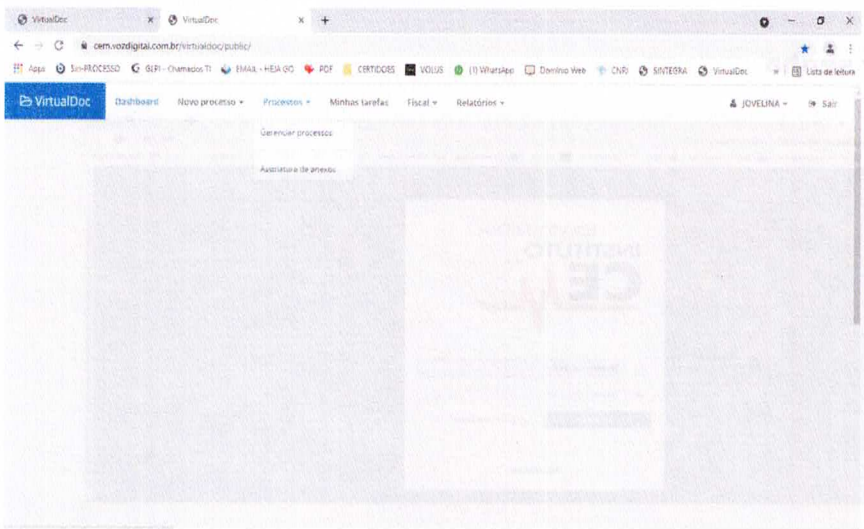
- **Inserir senha**



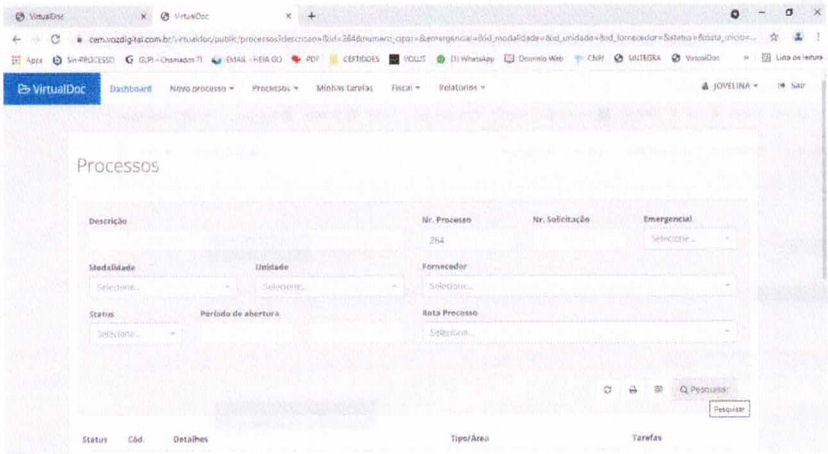
- **Ir na aba processos;**



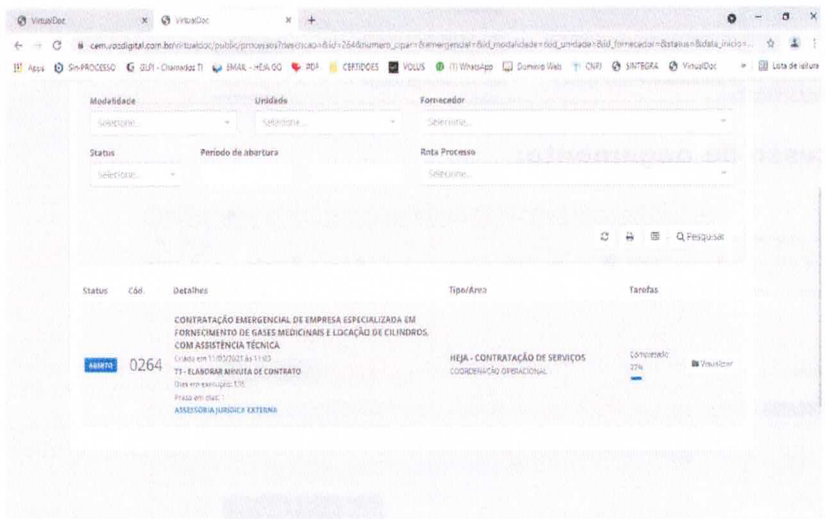
- **Selecionar gerenciar processos.**



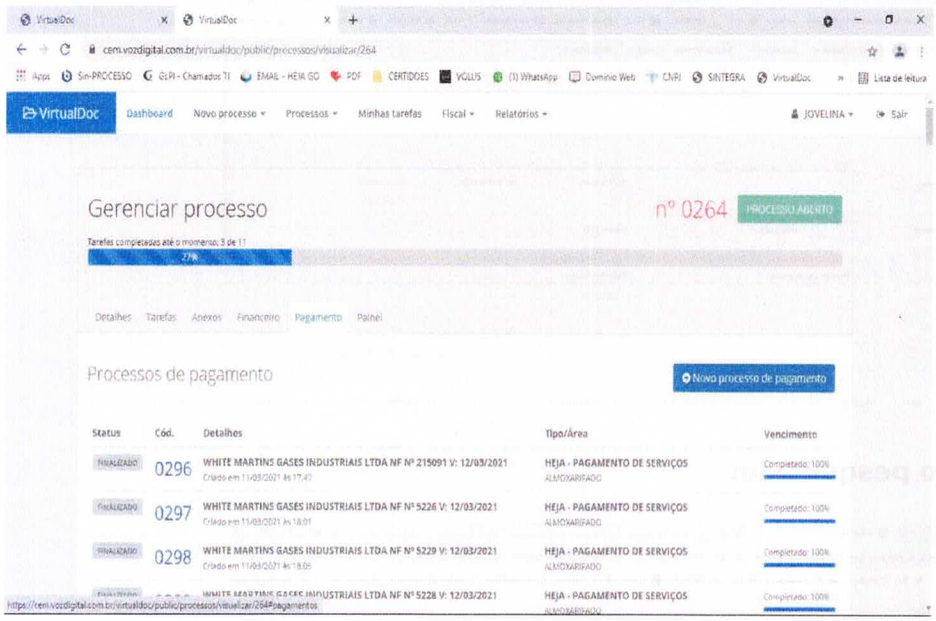
- **Digitar o número do processo e clicar em "pesquisar"**



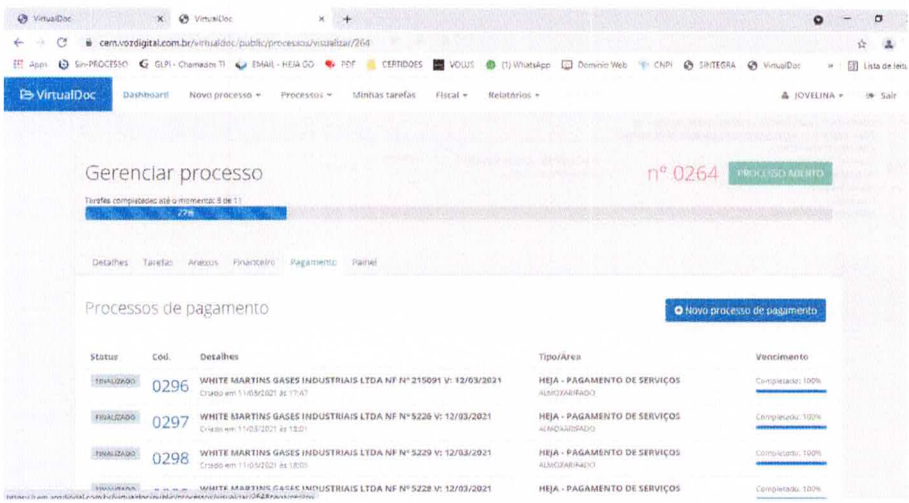
- **Opção pesquisada:**



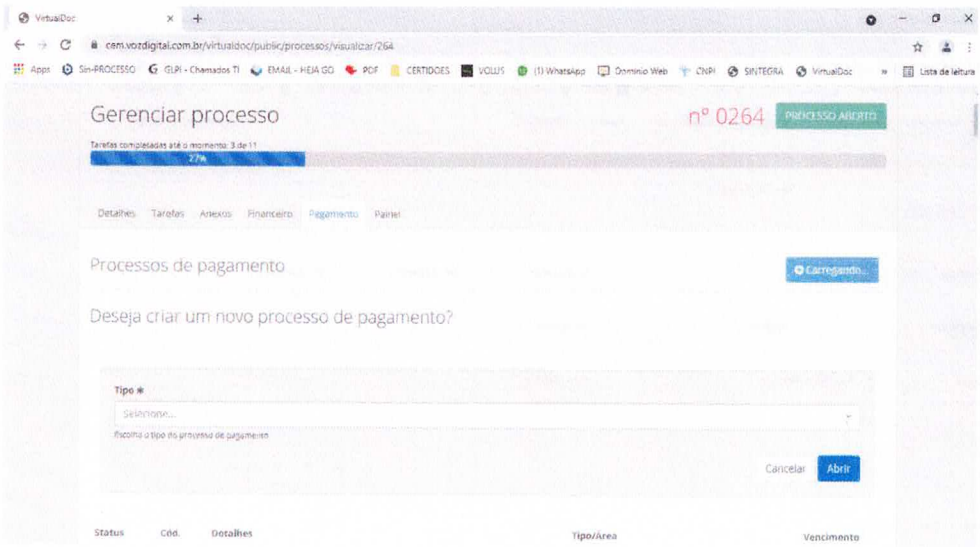
- **Visualizar**
- **Pagamento**



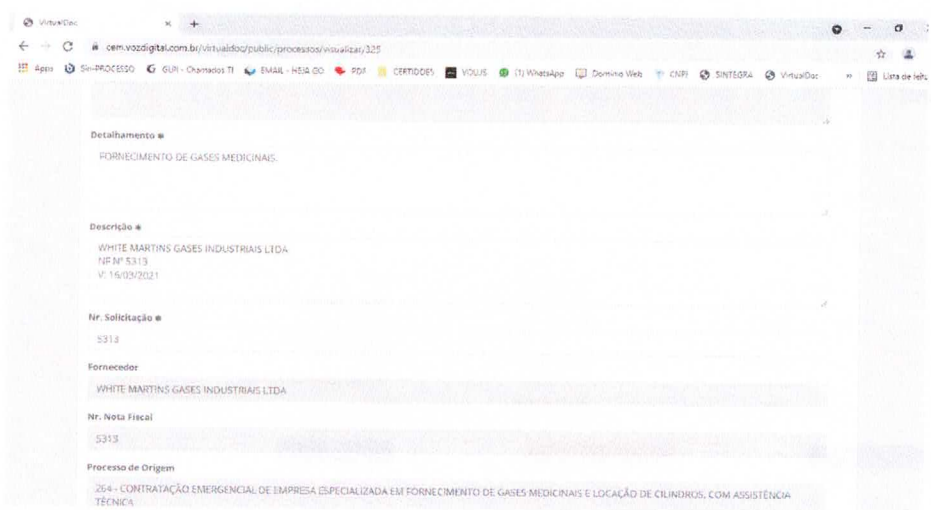
- **Novo processo de pagamento:**



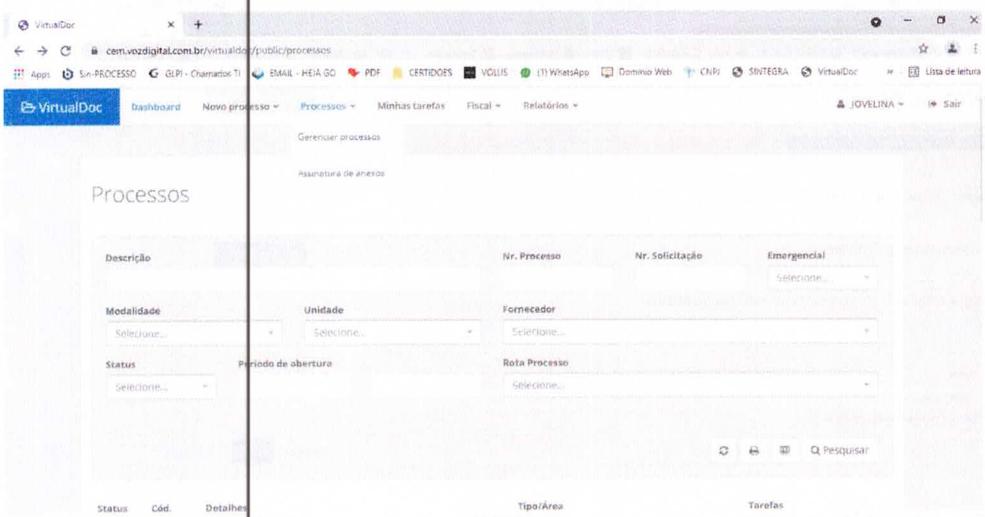
- **Tipo de processo - pagamento de serviços – abrir.**



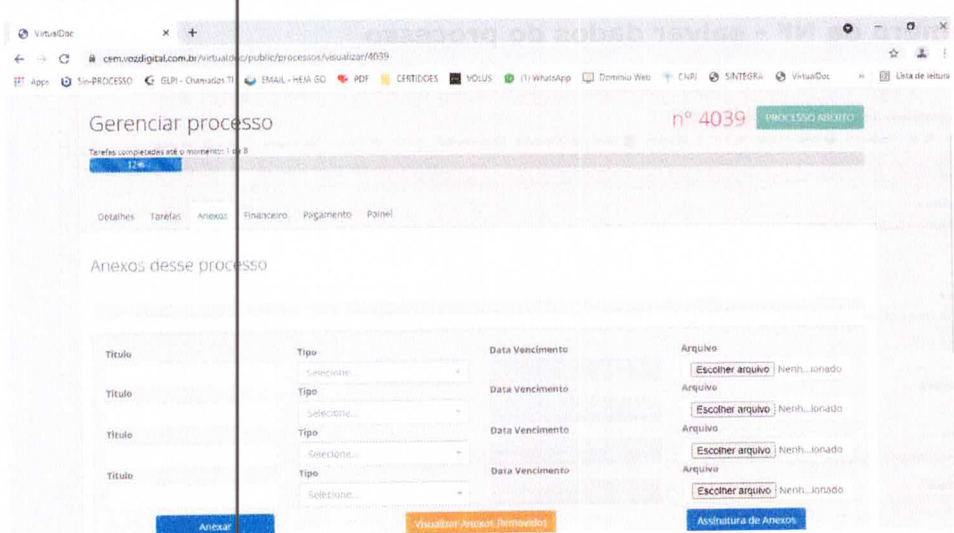
- **Preencher - descrição da empresa - número da NF - data de vencimento-solicitação - número NF- nome do fornecedor - número da NF - salvar dados do processo**



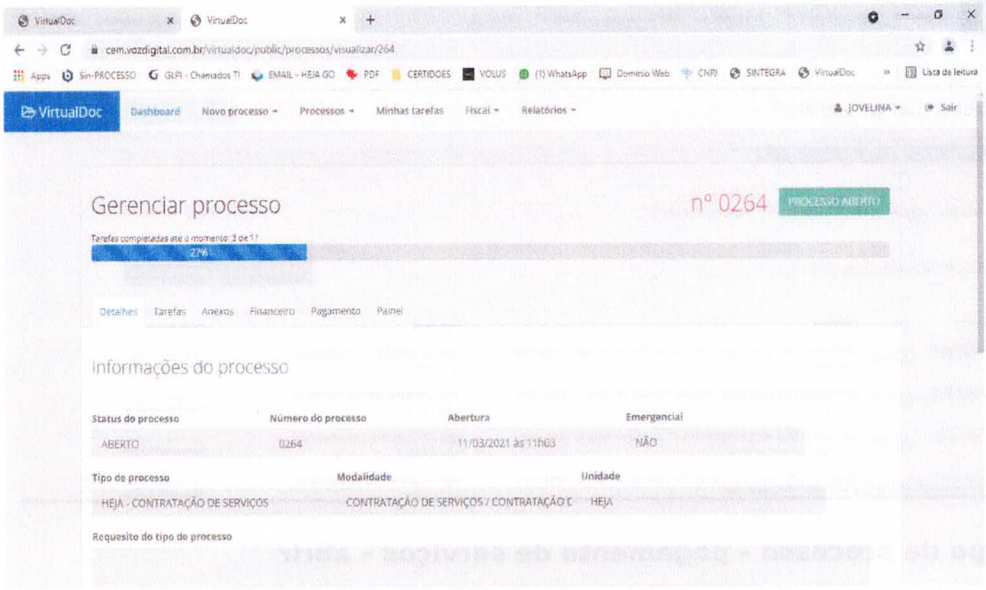
- **Clicar em processos - gerenciar processos - visualizar número de processo;**



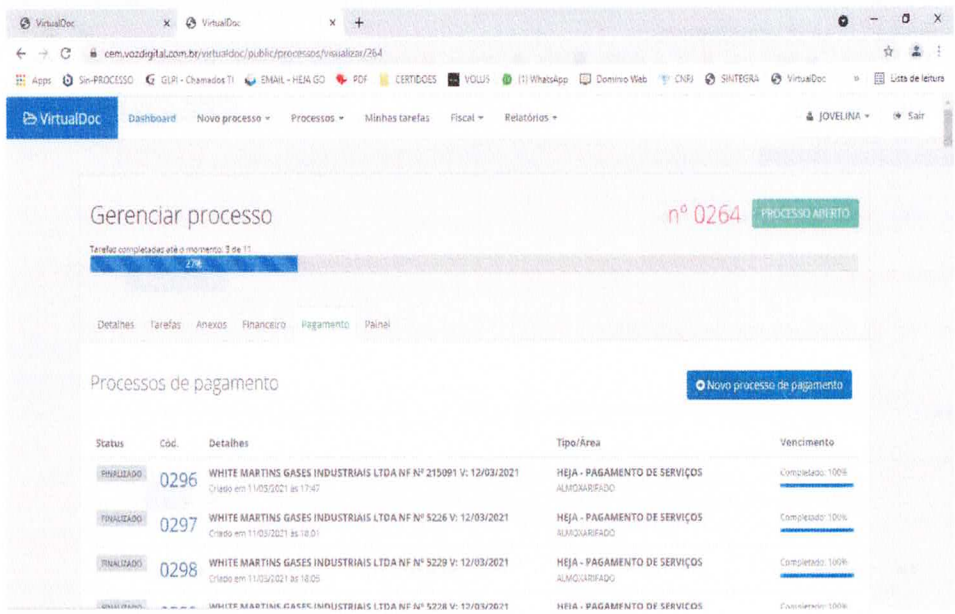
- **Clicar em anexo - arquivo - escolher arquivo - anexar nota fiscal-boleto – certidões;**



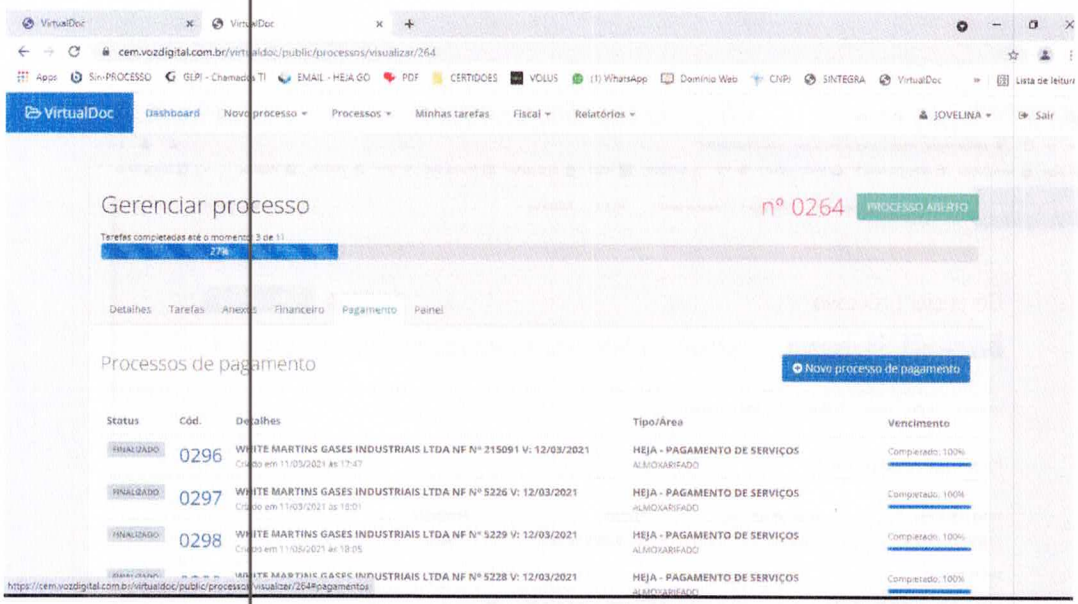
- **Visualizar**



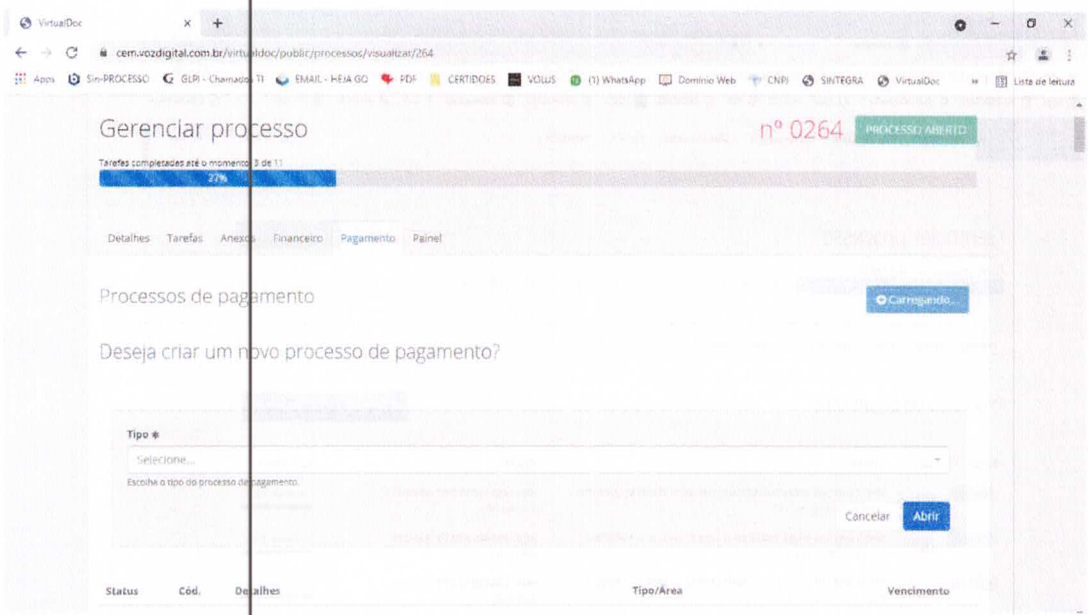
- **Pagamento:**



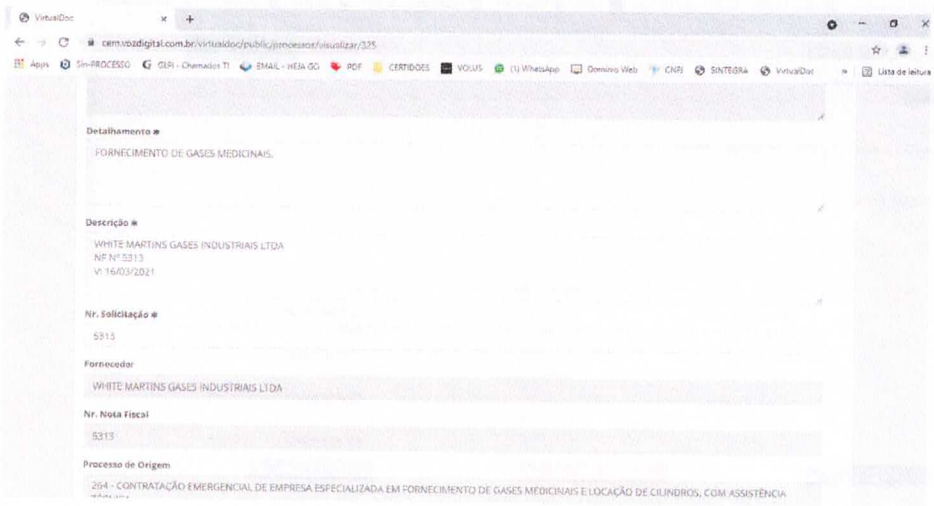
- **Novo processo de pagamento:**



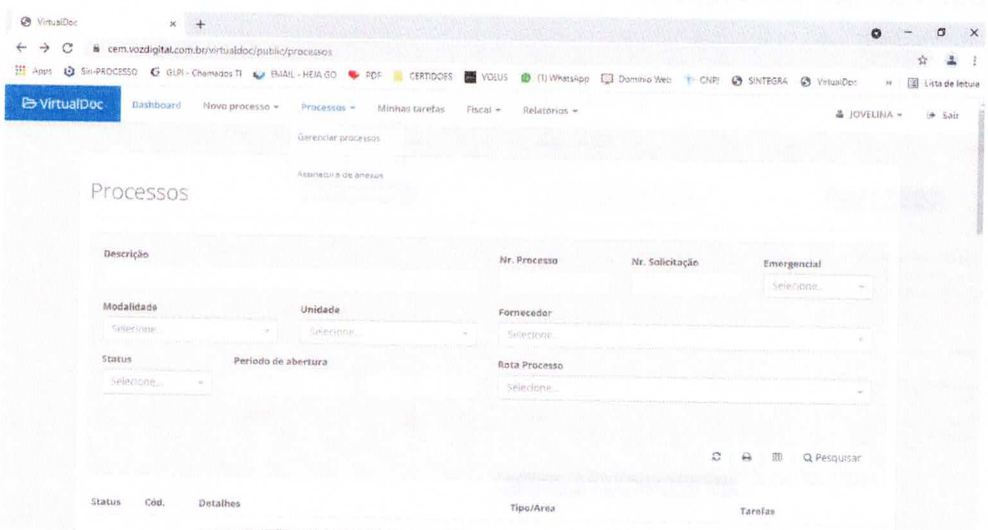
- **Tipo de processo - pagamento de serviços - abrir**



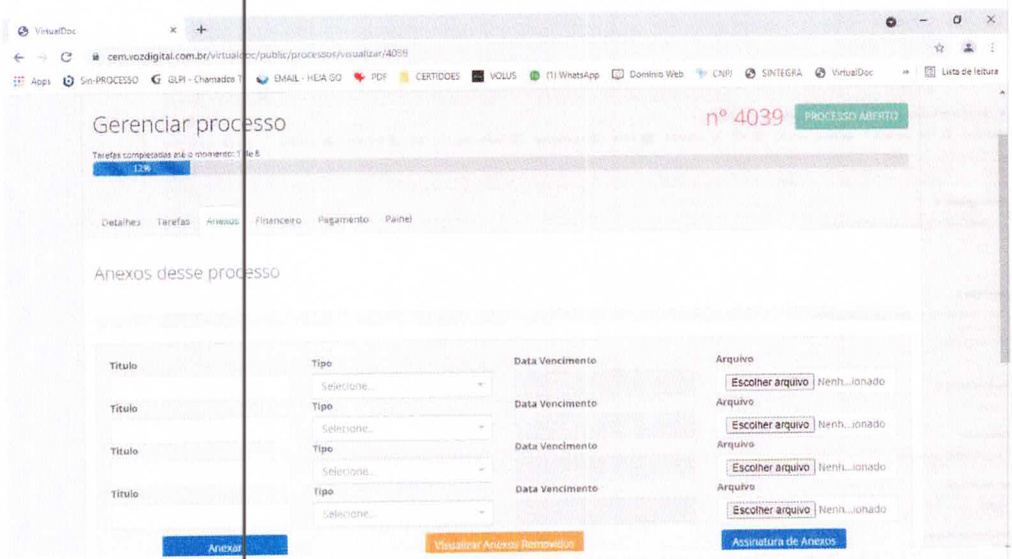
- **Preencher - descrição da empresa - número da NF - data de vencimento-solicitação - número NF – nome do fornecedor - número da NF - salvar dados do processo**



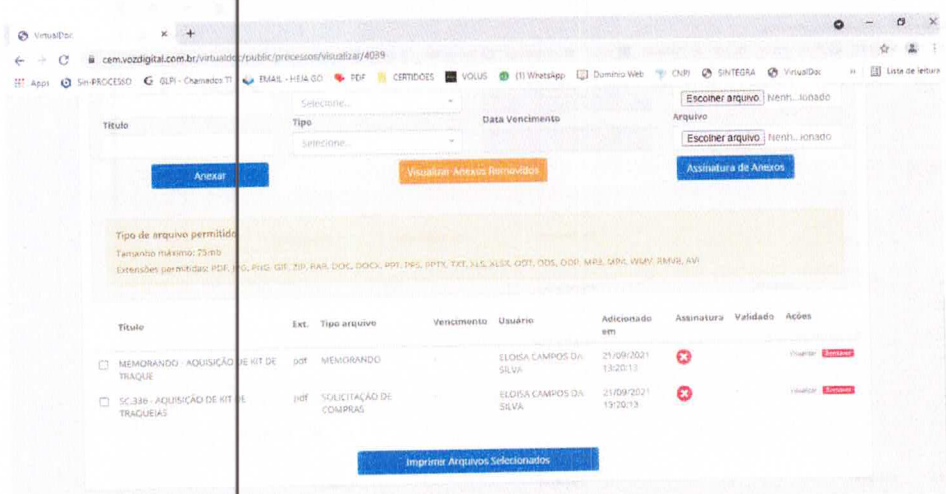
- **Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo**



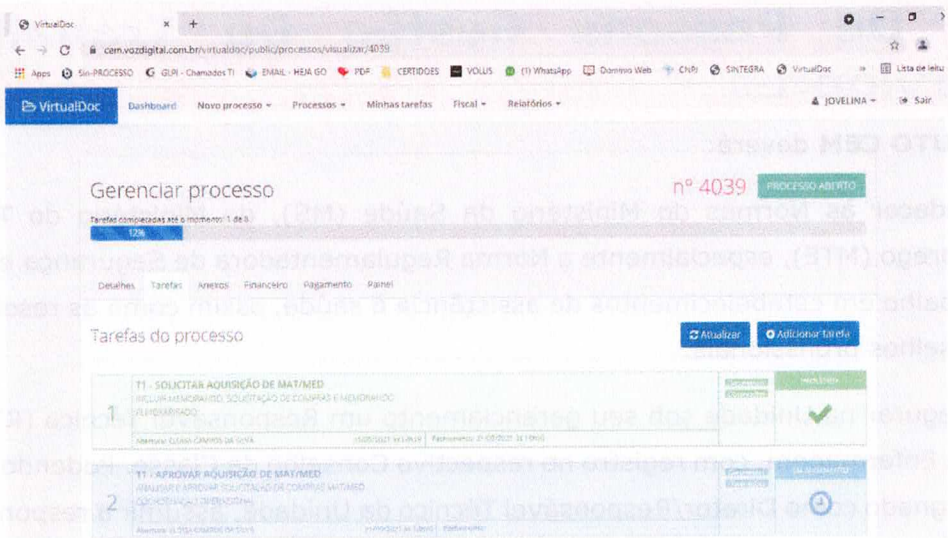
- **Clicar em anexo – arquivo - escolher arquivo - anexar nota fiscal – boleto – certidões.**



- **Clicar em Anexar->assinaturas de anexo->assinar - Conferido-assinado tudo correto prosseguir.**



- **Clicar em tarefas->iniciar execução->finalizar execução – processo concluído.**



13 Política De Recursos Humanos

13.1 De Pessoas Gestão Do Trabalho E Servidores

O **INSTITUTO CEM** deverá:

- Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.
- Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.
- Disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.
- Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.
- Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2022 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

- Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2022 do MTE.

- Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

- Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

- Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo PARCEIRO PÚBLICO.

- Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade.

- Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO, será executado do INSTITUTO CEM o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

- Poderá o PARCEIRO PÚBLICO deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao INSTITUTO CEM os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

- Para efeito de compensação financeira, o PARCEIRO PÚBLICO somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

- A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais),

assumidos pelo INSTITUTO CEM no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

O PARCEIRO PÚBLICO disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

O **INSTITUTO CEM** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

A remuneração dos membros da Diretoria do **INSTITUTO CEM** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

O **INSTITUTO CEM** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

O **INSTITUTO CEM** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

O **INSTITUTO CEM** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

O **INSTITUTO CEM** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

O **INSTITUTO CEM** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **INSTITUTO CEM** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime

estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **INSTITUTO CEM**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **INSTITUTO CEM**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

O **INSTITUTO CEM** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **INSTITUTO CEM**, ressalvados os casos em previsão legal e que houver compatibilidade de horários, assim entendida, a comprovação da viabilidade do efetivo e integral cumprimento da carga horária, tanto no cargo público quanto no emprego privado.

É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **INSTITUTO CEM**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

O **INSTITUTO CEM** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o

INSTITUTO CEM comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

13.1.1 Quadro De Servidores Cedidos

QUADRO 01. QUANTIDADE DE SERVIDORES ESTATUTÁRIOS CEDIDOS AO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO - MAIO/2023.

Cargos	Total de Servidores cedidos*	Valor estimado por cargo
Assistente Social - 18.464	06	**R$ 62.597,83**
Assistente Técnico de Saúde - QT - 18.464	46	**R$ 299.934,69**
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02	**R$ 8.357,12**
Auxiliar de Serviços Gerais - 18.464	39	**R$ 127.057,39**
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	13	**R$ 50.845,03**
Biomédico - 18.464	03	**R$ 35.504,00**
Cirurgião Dentista - 18.464	02	**R$ 74.504,10**
Enfermeiro - 18.464	14	**R$ 143.891,85**
Farmacêutico - 18.464	04	**R$ 38.884,90**
Médico - 18.464	03	**R$ 38.162,02**
Nutricionista - 18.464	01	**R$ 7.510,27**
Técnico em Enfermagem - 18.464	152	**R$ 1.100.210,79**
Técnico em Laboratório - 18.464	04	**R$ 26.313,35**
Técnico em Radiologia - 18.464	10	**R$69.476,22**
TOTAL GERAL	299	**R$ 2.083.249,56**
Custo Total Mensal Estimado **	R$ 1.912.273,17 (um milhão, novecentos e doze mil duzentos e setenta e três reais e dezesete centavos)	

Fonte: Folha Servidores Ref: Maio/2023

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

O quadro 01, refere-se à lotação de servidores de ABR/2023, o quantitativo atualizado agosto/2023 segue abaixo quadro 02:

QUADRO 02. RELAÇÃO DE SERVIDORES – AGOSTO/2023

Cargo	Contagem de NOME SERVIDOR
Assistente Social - 18.464	06
Assistente Técnico de Saúde - QT - 18.464	45
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02
Auxiliar de Serviços Gerais - QT - 18.464	38
Auxiliar Técnico de Saúde -QT – 18.464	13
Biomédico	03
Cirurgião-Dentista - 18.464	02
Enfermeiro - 18.464	14
Farmacêutico – 18.464	04
Médico - 18.463	03
Nutricionista - 18.464	01
Técnico em Enfermagem - 18.464	150
Técnico em Laboratório - 18.464	04
Técnico em Radiologia - 18.464	10
Total Geral	295
	Fonte: RHNet Ref: AGO/2023

13.2 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.

13.2.1 Programa De Desenvolvimento Humano Organizacional

Apresentação

O sistema público de saúde tem sido um dos alvos privilegiados das iniciativas nacionais de reformulação da administração pública, devido a aspectos como a magnitude de seus gastos e do quantitativo de pessoal nele empregado. Dentre os inúmeros desafios existentes na gestão pública hospitalar, está a redução dos custos e melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários.

O perfil do colaborador do Hospital, a partir do novo modelo de gestão iniciado pelo **INSTITUTO CEM**, vem passando por um processo de mudança bastante significativa e sendo percebida, principalmente, nos métodos e processos de trabalho que hoje buscam acima de tudo, atender aos anseios da sociedade, no que se refere à prestação dos serviços de saúde.

Os serviços prestados apesar de ainda não corresponderem plenamente às expectativa do cidadão estão mais otimizados e com uma substancial melhoria. Uma das causas dessa melhoria pode ser atribuída ao novo perfil exigido ao colaborador, em função do aprimoramento de suas competências, conhecimentos, habilidades e atitudes o que leva a consciência da responsabilidade e comprometimento necessários aos profissionais da saúde.

Ao formular uma proposta de trabalho articulamos questões de saúde/bem-estar dos colaboradores com uma prática de desenvolvimento humano contextualmente mais atualizada, fazendo uso do que há de mais moderno em metodologias de coaching e treinamentos organizacionais como práticas de formação, manutenção e de evolução pessoal e profissional.

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para subsidiar a gestão por competências através da efetiva implementação do Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional a partir da Avaliação de Desempenho e que será traçado neste Programa, pela Gerência de Recursos Humanos em parceria com os órgãos superiores e gerências, estratégias para identificação das competências que interferem no desempenho do colaborador e que possam ser aprimoradas por meio do plano de desenvolvimento individual.

Na prática, o Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, é um conjunto de ações que tem o objetivo de contribuir com a valorização dos colaboradores e o aperfeiçoamento de suas competências individuais.

É uma abordagem humanizada que busca ir além dos aspectos puramente profissionais para levar em consideração também as qualidades psicossociais e emocionais de cada indivíduo.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Identificar efetivamente através do Sistema de Avaliação de Desempenho Individual as competências que interferem no desempenho do colaborador e que possam ser aprimoradas por meio do Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Permitir o acompanhamento contínuo do colaborador, visando a melhoria e aprimoramento de seu trabalho, bem como a melhoria do clima organizacional;
- Subsidiar a gestão por competências;
- Promover ações para o desenvolvimento pessoal e profissional do colaborador como forma de viabilizar o alcance das metas institucionais;
- Assegurar a aplicação do sistema de avaliação de desempenho com os respectivos planos de desenvolvimento individuais;

- Subsidiar a Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento na Política de Gestão de Pessoas;
- Traçar ações que proporcionem aos colaboradores uma boa leitura da definição dos indicadores de comportamentos, proporcionando maior compreensão do significado dos fatores, com processos de treinamento e capacitação mais eficientes;
- Definição efetiva dos Planos de Desenvolvimento Individual a partir das necessidades detectadas nas avaliações das competências;
- Fortalecer ações para o cumprimento dos objetivos estratégicos ligados à Perspectiva de Aprendizado;
- Melhorar a adesão de colaboradores e gerentes ao Sistema de Avaliação de Desempenho;
- Atrair talentos cada vez mais qualificados;
- Aumentar os níveis de satisfação dos colaboradores diretos e indiretos;
- Maior qualidade na prestação dos serviços de saúde elevando a imagem do Hospital e por consequência melhorando a imagem do SUS – Serviço Único de Saúde.

Justificativa

O planejamento e a execução das políticas de recursos humanos, representam estratégia de suma importância para a melhoria da qualidade dos serviços, que repercutem diretamente nos resultados institucionais e, estes resultados representam a satisfação d sociedade em relação aos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, o processo de avaliação de desempenho promove embasamento para julgar sistematicamente o resultado do trabalho dos servidores, podendo fundamentar decisões em relação a aumento de salários, promoções, transferências e afastamentos. A organização pode ainda utilizar estes dados obtidos, para demonstrar para o colaborador como está o seu desempenho, reforçando neste, comportamentos que agreguem valor a instituição e investindo nas potencialidades identificadas (DUTRA, 2008).

Gestão por competências é um sistema de gestão desenvolvido no sentido de identificar e gerir perfis profissionais que proporcionem um maior retorno à instituição, identificando os

pontos fortes, de excelência e as oportunidades de melhoria, suprindo lacunas e agregando conhecimento.

Neste contexto com o objetivo de formalizar e registrar o acompanhamento eficiente do colaborador, acompanhamento integrado aos propósitos da instituição, foi implantado na Unidade o SIAD/PDI(Sistema de Avaliação de Desempenho e Plano de Desenvolvimento Individual), com a utilização da Avaliação de Desempenho por competências.

A partir da análise dos relatórios do primeiro período avaliativo (26/05/2014 a 18/06/2014) observou-se pontos críticos e inconsistências que demandam o estabelecer de planejamento organizacional para que essa ferramenta atinja suas finalidades, quais sejam: promover o desenvolvimento pessoal e profissional do colaborador e elevar a qualidade dos serviços prestados. Os registros realizados para traçar os planos de desenvolvimento evidenciaram que não houve entendimento real dos propósitos da ferramenta, uma vez que as ações de treinamento sugeridas foram desvinculadas da prática dos colaboradores ou trata-se de ações que não estão relacionadas à programas de capacitação.

Observou-se ainda uma incompreensão do significado dos elementos por ausência de uma boa leitura da definição dos indicadores. Não houve ainda devolutiva ao colaborador sobre os resultados de sua avaliação e na identificação de necessidades de desenvolvimento específicas.

A elaboração do Plano Desenvolvimento do Colaborador do Hospital a partir da Avaliação de Desempenho buscou atender as diretrizes da unidade, por meio do desenvolvimento de um corpo funcional qualificado, com as competências necessárias ao cumprimento de suas metas para o desenvolvimento da sua missão. Nesse cenário, o Programa de Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento busca traçar estratégias para a efetiva formação de um corpo funcional possuidor de competências essenciais à execução de suas atividades, conforme as atribuições de seu cargo ou da área de sua lotação/atuação.

Conclusivamente, é interessante destacar que o próprio RH passou por grandes mudanças ao longo das décadas. Além de serem responsáveis por boas contratações, os especialistas na área devem, cada vez mais, ir além da experiência profissional informada no currículo e desenvolver um olhar estratégico para avaliar se o perfil dos candidatos é compatível com o perfil do Hospital. Nesse cenário, o Programa DPP otimiza ainda mais esse processo,

englobando práticas, como identificação de falhas nas rotinas administrativas, avaliação das competências dos profissionais mais antigos, reflexão sobre a necessidade de investir em processos seletivos, disseminação de novos conhecimentos e processos de capacitação frequentes, promoção de um ambiente aberto a feedbacks e análises qualitativas. Essa postura permite que o Hospital não apenas preencha as vagas disponíveis, mas possa contratar ou promover talentos realmente comprometidos com os propósitos da organização.

Público-Alvo

Todos os colaboradores atuantes no Hospital deverão participar das ações descritas no Programa.

13.2.2 Estrutura Do Programa De Desenvolvimento Humano Organizacional

O programa de desenvolvimento humano do INSTITUTO CEM , tem como pilares o acolhimento e a aprendizagem significativa, com o objetivo de aguçar os sentidos em busca do crescimento pessoal e profissional. A consolidação do processo se dá por meio do acesso ao conhecimento, práticas profissionais monitoradas com reflexão crítica dos envolvidos no processo, e por fim, e de forma contínua, a repetição. Para o INSTITUTO CEM , formação e trabalho só poderão evoluir e se tornarem produtivos ao meio, se os fizermos por meio da tríade: conhecimento, prática e repetição.

A proposta de implantação do programa de desenvolvimento pessoal e profissional aos colaboradores do Hospital consiste na cultura organizacional do acolhimento, tanto na gestão setorial quanto no controle social.

O desenvolvimento humano, por envolver questões psicossociais, será abordado de forma a desenvolver desde as necessidades individuais com orientações específicas na solução de problemas corriqueiros até questões mais complexas referentes a gerenciamento de conflitos, organização do trabalho, gestão do tempo de trabalho, otimização das tarefas realizadas e manutenção do nível de excelência dos serviços prestados.

A fonte de informações, base concreta para aplicação do programa, será alimentada por casos concretos da unidade hospitalar em questão bem como de outras unidades da rede pública estadual, de idêntico perfil, e a partir da problematização do processo e da qualidade

do trabalho — em cada serviço de saúde — que serão identificadas as necessidades de qualificação e desenvolvimento, garantindo a relevante aplicação dos conteúdos e tecnologias estabelecidas, propiciando:

Popularização Institucional - com inclusão;

- Soluções Criativas - para problemas críticos;
- Trabalho em Equipe - com empatia;
- Melhoria Permanente da Qualidade - o cuidado a saúde;
- Principais Fundamentos - éticos e humanísticos;
- A Humanização em Prática - com o uso da tecnologia.

A partir destas premissas, executaremos o programa de desenvolvimento pessoal e profissional totalmente atrelado à Gestão de Trabalho com valorização do humano, da técnica e da tecnologia. Tal metodologia impactará tanto no indivíduo, nas relações interpessoais, nos processos pré-definidos, no acolhimento e cuidado da saúde, quanto na satisfação dos serviços prestados e na credibilidade da função sanitária estatal, ou seja, nas questões de natureza tecnopolitica que implicam na articulação de ações Intra e Inter institucionalmente.

- O Programa de Desenvolvimento no Hospital será feito por meio das instâncias de articulação interinstitucional e engrenagens para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:
- Espaços que possibilitem o diálogo entre os protagonistas das ações e serviços do SUS e instituições formadoras;
- Identificação dos elementos necessários para a construção de estratégias que contribuam para a formação e desenvolvimento humano;
- Nova perspectiva que amplie a qualidade da gestão, a qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, e do fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde.

Dentre outros, são autores e protagonistas dessas instâncias de articulação do Desenvolvimento Pessoal e Profissional em Saúde:

- Gestores;
- Universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clinicas e da saúde coletiva;
- Escolas de Saúde Publica;
- Centros Formadores;
- Núcleos de Saúde Coletiva;
- Escolas Técnicas;
- Hospitais de ensino;
- Estudantes da área de saúde;
- Colaboradores;

A integralidade da atenção à saúde envolverá:

- Conceito ampliado de saúde;
- Compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- Conhecimento sobre a realidade;
- Trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- Ação intersetorial;
- Auxilio, amparo e apoio;
- Conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiologicos, demograficos, economicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais.

Para alcançar a atenção integral do desenvolvimento humano, com base nas necessidades sociais por saúde, em todas as modalidades de operação, buscaremos a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

No INSTITUTO CEM , priorizamos o desenvolvimento humano organizacional como ferramenta garantidora do funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da

disponibilidade dos trabalhadores para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolutividade dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção disseminação de conhecimento, ao desenvolvermos as pessoas que atuam direta ou indiretamente nos serviços de saúdo conseguiremos alcançar os propósitos do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, através das seguintes iniciativas:

- CENTRO DE TREINAMENTO DE LIDERES (CTL): Os líderes são direcionadores do capital humano, são eles que disseminam os valores, a visão, missão, as regras, os comportamentos esperados, bem como as metas e objetivos de curto, médio e longo prazo. Por isso, quanto mais preparados os gestores estiverem, maiores também serão as chances de conquistar bons resultados com suas equipes. O CTL focará nos seguintes pontos:

    a. Desenvolvimento, capacitação contínua e personalizada para todos que atuam nas lideranças de pessoas e processos;

    b. Manutenção dos pontos fortes e fortalecimento dos pontos fracos e desenvolvimento dos que precisam de melhoria é muito importante para o sucesso do plano estratégico da organização.

- FÁBRICA DE TALENTOS: Melhor que recrutar novos talentos é despertar talentos adormecidos e/ou desconhecidos dentro das organizações. Tal tarefa exige um processo eficaz, que vai muito além apenas da entrevista comportamental. Sendo assim, o INSTITUTO CEM , além de utilizar processos de recrutamento e seleção que possibilitem a escolha dos melhores profissionais, desenvolve meios para identificar nos profissionais que atuam na operação dos serviços de cuidado à saúde, os talentos até então desconhecidos ou mesmo adormecidos e não trabalhados. Trata-se de uma poderosa ferramenta de gestão que proporciona uma visão completa da capacidade humana dentro da organização através das seguintes ações:

    a. Entender a necessidade da unidade, o perfil profissional e priorizar o capital intelectual;

    b. Atuar com os Recursos Humanos de maneira estratégica: pessoas certas nos lugares certos;

c. Apresentar a unidade sob novo ponto de vista: da cultura organizacional;

d. Utilizar redes sociais, plataformas e diferentes ferramentas, como meio de inclusão social:

e. Continuar treinando e investindo no talento de nosso colaborador.

- DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL: O crescimento pessoal e desenvolvimento profissional são as principais razões para os colaboradores se sentirem motivados com seus trabalhos, pois todos os profissionais anseiam evoluir. Ter uma equipe bem preparada contribui diretamente para o aumento do nível de satisfação ao oferecer e ser reconhecido por prestar um atendimento personalizado e de qualidade para os usuários da rede pública de saúde. Tal programa utilizará técnicas de coaching aplicadas por um profissional exclusivamente dedicado à:

  a. Desenvolver o autoconhecimento e uma vez se conhecendo melhor, o colaborador poderá pontuar as necessidades a serem trabalhadas e atendidas a seguir, com;

  b. Treinamento, desenvolvimento, capacitando continuamente, por meio de;

  c. Utilização de ferramentas poderosas de coaching (Roda da vida; S.W.O.T-Pessoal, S.W.O.T-Profissional, 5W2H, PDCA, dentre outras;

  d. Estabelecer um "Plano de Ação": colocando todos os elementos e ferramentas acima citados em prática com acompanhamento semanal-mensal-trimestral

  e. Direcionar a todos que atuam nos canais de relacionamento interno e externo.

  f. Educação Permanente: Auxiliaremos as equipes na busca de cursos gratuitos e custearmos alguns deles, estendemos convites de palestras, simpósio e eles escolherão os temas que trará valor agregado para o desenvolvimento de suas carreiras no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

  g. Feedback: Uma das maneiras de proporcionar desenvolvimento aos colaboradores é a pratica do feedback continuo. As pessoas precisam saber como estão em suas carreiras e se o desempenho está satisfatório; quanto

mais feedback for dado as equipes, haverá uma chance maior dos colaboradores passarem a agir de acordo com que a organização precisa.

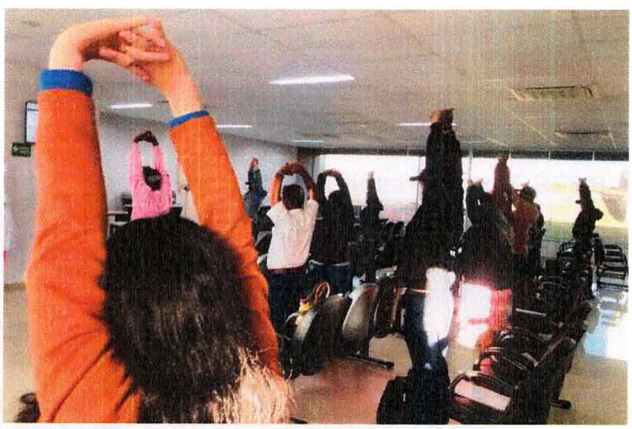
RECONHECIMENTO

Estimularemos a proatividade e motivação por meio do reconhecimento do trabalho executado e pelos resultados obtidos. Entendemos que as atitudes impactam muito mais do que as palavras e que fazem a diferença no atendimento interno, externo, negociação ou na entrega de um trabalho estratégico para que a organização o torne "público" a todas as equipes o feito e o resultado.

ASSISTENCIA SOCIAL INTERNA

Cuidar de quem cuida das pessoas é uma importante ferramenta de auxílio a autopreservação dos nossos colaboradores e fortalecimento da cultura organizacional.

Selecionaremos um profissional para assessorar os gestores na identificação de situações sociais e emocionais de riscos, e implantaremos a "Escuta Amiga" para os colaboradores HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO que em parceria com o RH praticarão o atendimento humanizado.



LABORATÓRIO DE IDEIAS

Os colaboradores são fontes de informações, ideias e sugestões, que podem mudar o rumo da organização, aumentar a produtividade e correção de problemas, mas ele ainda é muito pouco utilizado para esse fim. Criaremos um canal (anônimo, para aqueles que quiserem, de forma a manter a privacidade daqueles que não quiserem ser identificados) onde todos poderão o contribuir com sugestões, que trarão melhorias para a organização.

A ORGANIZAÇÃO É "FOFA" (F.O.F.A – Forças – Oportunidades – Fraquezas – Ameaças)

A cada trimestre realizaremos uma reunião com todos que atuam no hospital, com objetivo de expor os pontos fortes e de melhoria. Todas as diretorias participam, e na impossibilidade, os lideres organizarão um rodizio e viabilizarão que os colaboradores participem ao menos de um evento durante o ano.

Todos que atuarão nos hospitais serão capazes de compreender as metas estipuladas, onde poderão contribuir para alcançá-las, bem como manter seus índices de excelência.

CELEBRAÇÕES

As celebrações têm um impacto muito positivo sobre o rendimento dos colaboradores. A celebração terá tendência de unir colegas e estimular a comunicação entre as pessoas, sendo uma maneira eficiente de promover a integração entre os colaboradores, diretores e gerentes das empresas.

Viabilizaremos, através de parcerias internas, com o auxílio dos médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, iniciativas e suporte aos colaboradores e usuários por meio de ações que o conscientizam, sobre a importância de cuidar da saúde com ações temáticas de acordo com o calendário temático do Ministério da Saúde.

As pessoas são o ativo mais importante no INSTITUTO CEM e o desempenho de cada um deles no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, será resultado de sua competência, assim como da motivação qu possui para realizar o trabalho.



Toda instituição deve criar, manter e desenvolver um contingente de recursos humanos com habilidade e motivação para realização de seus objetivos.

Acreditamos que o clima organizacional é uma atmosfera do ambiente de trabalho que se refere a uma complexa rede de expectativas e percepções individuais e de grupo, permeada por referências estratégicas, organizacionais e por componentes estruturais do contexto do trabalho, que orienta e determina o comportamento de seus integrantes, criando um ambiente com características próprias.





DAS ESTRATÉGIAS SOBRE CLIMA ORGANIZACIONAL

Uma nova cultura deverá ser implementada, onde os colaboradores serão valorizados minimizando os conflitos. Deve-se privilegiar a gestão compartilhada, entre os entes Estatutários e Celetistas, sempre com fito na melhor prestação de serviços para os Usuários do SUS.

Existem algumas estratégias clássicas para a implementação de mudanças de clima e de cultura organizacional, tais como:

- Tratar os empregados como ativos valiosos;
- Criar oportunidades para o crescimento e desenvolvimento, e
- Clarificar papéis e responsabilidades;
- Construção, disseminação e sustentação da cultura organizacional;
- Buscar formas de aperfeiçoar todos os processos internos constantemente;
- Elaborar planos de desenvolvimento dos colaboradores;
- Incentivar a obtenção de conhecimento;
- Fortalecer a integração entre as áreas;
- Resolução de conflitos;
- Comunicação assertiva com os colaboradores;
- Recrutamento e seleção;
- Implantar e obedecer a política de recursos humanos do **INSTITUTO CEM** .

Acreditamos que a importância desse tema na unidade Hospitalar se dê pela característica de que cada profissional da empresa tem personalidades, ambições e passados diferentes, por isso, a equipe de gestão de pessoas deve estar preparada para um papel além de um simples mediador.

A área deve exercer:

- Resolução de conflitos;
- Cuidar dos interesses dos funcionários;
- Estar atento a quaisquer fatores que ameacem o desenvolvimento de tarefas;
- Garantir de que todos estejam felizes e motivados dentro da organização, resultando no crescimento contínuo da mesma;
- Equipe de trabalho;
- Programa de Treinamento mensal.

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos funcionários, com

- salários adequados as leis e normas, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.
- Em uma gestão moderna, como a que será implantada no Hospital, o ser humano não pode mais ser tratado como um recurso. A sua área de hoje em diante, será de VH: Valores Humanos.
- Afirma atualmente a literatura especializada que "não existe nenhuma técnica inovadora de gestão que seja implantada na empresa se ela não estiver centrada no indivíduo. Ele é o grande desencadeador das mudanças na sua organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento aos seus valores humanos".

PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

A Pesquisa Periódica de Clima Organizacional é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de avaliação e um fator de mobilização em fomo do fortalecimento da missão da empresa, devendo ser visto, também como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos nossos serviços.

Este instrumento também, fornece informações tanto aos empregados quanto às organizações. Para a empresa, acrescenta subsídios de orientação na contratação de pessoas mais adequadas, motivação, promoção, treinamento e desenvolvimento e norteia ainda, o processo de demissão. Para o funcionário, um feedback adequado que, se conduzido com seriedade é um fator de automotivação e reconhecimento, pois direciona

para um plano de desenvolvimento profissional e consequentemente um maior comprometimento com a empresa.

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

A motivação, por sua vez, constitui em um benefício para a organização que - deseja ter funcionários comprometidos no sucesso da empresa e o comprometimento a satisfação traz maior produtividade e qualidade -dos produtos e serviços da organização.

O processo deverá ser efetuado em caráter anual, através do preenchimento de um formulário realizado entre o gestor e o seu colaborador e este instrumento visa alinhar: os seguintes fatores: conhecimento do trabalho; produção e rendimento do, trabalho, ética profissional, organização, disciplina, iniciativa e inovação, apresentação pessoal, hábito de segurança, atendimento ao cliente, relacionamento interpessoal espírito de equipe, aprendizagem e adaptabilidade.

O colaborador também participará do processo de avaliação do seu gestor, analisando os seguintes fatores: liderança, espírito de equipe, comunicação, tomada de decisão, desenvolvimento profissional, relacionamento, estabilidade emocional, proatividade, administração de conflitos, gerência participativa.

Participarão do processo de avaliação, todos os colaboradores e gestores que tiverem trabalhado pelo menos 180 dias (6 meses), durante o período a que se refere a avaliação.

Os formulários serão entregues aos gestores que repassam a sua equipe para ser efetuado o processo de avaliação da sua gestão, bem como, a avaliação de cada colaborador, preenchendo os formulários e em seguida realizando a entrevista individual de avaliação,

A entrevista terá como objetivo proporcionar um momento de ponderação e de feedback entre o gestor e colaborador no sentido de identificar os pontos que merecem ser trabalhados e utiliza essas informações como feedback para o planejamento de suas ações visando a melhoria do desempenho da sua área.

Nesta etapa, o colaborador compartilhará a pontuação atribuída pelo seu gestor e terá a oportunidade de emitir sua opinião acerca da avaliação realizada por sua chefia imediata. Em seguida será elaborado acompanhado do colaborador o seu plano de desenvolvimento profissional em consonância com os aspectos a serem melhorados.

Os gestores deverão assumir um papel de relevância nesse contexto, na medida em que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos colaboradores quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais.

O colaborador também terá uma efetiva participação neste processo, pois o mesmo possui a oportunidade de avaliar o desempenho da sua chefia imediata, sendo um momento onde o gestor recebe um feedback e passa a conhecer como o seu colaborador percebe a sua gestão.

Finalmente, os resultados da avaliação serão mapeados e apresentados a diretoria de cad área, aos gestores e aos colaboradores, tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE FEEDBACK

REGISTRO DE FEEDBACK		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome		
Lotação:	**Vinculo:**	**Turno:**
INSTRUÇÕES		
O feedback é um processo estruturado onde chefia e colaborador discutem o desempenho, o plano futuro de desenvolvimento e estabelecem acordos. **Deverá descrever com termos claros e objetivos o que se espera do colaborador;** **Aspectos Positivos: devem ser elencados, destacando comportamentos, ações e demais resultados que revelam o mérito do colaborador no período. Aspectos Críticos: referem-se aos diferentes aspectos comportamentais, de desempenho e de competências que devem ser melhorados.** **Plano de Melhoria mostra quais estratégicas podem ser adotadas para desenvolver quaisquer aspectos identificados nos aspectos críticos**		

Aspectos Positivos:	
Aspectos Críticos:	
Plano de Melhoria/Prazo de Conclusão:	
Proposta de Plano de Desenvolvimento Individual apresentado ao avaliado **( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica**	
Observação do Colaborador:	
DATA:	DATA:
_____ **Assinatura do Colaborador**	_____ Assinatura do Avaliador
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS	
DATA:	_____ Gerência de Desenvolvimento de Pessoas

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte

SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Finalidade

Estabelecer diretrizes para a realização da Avaliação de Desempenho e do Plano de Desenvolvimento Individual dos colaboradores, formalizando os parâmetros utilizados.

Metodologia

A partir do estudo dos objetivos, missão e valores da Unidade e dos processos de trabalho já existentes na Unidade será traçada a Política de Avaliação de Desempenho para sistematizar os princípios, diretrizes e normas na realização da Avaliação de Desempenho dos Colaboradores

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos em parceria com os órgãos superiores para validação.

PROGRAMA ANUAL DE PESQUISA DO CLIMA ORGANIZACIONAL.

O Programa tem por objetivo identificar o clima organizacional, verificando os índices de satisfação, insatisfação dos colaboradores e lideranças num determinado momento, visando a oportunidade de realizar melhorias continuas no ambiente de trabalho e nos resultados da organização.

Programação De Ações Preparatórias Para Avaliação

- Finalidade
- Mobilização dos gestores e colaboradores para a realização da Avaliação.

- Metodologia
- Elaboração de panfletos, e-mails, palestras, capacitações *in loco* voltados para à rotina setorial da Unidade.
- Responsáveis
- Gerência de Recursos Humanos em parceria com a Assessoria de Comunicação.

Avaliação De Desempenho – 360°

A avaliação 360° consiste em ter a visão mais completa possível do desempenho do colaborador. Em se tratando de mensurar a performance, buscamos diferentes perspectivas. Como parte do Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, a Avaliação de Desempenho 360° permite a análise do colaborador das informações advindas de quatro pontos: 1) através da autoavaliação do colaborador; 2) da avaliação do seu par (colega de setor ou mesmo nível hierárquico); 3) da avaliação do superior ou subordinado imediato; e 4) do gestor da unidade.

Realizada com frequência semestral para manter o bom desenvolvimento na organização, a avaliação de desempenho 360 graus é realizada com padrões definidos para todos os cargos da empresa. Num primeiro momento com abordagem genérica para todos os cargos, e na segunda edição de forma específica para o cargo e/ou setor.

Os padrões nada mais são do que atitudes ou comportamentos que temos e que repetimos sem pensar. São assim uma espécie de "automatismos" que arrumamos em nós mesmos, ao longo do tempo, e de acordo com a cultura, a religião, a educação, que nos condicionam a repetir certas reações de forma inconsciente. Os padrões gerais de comportamento e atitudes analisados são:

Empreendedorismo: é a disposição para identificar problemas e oportunidades e investir recursos e competências na criação de um negócio, projeto ou movimento que seja capaz de alavancar mudanças e gerar um impacto positivo;

Tomada de Decisão: o processo de decidir sobre algo importante, especialmente em um grupo de pessoas ou em uma organização. Ela envolve a seleção de um curso de ação entre duas ou mais alternativas possíveis, a fim de se chegar a uma solução para um dado problema;

Comprometimento e Execução: Por meio do comprometimento, o colaborador se propõe a realizar todas as tarefas e demandas exigidas de maneira eficaz e produtiva. Ainda, é uma

característica daquele que é íntegro e que demonstra seu comprometimento pelas atitudes e comportamentos.

Gestão de Pessoas: conjunto de técnicas que tem como objetivo o desenvolvimento do capital humano nas organizações. Trata-se da gestão de pessoas como processo que visa melhorar o desempenho dos colaboradores e da empresa.

Pensamento Estratégico e Inovação: O estrategista procura nivelar os desafios atuais a uma perspectiva de futuro, a partir de uma visão apurada da empresa. O pensamento estratégico nas organizações é fundamental para conseguir resolver desafios de forma eficiente. Quando atrelado à inovação torna-se uma ferramenta, além de eficiente, totalmente eficaz

Liderança: habilidade de motivar e inspirar pessoas de forma positiva. Na liderança, essa motivação vem muito mais pelas atitudes práticas do que propriamente dito pelas palavras que se diz. Trata-se, portanto, de uma conduta, não apenas de um cargo ou função.

Negociação: processo no qual duas ou mais partes buscam um acordo para determinar o que cada uma delas deverá dar ou ganhar, fazer ou receber, numa transação entre elas.

Trabalho em Equipe: possibilita a troca de conhecimento e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados, uma vez que otimiza o tempo de cada pessoa e ainda contribui para conhecer outros indivíduos e aprender novas tarefas.

Etiqueta Empresarial: conjunto de cerimônias usadas no trato entre pessoas e empresas, regidas pela boa educação, bom comportamento, convenções sociais, ética profissional e prescrições oficiais determinadas pelos regimentos internos regras de boa convivênci social.

Neste formato com o qual é aplicada, a avaliação de desempenho 360 graus possibilita a vantagem de identificar diferentes pontos de vista sobre o mesmo profissional. Essa análise é bem relevante, para entender em quais âmbitos o colaborador precisa se desenvolver mais. A análise é fundamental para dar feedbacks precisos aos colaboradores e contribuir para o sucesso da equipe e de toda a unidade. Além de trazer diversos benefícios para o engajamento e motivação dos profissionais.

Modelo De Avaliação

Questionário Perfil

Instruções de Preechimento:

> Este questionário é composto por 57 declarações. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida qual a escala que melhor o descreve.

> Algumas declarações parecem ser iguais mas nenhuma é exatamente igual à outra.

> Você deve designar um número (1, 2, 3, 4 ou 5) para cada uma das declarações.

> Não deixe nenhuma em branco.

1 - Nunca
2 - Raramente
3 - Algumas vezes
4 - A maioria das vezes
5 - Sempre

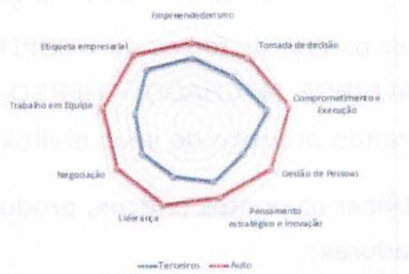
Nome:_____ Data____/____/____

		Respostas
1	Relacionamento Interpessoal	
2	Confiabilidade	
3	Equilíbrio Emocional	
4	Flexibilidade	
5	Cultura geral e respeito à diversidade	
6	Ética e Moral	
7	Empatia	
8	Empreendedorismo [Uma pessoa sempre atenta e em busca de novas oportunidades e ideias, seja no mercado ou dentro empresa.	
9	Empreendedorismo [Consegue identificar, calcular e assumir riscos.]	
10	Empreendedorismo [Sabe elaborar um planejamento completo para uma ideia identificada: Ações, prazos, responsáveis e custos entre demais	
11	Empreendedorismo [Consegue conduzir os projetos que elabora de forma efetiva e até o final.]	
12	Empreendedorismo [Executa os processos com entusiasmo e confiança no sucesso dos seus projetos.]	
13	Comprometimento e Execução [Entrega o que lhe é delegado com qualidade.]	
14	Comprometimento e Execução [Cumpre rigorosamente prazos de entrega dos projetos assumidos.]	
15	Comprometimento e Execução [Possui senso de urgência e demonstra vontade de executar com rapidez o que lhe é delegado.]	
16	Comprometimento e Execução [Possui uma forte orientação para resultados.]	
17	Comprometimento e Execução [Está sempre focado em soluções. Não vive mapeando problemas ou reclamando dêles.]	
18	Comprometimento e Execução [É pontual nos seus compromissos. Está presente sempre no horário combinado.]	
19	Comprometimento e Execução [É uma pessoa disponível e fácil de encontrar quando necessário.]	
20	Comprometimento e Execução [É uma pessoa organizada com a sua agenda de compromissos.]	
21	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Está sempre atualizado sobre as tendências e o futuro.]	
22	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Consegue frequentemente identificar oportunidades e propor projetos inovadores.]	
23	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Pensa estrategicamente e decide de forma equilibrada em relação aos impactos no curto, médio e longo prazo.]	
24	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Tem uma boa visão generalista. Consegue transitar e se relacionar com diferentes áreas da empresa.]	
25	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Sabe compor alianças estratégicas com pessoas, áreas e empresas, visando sempre o ganha-ganha.]	
26	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Consegue avaliar o impacto de uma decisão em uma área nas demais áreas e, principalmente, nos resultados da empresa.]	
27	Pensamento estratégico e Visão inovadora [Conhece as principais variáveis externas do setor em que atua e consegue apontar cenários e impactos no negócio.]	
28	Gestão de Pessoas [Consegue atrair para a sua equipe profissionais de alto desempenho.]	
29	Gestão de Pessoas [Trabalha para desenvolver sua equipe, profissional e pessoalmente.]	
30	Gestão de Pessoas [Consegue reter profissionais talentosos.]	
31	Gestão de Pessoas [Sabe delegar.Não é centralizador.]	
32	Gestão de Pessoas [Sabe dar demonstrações de reconhecimento às pessoas da equipe.]	
33	Gestão de Pessoas [Dá "feedback" frequente e de forma profissional, visando o desenvolvimento de quem o recebe]	
34	Gestão de Pessoas [Sabe identificar conflitos rapidamente.]	
35	Gestão de Pessoas [Resolve conflitos na equipe rapidamente e de forma eficaz.]	
36	Negociação [Sabe se preparar bem para uma negociação. Procura conhecer previamente a outra parte, seus desafios e objetivos.]	
37	Negociação [Consegue apresentar ideias e projetos de forma profissional, seja por escrito ou pessoalmente.]	
38	Negociação [Possui uma postura ganha-ganha nas negociações que conduz]	
39	Negociação [Convence pelos argumentos. Possui capacidade de persuasão.]	
40	Tomada de decisão [Sabe identificar problemas.]	
41	Tomada de decisão [Consegue identificar as principais causas de um problema.]	
42	Tomada de decisão [Sabe gerar alternativas pertinentes para solução do problema.]	
43	Tomada de decisão [Consegue priorizar alternativas de solução, considerando aplicabilidade, risco, custo e coerência.]	
44	Tomada de decisão [Sabe desenvolver o plano de ação detalhado para o respectivo problema: Ação, responsável, prazo e custo.]	
45	Trabalho em Equipe [Reconhece e sabe formar equipes com base em competências complementares.]	
46	Trabalho em Equipe [Possui comprometimento com os resultados da equipe.]	
47	Trabalho em Equipe [Entende e aceita a liderança situacional.]	
48	Liderança [Possui capacidade de alinhamento de pessoas a objetivos definidos para a área ou empresa.]	
49	Liderança [É guiado pela meritocracia. Reconhece e premia sempre os melhores.]	
50	Liderança [É assertivo. Coloca suas posições de forma clara e direta, e permite que os outros o façam sem temor.]	
51	Liderança [Sabe se comunicar de forma correta e eficaz com pares, superiores e subordinados, seja pessoalmente, por escrito, ou por meios eletrônicos.]	
52	Liderança [Cria um ambiente na sua equipe pautado pelo respeito e pela confiança.]	
53	Liderança [Inspira seus liderados e gera comprometimento com a causa.]	
54	Liderança [É acessível. Não se coloca como um Deus, inacessível.]	
55	Etiqueta empresarial [Possui uma apresentação adequada aos ambientes profissionais (Roupas, higiene pessoal, barba/cabelo/maquiagem e	
56	Etiqueta empresarial [Sabe se comportar adequadamente em situações profissionais (Festas, jantares, reuniões e demais eventos)	
57	Etiqueta empresarial [Fala e escreve corretamente na língua portuguesa.]	

Modelo De Relatório Do Resultado Da Avaliação Realizada Em Formato "Dashboard":

Nome: Colaborador(a)

Padrões de Comportamento e Atitudes	Terceiros	Auto
Empreendedorismo	3,4	4,2
Tomada de decisão	3,2	4,4
Comprometimento e Execução	3,9	5,0
Gestão de Pessoas	3,0	4,6
Pensamento estratégico e Inovação	3,1	4,0
Liderança	2,9	4,4
Negociação	3,0	4,5
Trabalho em Equipe	3,0	4,7
Etiqueta empresarial	3,7	4,7



Competências

Empreendedorismo	Terceiros	Auto
Uma pessoa sempre atenta e em busca de novas oportunidades e ideias, seja no mercado ou dentro empresa	3,0	5,0
Consegue identificar, calcular e assumir riscos	4,0	4,0
Sabe elaborar um planejamento completo para uma ideia identificada: Ações, prazos, responsáveis e custos entre demais itens	3,0	4,0
Consegue conduzir os projetos que elabora de forma efetiva e até o final	4,0	4,0
Executa os processos com entusiasmo e confiança no sucesso dos seus projetos	3,0	4,0

Tomada de decisão	Terceiros	Auto
Sabe identificar problemas	3,0	4,0
Consegue identificar as principais causas de um problema	3,0	5,0
Sabe gerar alternativas pertinentes para solução do problema	3,0	5,0
Consegue priorizar alternativas de solução, considerando aplicabilidade, risco, custo e coerência	3,0	4,0
Sabe desenvolver o plano de ação detalhado para o respectivo problema: Ação, responsável, prazo e custo	4,0	4,0

Comprometimento e Execução	Terceiros	Auto
Entrega o que lhe é delegado com qualidade	4,0	5,0
Cumpre rigorosamente prazos de entrega dos projetos assumidos	4,0	5,0
Possui senso de urgência e demonstra vontade de executar com rapidez o que lhe é delegado	4,0	5,0
Possui uma forte orientação para resultados	4,0	5,0
Está sempre focado em soluções. Não vive mapeando problemas ou reclamando deles	3,0	5,0
É pontual nos seus compromissos. Está presente sempre no horário combinado	4,0	5,0
É uma pessoa disponível e fácil de encontrar quando necessário	4,0	5,0
É uma pessoa organizada com a sua agenda de compromissos	4,0	5,0

Gestão de Pessoas	Terceiros	Auto
Consegue atrair para a sua equipe profissionais de alto desempenho	3,0	4,0
Trabalha para desenvolver sua equipe, profissional e pessoalmente	3,0	5,0
Consegue reter profissionais talentosos	3,0	5,0
Sabe delegar. Não é centralizador	4,0	4,0
Sabe dar demonstrações de reconhecimento às pessoas da equipe	3,0	5,0
Dá "feedback" frequente e de forma profissional, visando o desenvolvimento de quem o recebe	3,0	5,0
Sabe identificar conflitos rapidamente	3,0	5,0
Resolve conflitos na equipe rapidamente e de forma eficaz	4,0	4,0





13.2.3 Uso das informações da pesquisa de clima:

- Apurar os pontos fortes do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO e criar ações específicas para sua valorização e melhoria, tirando proveito de seus efeitos;

- Identificar os pontos críticos, produzindo resultados orientados as reais necessidades dos colaboradores;

- Fazer os colaboradores refletirem sobre suas realidades - seu desenvolvimento profissional e pessoal;

- Avaliar e reorientar as lideranças em torno dos mesmos objetivos.

- Mapear o clima classificando os participantes por cargo e área de atuação, analisando o grau de satisfação e insatisfação obtido nos itens a seguir:

1. Remuneração
2. Condições de trabalho - fatores ambientais
3. Desenvolvimento profissional
4. Comunicação
5. Conhecimento da cultura organizacional e desenvolvimento do trabalho
6. Liderança
7. Trabalho em equipe
8. Fatores motivacionais

Cada colaborador será convidado a participar da pesquisa por sua liderança que entregará o questionário após a campanha interna de divulgação com total sigilo e anonimato.

A pesquisa ainda permitirá identificar o que pensam e sentem nossos colaboradores em relação as diferentes variáveis que afetam o clima. Com a implantação do respectivo programa mostramos aos colaboradores do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, a preocupação em ouvi-los e, assim, propormos ações de melhoria nos índices considerados insatisfatórios, gerando um ambiente de trabalho favorável ao bom desempenho da instituição.

Ressaltamos que um clima organizacional bem trabalhado proporcionará aos colaboradores do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO os seguintes benefícios:

- Retenção de talentos;
- Diminuição do índice de doenças psicossomáticas;
- Treinamentos sintonizados com os objetivos da instituição, gerando resultados;
- Alta produtividade;
- Diminuição da taxa de absenteísmo;
- Melhoria na Comunicação Interna;
- Aumento do comprometimento dos colaboradores (coautores);
- Credibilidade;
- Integração - União;
- Diminui os "achismos";
- Evidencia aspectos da "área cega" das percepções organizacionais.

Plano De Ação Pós Pesquisa De Clima

O plano de a ação advindo do resultado da pesquisa será escalonado, de acordo com a prioridade estabelecida pela diretoria, com medidas de curto, médio e longo prazo.

As medidas sugeridas pela diretoria e Gerência de Recursos Humanos irão gerar ações de melhorias explicitadas por meio da ferramenta 5W2H.

Será elaborado um relatório geral da pesquisa para a diretoria que, após análise, norteará o setor de Recursos Humanos quanto à divulgação dos resultados totais.

Definido isto, serão utilizados os meios adequados de comunicação da instituição para divulgar a pesquisa.

Se identificado algum ponto crítico, de imediato apresentaremos as ações corretivas sobre o que foi detectado na pesquisa e posteriormente apresentaremos um plano de ação.

Plano de Ação	Priorização	What	Why	Who		When				Where
		O que será feito	Justificativa	Por quem	Área	Início	Prazo (dias)	Fim Planejado	Fim Real	Onde
Assistencial	Muito Urgente	Capacitação	Relatório da Ouvidoria	AUZELY PEREIRA DA SILVA	Financeira	21/01/2022	56	18/03/2022	15/02/2022	Unidade
Atendimento	Pouco Urgente	Remanejamento e escala	Qualidade de Atendimento	BEATRIZ DE JESUS SILVA	Financeira	15/02/2022	46	02/04/2022	20/03/2022	Unidade
Multiprofissional	Pouco Urgente	Aumento do quadro	Atendimento em todos os turno	BETANIA RODRIGUES GUERRA DE ARAUJO	Técnica	01/03/2022	61	01/05/2022	02/05/2022	Unidade
Ensino e Pesquisa	Muito Urgente	Ampliação e Inovação	Necessidade de mais salas	AURIA BISPO ARANTES	Técnica	10/04/2022	42	22/05/2022	14/05/2022	DEPE
Radiologia	Urgente	Troca que equipamentos	Defeitos frequentes	BARBARA GABRIELLA GONCALVES SILVA	Estrutural	12/05/2022	25	06/06/2022	28/08/1901	Unidade
Trasnfusional	Sem Urgência	Alteração do fluxo	Maior agilidade	BEATRIZ DE JESUS SILVA	Financeira	12/04/2022	27	09/05/2022	08/06/2022	Unidade
Centro Cirúrgico	Urgente	Aumento da oferta de serviço	Atendimento por especialidade	DULCINEIA QUIRINO SALES LIMA	Estrutural	02/02/2022	17	19/02/2022	19/06/2022	Unidade
CME	Urgente	Reforma Geral	Inoperante	EDINALVA BRITO CARVALHO DOS	Técnica	04/03/2022	10	14/03/2022	12/03/2022	Obra
Administrativo	Pouco Urgente	Treinamento das Lideranças	Melhoria Contínua	EDNA RODRIGUES SIQUEIRA TEIXEIRA	Estrutural	29/06/2022	35	03/08/2022	15/06/2022	Sede

Plano de Ação	How	How much	Data máxima para conclusão	Status
	Como será feito	Quanto custa		
Assistencial	Assistencial	R$ 5.112,00	18/03/2022	Realizado
Atendimento	Atendimento	R$ 52,00	02/04/2022	Realizado
Multiprofissional	Multiprofissional	R$ 95,00	01/05/2022	Realizado
Ensino e Pesquisa	Ensino e Pesquisa	R$ 14,00	22/05/2022	Realizado
Radiologia	Radiologia	R$ 85.600,00	06/06/2022	Realizado
Trasnfusional	Trasnfusional	R$ 4.352,00	09/05/2022	Realizado
Centro Cirúrgico	Centro Cirúrgico	R$ 2.500,00	19/02/2022	Realizado
CME	CME	R$ 870.000,00	14/03/2022	Realizado
Administrativo	Administrativo	R$ 96,00	03/08/2022	Não Realizado

Planos de Ação (concluídos / total)

8 / 9

% de ações concluídas

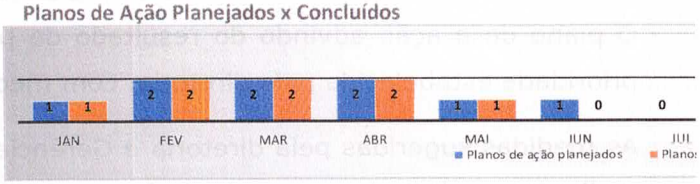
88,9%

Tarefas (concluídas / total)

8 / 9

% de tarefas concluídas

88,9%





Ações

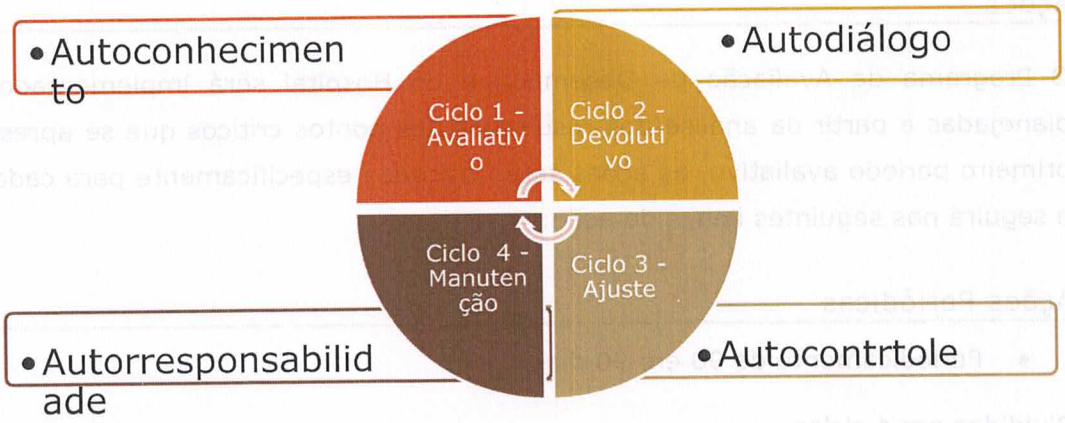
O Programa de Avaliação de Desempenho do Hospital será implementado por ações planejadas a partir da análise dos resultados dos pontos críticos que se apresentaram no primeiro período avaliativo, as ações serão traçadas especificamente para cada finalidade, e seguirá nas seguintes linhas de ação:

Ações Periódicas

- Periodicamente de 90 em 90 dias

Divididas em 4 ciclos:

- Ciclo 1: Avaliativo (de 1 a 30 dias):
  - Avaliação de Satisfação: Roda da Vida + S.W.O.T
  - Plano de Ação: forças e fraquezas
  - Execução: fazer acontecer
- Ciclo 2: Devolutivo (de 1 a 15 dias):
  - Entendimento dos motivos (autossabotagem)
  - Avaliação de Desempenho I – Start inicial.
- Ciclo 3: Ajuste (de 1 a 30 dias)
  - Alinhamentos com os objetivos.
- Revisão das Oportunidades e ameaças.
- Ciclo 4: Manutenção (de 1 a 15 dias)
  - Avaliação de Desempenho II – Validação Final.



FERRAMENTAS A SEREM UTILIZADAS:

- Personal e Profissioal Coaching (Sociedade Brasileira de Coaching)
- Roteiro de Avaliação – Programa CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar)
- Gestão da Emoção

Metodologias/Autores:

- Coaching – Sociedade Brasileira de Coaching (SBC).
- Gestão da Emoção: Método Dr. Augusto Cury
- Inteligência Emocional – Daniel Goleman
- Método GTD – David Allen
- Metodologia "Disney" para Gestão Hospitalar – Hospital Paulistano
- "Compromisso com a Qualidade Hospitalar" (CQH) - Associação Paulista de Medicina e CRM-SP

REFERÊNCIAS

ALLEN, David. A arte de fazer acontecer – O método GTD "Getting Things Done". 1ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

Goleman, D. Inteligência Emocional. A teoria revolucionária que define o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva, Tradução revista em 2001 do original 1995.

LEE, Fred. Se Disney Administrasse Seu Hospital: 9 1/2 Coisas que Você Mudaria. 1ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

DISNEY, Institute. O jeito Disney de encantar os clientes: do atendimento excepcional ao nunca para de crescer e acreditar. São Paulo: Saraiva, 2011.

BURMESTER, Haino. Manual de Gestão Hospitalar. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

CURY, Augusto. Gestão da Emoção: Técnicas de coaching emocional para gerenciar a ansiedade, melhorar o desempenho pessoal e profissional e conquistar uma mente livre e criativa. São Paulo: Saraiva, 2015.

CRIAÇÃO DE MECANISMOS DE MONITORAMENTO SETORIAIS

Criação de mecanismos de monitoramento setoriais de realização das avaliações e do preenchimento do plano de desenvolvimento individual.

Finalidade

Alcançar o maior número possível de avaliações por setor.

Metodologia

Envio de e-mail padrão às Gerências e Diretoria periodicamente lembrando dos prazos a serem cumpridos e das tarefas a serem realizadas.

Responsável

Gerência de Recursos Humanos.

RESUMO DO PROGRAMA:

43 Ferramentas
12 Semanas
4 Tarefas em Média por semana (1 a cada 2 dias)

Encontros Individuais (1x1)	32
Quartas-feiras - (sessão individual de no mín.30' e no máx.40')	13
Quintas-feiras - (sessão individual de no mín.30' e no máx.40')	13
Sextas-feiras - (sessão individual de no mín.30' e no máx.40')	6

Encontros Coletivos (1x32): às Sextas-feiras das 15hs às 17hs
30' - Teoria do Tema
40' - Discussão dos tópicos previamente selecionados
50' - Sugestão de Solução para os problemas discutidos

Condução da Seleção dos Tópicos:

1) Cada lider sugere 3 problemas do seu setor que precisam de solução

2) Reune-se todos os 3 problemas de cada líder numa lista (google forms) que totalizarão a quantidade de 96 problemas que serão trabalhados nos 3 meses. A medida que os problemas forem sanados outros novos entram no rol de forma que a cada semana será

3) Para cada reunião serão escolhidos 8 problemas, que serão trabalhados da seguinte forma:

3.1) Cada semana teremos um tema aser apresentado com teoria simplista de forma que possa ser praticado na semana seguinte. Embora contenha conteúdo resumido, será disponibilizado material de consulta para quem precisar acessar.

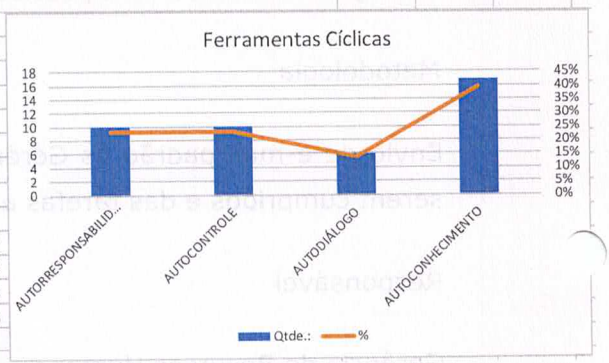
3.2) Por meio da ferramenta "5 Porquês" se abre o questionamento até chegar a causa raiz do problema. Registra o problema raiz 1, e parte para o próximo (2), até percorrer os 6 (tempo para cada problema nesta etapa é de 5 min)

3.3) Na 3ª etapa vai direto para a solução dos problemas raízes elencados. Como estarão todos os departamentos juntos, já sentem os reflexos internos que cada solução demanda.

Quartas e Quintas-feiras:	00:05:00	00:40:00	01:00
Líder 1	07:00	07:40	
Líder 2	07:45	08:25	
Líder 3	08:30	09:10	
Líder 4	09:15	09:55	
Líder 5	10:00	10:40	
Líder 6	10:45	11:25	
Líder 7	11:30	12:10	
Líder 8	13:10	13:50	
Líder 9	13:55	14:35	
Líder 10	14:40	15:20	
Líder 11	15:25	16:05	
Líder 12	16:10	16:50	
Líder 13	16:55	17:35	
Líder 14	17:05	17:45	
Líder 15	17:50	18:30	
Líder 16	18:35	19:15	
Líder 17	19:20	20:00	
Líder 18	20:05	20:45	
Líder 19	20:50	21:30	
Líder 20	21:35	22:15	

Sextas-feiras:			
Tema	15:00	15:30	
"5 Porquês"	15:30	16:10	
"6 Soluções"	16:10	17:00	

Ciclos:	Qtde.:	%
AUTORRESPONSABILIDADE	10	23%
AUTOCONTROLE	10	23%
AUTODIÁLOGO	6	14%
AUTOCONHECIMENTO	17	40%
Total:	43	



AVALIAR AS DEFINIÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

Finalidade

Proporcionar aos gerentes e colaboradores uma boa leitura da definição das características comportamentais e dos fatores de avaliação com vistas a torná-las mais acessíveis e relacionadas à prática dos colaboradores;

Metodologia

Avaliar as definições das características comportamentais e proceder alterações para melhor entendimento das competências, estabelecer ainda definições para as avaliações dos fatores:

Insuficiente, Abaixo do Esperado, Dentro do Esperado e Acima do Esperado.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Departamento de Tecnologia.

PDI (PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL)

Objetivo Geral

O plano de desenvolvimento individual PDI visa preparar os profissionais para os desafios a longo prazo, validando os conhecimentos por meio de conteúdos, ampliando as competências com treinamentos e qualificações.

Objetivos Específicos

Por se tratar de um Plano Individual é necessário objetivar especificamente um planejamento para a qualificação de cada profissional para sua trajetória na organização. Na Gestão de Pessoas, em parcerias entre as lideranças setoriais (de cada departamento da unidade hospitalar), serão planejados treinamento visando o desenvolvimento de competências, para que os liderados enfrentem os desafios em diferentes momentos da organização.

Justificativa

As organizações passaram por consideráveis mudança ao longo dos anos, com o crescimento dos segmentos do negócio, com a descentralização da administração pública, além do uso de novas tecnologias, propostas inovadoras e demais mudanças fazem parte da realidade da organização. Indo ao encontro destas mudanças e da real necessidade de

adequá-las ao mundo corporativo, o PDI surge para preparar o profissional do futuro desde já, para lidar com esses desafios a longo prazo.

Por isso, em nossa organização, o desenvolvimento jamais foi visto como uma despesa, mas, sim, como um investimento, com benefícios, tanto patronal quanto laboral. As organizações passaram a contar com competências colaborativas para concretizar as estratégias de negócios, e o colaborador usa a educação para crescer profissionalmente.

O motivo pelo qual despontamos a necessidade de auxiliar nossos liderados a se desenvolverem por meio de um PDI é pelo fato de, enquanto o treinamento prepara o profissional para o cargo atual, o desenvolvimento abrange a jornada do liderado na organização. Nele, as competências são desenvolvidas para necessidades presentes e futuras.

Metodologia

Serão realizadas alterações no sistema discriminando os tipos de ações de desenvolvimento para a elaboração do plano de desenvolvimento individual (ex.: visitas, leituras, *benchmarking)*, possibilitando ao avaliador acesso às ações de desenvolvimento através de aba de seleção. Com uma metodologia específica, almeja-se alançar os seguintes benefícios:

- Lidar com a escassez de talentos: Na pesquisa mais recente do Man Power Group, vemos que 52% dos recrutadores brasileiros não conseguem fechar suas vagas dentro o prazo devido à falta de pessoas qualificadas. E encontrar soluções internamente é uma forma de lidar com esse desafio;

- Desenvolver competências humanas ou socioemocionais: Competências humanas ou socioemocionais, como comunicação, liderança, inteligência emocional e resolução de problemas, estão entre as mais necessárias. Não à toa, são consideradas habilidades do futuro, uma vez que permanecem válidas ao longo da trajetória profissional e em diferentes momentos da organização.

- Ensinar profissionais a aprender: Entre as soft skills, precisamos ensinar os profissionais a aprender. As competências técnicas ficam constantemente defasadas diante

de novas tecnologias e métodos de trabalho que surgem a todo momento. Por isso, a capacidade de estar em constante aprendizado é fundamental para que o colaborador permaneça alinhado com a organização a longo prazo.

- Respeitar as diferenças entre as pessoas: O plano de desenvolvimento individual é, ainda, uma forma de trabalhar as diferenças entre as pessoas em prol da organização. Em vez de padronizar os liderados, como uma linha de montagem, os programas de desenvolvimento devem enxergar as diferentes bagagens, perfis e talentos, usando as características para formar um time diverso e colaborativo.

Em suma, não basta treinar competências isoladas. Tudo o que a organização realizar a longo prazo precisa determinar, entre as diversas opções disponíveis, quais são as ações de curto prazo. Esse é o papel do PDI em relação às diversas qualificações que a organização colocará em prática.

Conteúdo do Programa

O plano de desenvolvimento individual funciona como um mapa para o profissional. Afinal, as informações contidas no PDI são essenciais para que exista a noção de progresso do colaborador, e a organização alcance os resultados desejados. O Programa contempla:

Objetivos: O projeto deve estar alinhado às necessidades presentes e futuras da organização, das quais extraímos os objetivos do PDI.

Metas: Os objetivos devem ser desdobrados em etapas. De forma que, se o liderado for preparado para um cargo de gestão, teremos diversas competências a serem trabalhadas antes mesmo dele chegar lá, como: comunicação, gestão de conflitos, inteligência emocional, dentre outros.

Prazos: As etapas devem ter momentos para serem concluídas e avaliadas, até para que a organização possa verificar se o programa está funcionando.

Indicadores de desempenho: Serão definidos no decorrer do programa como os resultados serão medidos ao longo do tempo. A título de exemplificação, citaremos alguns tipões de ferramentas aplicadas para demonstrar o progresso do Programa de Desenvolvimento

Individual: Aumentos de produtividade, satisfação do colaborador e avaliação de competências.

Trilhas de aprendizado: O PDI deve trazer os meios pelos quais a organização pretende alcançar os resultados. Com análises periódicas de quais as metodologias de desenvolvimento serão aplicadas e coordenadas, o programa proporcionará meios para atingir as metas propostas.

Ferramentas de desenvolvimento: Os aprendizados são complementados aos serviços na orientação dos colaboradores e desenvolvimento de competências, como feedback coaching, mentoria e orientação de carreira.

Estrutura do Plano

A estrutura da qual utilizaremos para desenhar um plano de desenvolvimento individual será operacionalizada, em grande parte, através de ações que envolvam a pesquisa e avaliação "in loco", pois só assim entenderemos as reais necessidades da organização e da unidade hospitalar, em busca de soluções para desenvolver as competências definidas. A seguir esboçaremos um passo-a-passo de como o programa se procederá:

Passo 1 - Análise do cenário da organização:

a) Entender quais são as necessidades internas. As demandas que estão ligadas aos desafios e metas da organização, dos departamentos, dos gestores, das equipes e d indivíduos.

b) Aplicação da ferramenta SWOT, mundialmente conhecida como meio de diagnóstico para organizar o pensamento, onde avaliamos os ambientes interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças).

Passo 2 – Mapeamento das Competências:

a) As necessidades da empresa determinam os alvos de desenvolvimento. Com uma lista de competências exigidas dos colaboradores, precisamos mapear as lacunas de competência e entender a diferença entre competência esperada e a realizada.

b) Aplicação de ferramentas para realizar esse mapeamento: Avaliações de Desempenho; Entrevistas Profissionais; Relatórios de Pontos Fortes e Fracos (assessment);

c) Aplicação da metodologia C.H.A: As competências unem conhecimento (saber algo), habilidade (saber fazer), atitude (saber se colocar em ação) e julgamento (saber avaliar quando agir) para produção de resultados úteis e aplicáveis no dia a dia. Assim, dentro de uma competência, pode haver várias lacunas. Por exemplo, a comunicação exige empatia, escuta, capacidade de se expressar, entre outros atributos.

Passo 3- Definição de Objetivos e Metas:

a) Cronograma: o PDI exige a definição do que será aprendido dentro de um cronograma de desenvolvimento. A formação de trilhas de aprendizado é a principal diferença do desenvolvimento de competências em comparação a um treinamento simples.

b) Trilhas de Desenvolvimento: utilizaremos vários tipos de trilhas de desenvolvimento em sequência para fazer o colaborador percorrer uma jornada de conhecimento aplicável ao longo de toda a sua trajetória.

c) Metas: As metas de aprendizado pressupõem que os objetivos sejam progressivos em relação às dificuldades encontradas.

d) Percorrer os estágios do aprendizado, atribuído ao Psicólogo Abraham Maslow (1908 - 1970):

1. Incompetência inconsciente: não se conhece as competências a serem aprendidas;

2. Incompetência consciente: existe clareza sobre o que é preciso aprender;

3. Competência consciente: entende-se como fazer algo e consegue-se realizar pensando nos passos para executar a tarefa;

4. Competência inconsciente: domina-se integralmente a competência, usando as habilidades sem precisar pensar em cada ação.

e) Relacionar as metas aos diferentes níveis de aprendizado (acima) dentro das competências, a seguir:

1. Conhecimento identificar e lembrar de conceitos, informações, definições e conteúdos abordados;

2. Compreensão: entender o que foi estudado, inclusive, sabendo explicar o assunto;

3. Aplicação: usar o que foi entendido em situações concretas, explorando as regras, métodos e informações abordadas em contextos distintos;

4. Análise: ser capaz de decompor o conteúdo em elementos, sabendo o papel de suas partes em relação ao todo;

5. Síntese: conseguir reorganizar os elementos para construir algo novo;

6. Avaliação: saber julgar a importância do conhecimento aprendido em situações específicas.

Passo 4 – Avaliações:

a) Continuidade: buscaremos mecanismos de avaliação e feedback para avaliar o progresso do profissional e sugerir pontos de melhoria. Ao escolher o formato de PDI, um ponto importante é usar de métodos que aumentem o interesse e engajamento. Dest- forma o próprio PDI passará por avaliações contínuas em busca de melhorias.

b) Aplicação do ciclo PDCA: planejar (plan), executar (do), checar (check) e ajustar (adjust). Ao aplicarmos tal ferramenta focaremos no conhecimento especializado por ser fundamental para concretizar um PDI que realmente traga resultados para a organização.

Conclusão

Com tudo o que o programa até aqui apresenta, podemos perceber que os níveis de competência exigidos pelos cargos nas organizações ficam mais claros a partir dessa

classificação. Sendo assim, enquanto um assistente administrativo precisa dominar a aplicação das rotinas administrativas, um analista deve saber decompor os processos de gestão em partes, em busca de pontos de melhoria, e assim, de cargo em cargo, função em função, o Programa de Desenvolvimento Individual, contribuirá para o Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, consideravelmente, proporcionando a melhoria contínua e a Educação Organizacional Permanente. Resumidamente, o planejamento do PDI passa por entender quais competências devem ser aprendidas para suprir as lacunas identificadas inicialmente.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Departamento de Tecnologia.

PROGRAMAR AÇÕES EDUCATIVAS REFERENTES À FERRAMENTA DO FEEDBACK.

Finalidade

Mobilização dos gestores para o uso do *feedback*, como ferramenta essencial para a Educação e motivação das pessoas para o desempenho mais eficaz das atividades dos colaboradores.

Metodologia

Programar ações educativas: informativos, oficinas, palestras, *reuniões in loco*.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos, Assessoria de Comunicação e Multiplicadores.

Relatórios

RELATÓRIOS SETORIAIS COM OS PERCENTUAIS DE ADESÃO AO SISTEMA

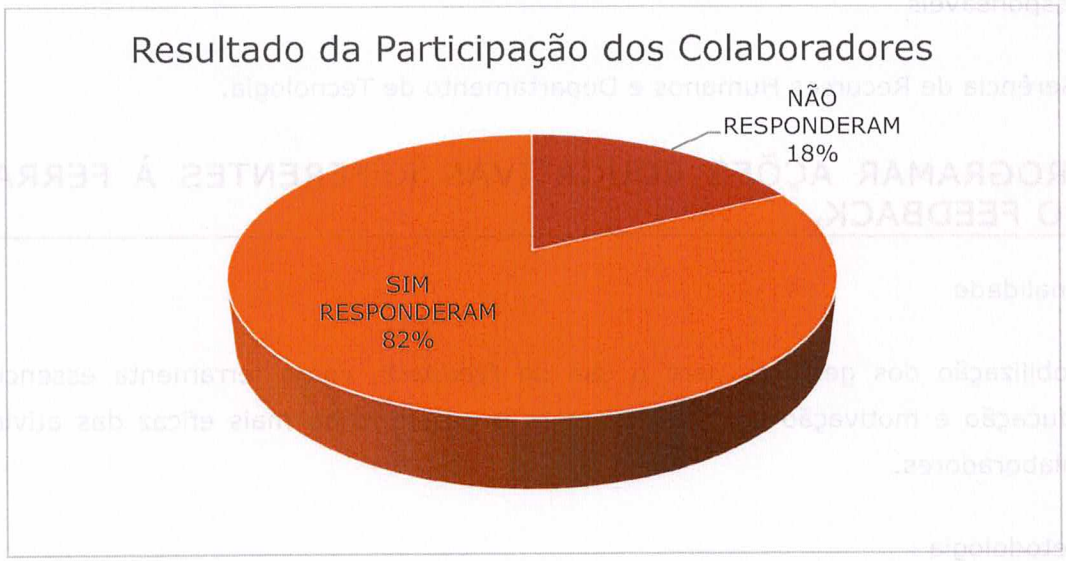
Finalidade

Informar às gerências o percentual de adesão de cada setor.

Metodologia

Impressão de Relatório setorial de percentuais de participação à Avaliação de Desempenho e encaminhamento posterior às Gerências.

A avalição foi disponibilizada para todos os colaboradores, total de 1063, sendo que 18% não responderam e 82% responderam.



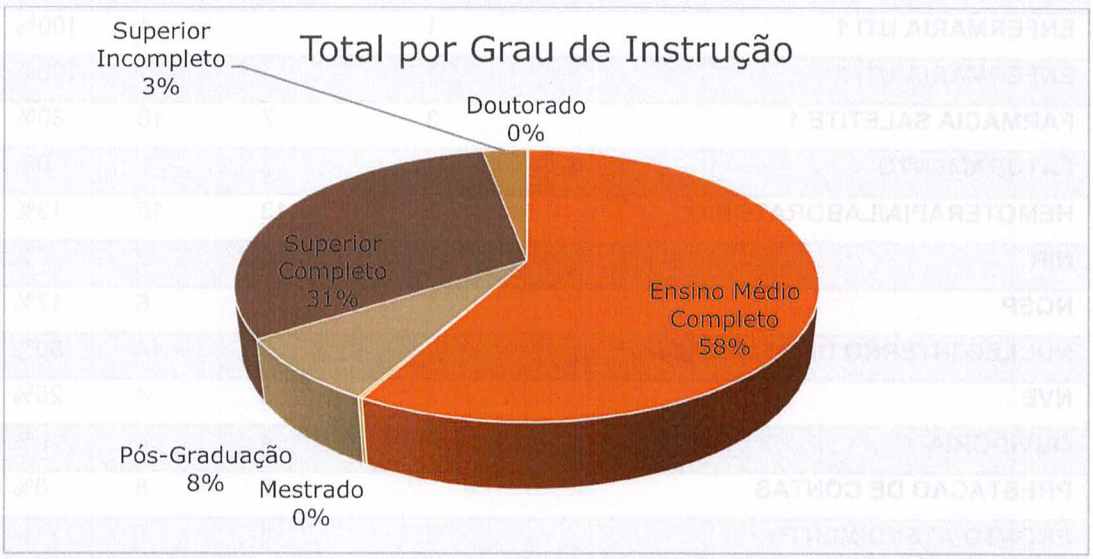
Setores	NÃO RESPONDERAM	SIM RESPONDERAM	Total Geral	% não	%sim
AGENCIA TRANSFUSIONAL	2		2	100%	0%
ALMOXARIFADO E PATRIMONIO	4	2	6	67%	33%
AMBULATORIO	3	10	13	23%	77%
APOIO ADMINISTRATIVO		11	11	0%	100%
AUDITORIA		4	4	0%	100%
CENTRO CIRURGICO	21	58	79	27%	73%
CME	1	25	26	4%	96%
COMPRAS	1	3	4	25%	75%

CUSTOS		1	1	0%	100%
DIRETORIA	1		1	100%	0%
ENFERMAGEM		1	1	0%	100%
ENFERMAGEM 3ºANDAR	1		1	100%	0%
ENFERMAGEM PRONTO ATENDIMENTO	21	80	101	21%	79%
ENFERMAGEM UTI 2	8	48	56	14%	86%
ENFERMAGEM UTI 3	8	54	62	13%	87%
ENFERMAGEM UTI 4	3	27	30	10%	90%
ENFERMAGEM UTI I	12	33	45	27%	73%
ENFERMARIA CENTRO CIRURGICO		1	1	0%	100%
ENFERMARIA PRONTO ATENDIMENTO	3		3	100%	0%
ENFERMARIA QUARTO ANDAR	15	69	84	18%	82%
ENFERMARIA SEGUNDO ANDAR	10	71	81	12%	88%
ENFERMARIA TERCEIRO ANDAR	15	64	79	19%	81%
ENFERMARIA UT1 4	1		1	100%	0%
ENFERMARIA UTI 1	1		1	100%	0%
ENFERMARIA UTI 2	1		1	100%	0%
FARMACIA SALETITE 1	3	7	10	30%	70%
FATURAMENTO		7	7	0%	100%
HEMOTERAPIA/LABORATORIO	2	13	15	13%	87%
NIR		2	2	0%	100%
NQSP	1	5	6	17%	83%
NUCLEO INTERNO DE REGULACAO	7	7	14	50%	50%
NVE	1	3	4	25%	75%
OUVIDORIA		4	4	0%	100%
PRESTACAO DE CONTAS		8	8	0%	100%
PRONTO ATENDIMENTO	1	6	7	14%	86%
RADIOLOGIA	2	28	30	7%	93%
RECEPÇÃO		1	1	0%	100%
RH		6	6	0%	100%
SAME	1	2	3	33%	67%
SCIRAS		8	8	0%	100%

SERVICO DE CURATIVO		3	3	0%	100%
SESMT	1	9	10	10%	90%
SUPORTE ASSISTENCIAL		2	2	0%	100%
T.I.	2	7	9	22%	78%
TRANSPLANTE		1	1	0%	100%
VACINA		2	2	0%	100%
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	12	114	126	10%	90%
FARMACIA	25	50	75	33%	67%
ENSINO E PESQUISA	1	15	16	6%	94%
Total Geral	**191**	**872**	**1063**	**18%**	**82%**

ANÁLISE POR GRAU DE INSTRUÇÃO

Analisando a amostra de 1063 colaboradores podemos notar em destaque que 31% tem Superior Completo, e 3% Superior Incompleto, sendo assim nas ações de Ensino e Pesquisa, buscamos o incentivo via DPP, para que colaboradores retomem seus estudos.



ANÁLISE POR FAIXA SALARIAL

Analisando a amostra de 1063 colaboradores, podemos notar em destaque que 83% tem Faixa Salrial entre R$2000 e R$4500, e que 5% superior a R$4500, o que está relacionado com Grau de Instrução exigido por cargos, inclusive.



Responsável

Gerência de Recursos Humanos.

RELATÓRIO FINAL POR PERÍODO AVALIATIVO

Deverá ser encaminhado relatório final à Diretoria Geral da unidade e solicitação de advertências aos colaboradores que não realizaram a avaliação no período avaliativo.

Finalidade

Responsabilização pelo não cumprimento da avaliação.

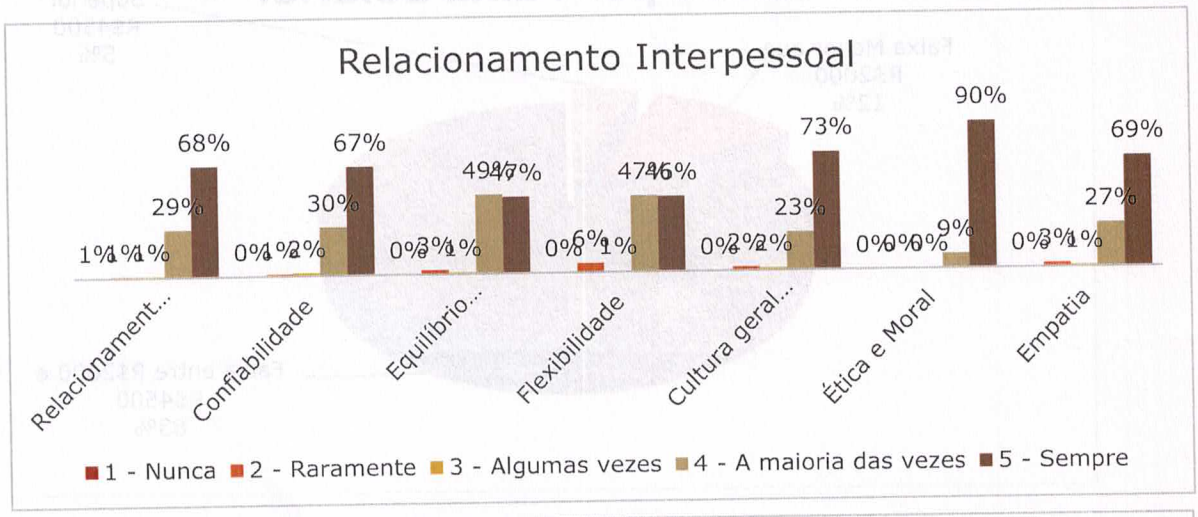
Metodologia

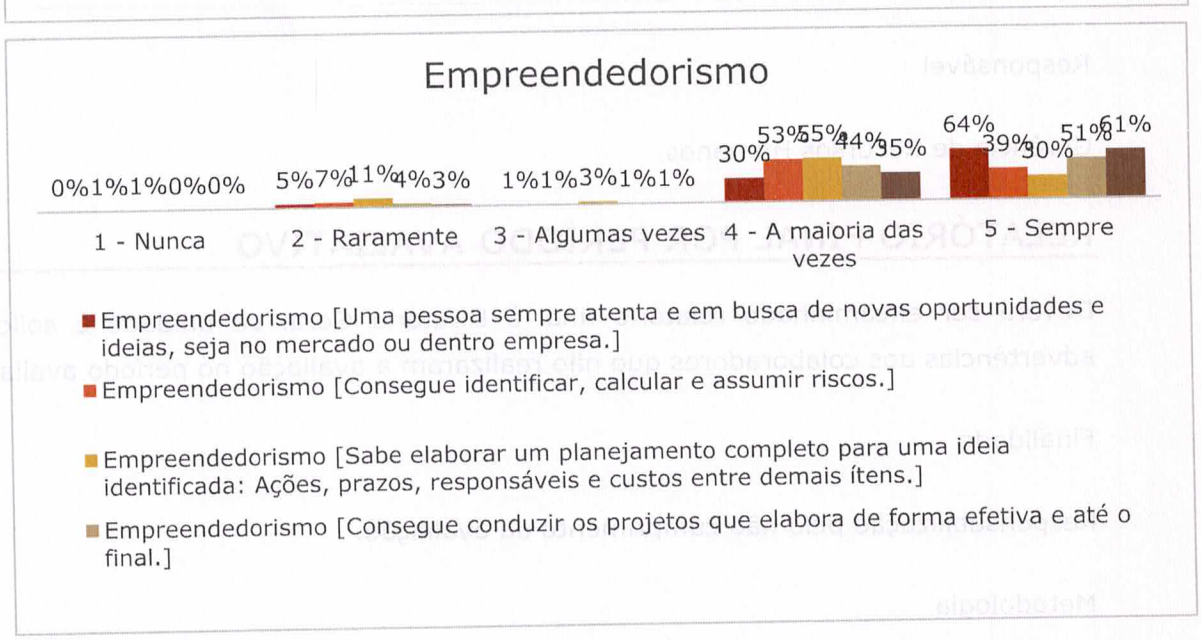
Encaminhamento de relatório final à Diretoria Geral da unidade para as intervenções necessárias.

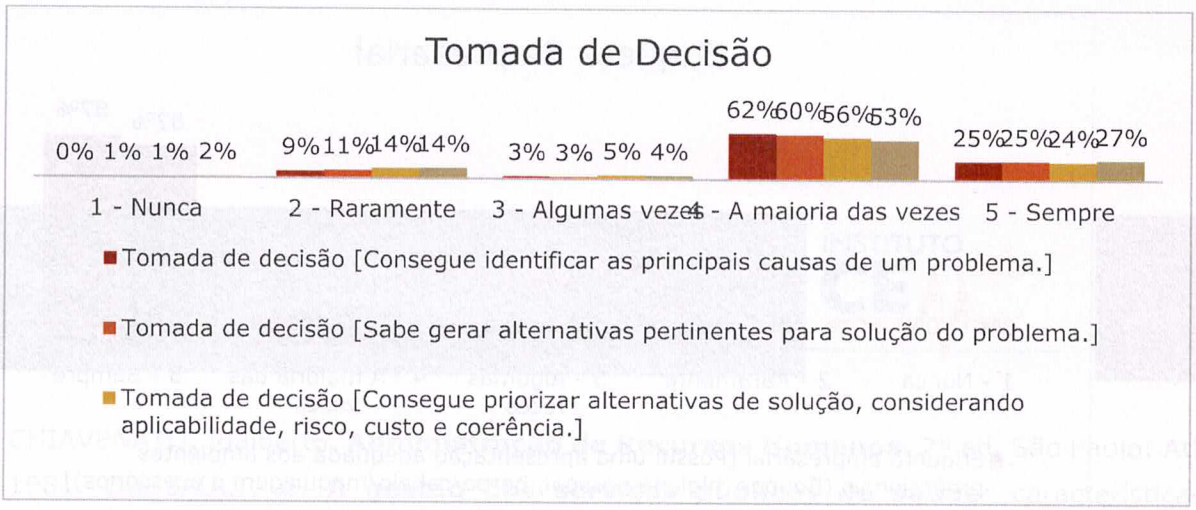
Responsáveis

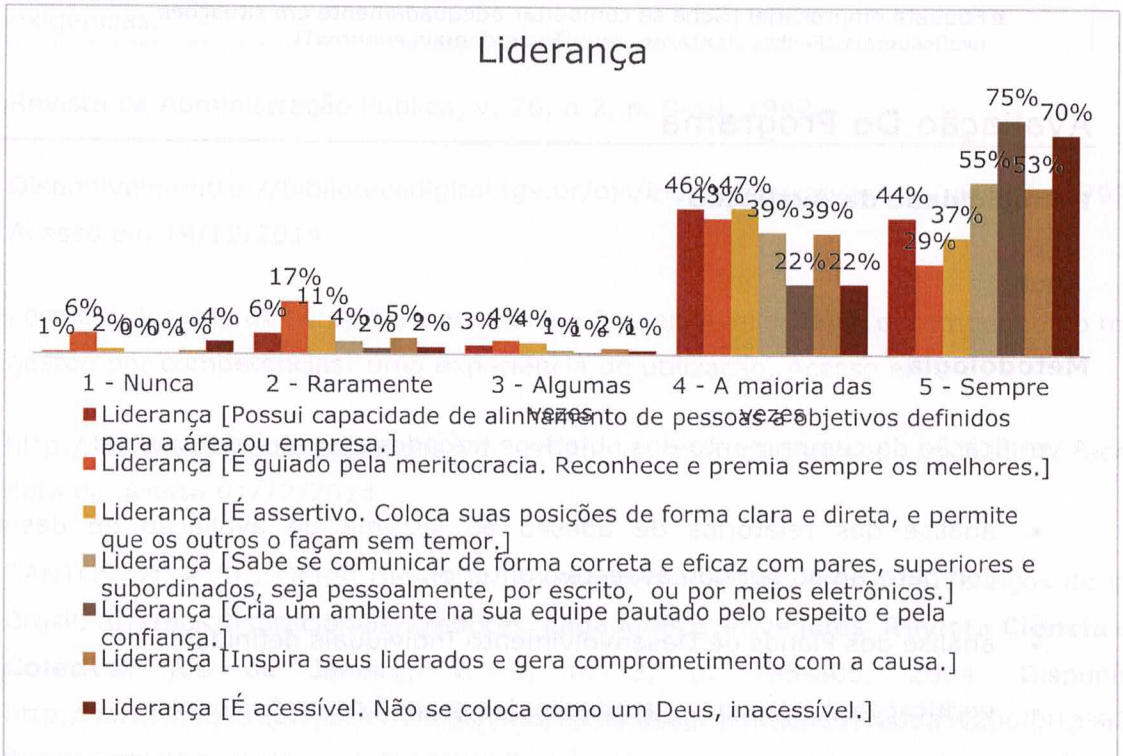
Gerência de Recursos Humanos e Diretoria Geral da unidade.

DEMONSTRAÇÃO DE RELATÓRIO FINAL POR PERÍODO AVALIATIVO






Tomada de Decisão
0% 1% 1% 2%
9% 11% 14% 14%
3% 3% 5% 4%
62% 60% 56% 53%
25% 25% 24% 27%
1 - Nunca
2 - Raramente
3 - Algumas vezes
4 - A maioria das vezes
5 - Sempre
Tomada de decisão [Consegue identificar as principais causas de um problema.]
Tomada de decisão [Sabe gerar alternativas pertinentes para solução do problema.]
Tomada de decisão [Consegue priorizar alternativas de solução, considerando aplicabilidade, risco, custo e coerência.]


Liderança
1% 6%
2% 0%
0% 1%
4% 6%
17% 11%
4% 2%
5% 2%
3% 4%
4% 1%
1% 2%
1% 46%
43% 47%
39% 39%
22% 22%
44% 29%
37% 55%
75% 53%
70%
1 - Nunca
2 - Raramente
3 - Algumas vezes
4 - A maioria das vezes
5 - Sempre
Liderança [Possui capacidade de alinhamento de pessoas a objetivos definidos para a área ou empresa.]
Liderança [É guiado pela meritocracia. Reconhece e premia sempre os melhores.]
Liderança [É assertivo. Coloca suas posições de forma clara e direta, e permite que os outros o façam sem temor.]
Liderança [Sabe se comunicar de forma correta e eficaz com pares, superiores e subordinados, seja pessoalmente, por escrito, ou por meios eletrônicos.]
Liderança [Cria um ambiente na sua equipe pautado pelo respeito e pela confiança.]
Liderança [Inspira seus liderados e gera comprometimento com a causa.]
Liderança [É acessível. Não se coloca como um Deus, inacessível.]

Etiqueta Empresarial

Política De Recursos Humanos

OBJETIVOS

- Atrair e reter talentos com programas de reconhecimento e valorização interna promovendo a satisfação pessoal e profissional.
- Apoiar e facilitar os processos de mudança organizacional e de gestão de pessoas otimizando o crescimento organizacional.
- Apoiar a equipe gerencial orientando, desenvolvendo e acompanhando os processos de gestão de pessoas sempre com o foco no direcionamento estratégico corporativo.
- Promover a capacitação e o treinamento dos colaboradores, preparando-os para alcance efetivo dos resultados organizacionais, buscando construir uma instituição de alta performance e socialmente responsável.
- Garantir condições adequadas de saúde e segurança dos colaboradores visando o seu bem-estar pessoal e profissional

ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DE PESSOAL

Acreditamos que é preciso garantir que todas as pessoas que fazem parte da empresa, independentemente do cargo que ocupem, sigam alguns valores, que pautem suas atitudes e comportamentos, para a realização de um trabalho de excelência e uma convivência harmoniosa entre todos.

O capital humano tem sido cada vez mais valorizado pelas organizações, pois elas entenderam que devem oferecer o suporte necessário para que essas pessoas desenvolvam novas aptidões e aperfeiçoem características que já possuem.

As pessoas dentro das organizações que tiverem oportunidade de progressão, vão poder dar o melhor de si, originando resultados positivos para a empresa em questão.

De uma forma geral, mudanças acontecem o tempo todo, nos negócios não é diferente. Diante disso, a área de Gestão de Pessoas tem como uma de suas principais funções aperfeiçoar constantemente, não só as suas ações, mas também os processos organizacionais internos, para que assim os colaboradores estejam sempre preparados para

Dentro de uma empresa é preciso que haja sempre coesão entre as ações de todos os departamentos e equipes que a compõem. Este processo é essencial, pois é através dele, ou seja, desta integração, que se torna possível preparar os profissionais, bem como a organização como um todo, para trabalhar com excelência e, assim, atingir as metas e objetivos propostos.

Uma boa gestão dos elementos de uma organização causa um crescimento contínuo, onde todos contribuem para um ambiente de eficiência e eficácia.

De outro lado, a gestão de pessoas no setor público possui algumas particularidades. Ao contrário do que acontece no setor privado, onde o gestor pode contratar indivíduos que apresentem características vantajosas para a organização, no setor público, a lei exige que as contratações sejam feitas mediante concursos públicos.

É por esse motivo que no âmbito do setor público ações de desenvolvimento profissional são cruciais, pois os elementos podem aprender a progredir na carreira, e não aprendem só a cumprir as suas funções atuais de forma mais eficaz.

A área de gestão de pessoas tem a responsabilidade de exercer práticas de gerenciamento, planejamento, avaliação e recompensas, criando e mantendo um ambiente profissional e positivo na organização.

Por se tratar de uma unidade onde haverá empregados com vínculo público e celetistas, a gestão das pessoas se baseará na valorização da pessoa, posto que a valorização e ascensão profissional estarão vinculadas ao quadro de carreira, no caso do colaborador estatutário.

A QUALIDADE DA GESTÃO

A melhoria da Qualidade da Gestão será desenvolvida no fortalecimento da Governança com a instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuada com a Gestão Estadual e com o controle social.

Compreende:

- Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde;
- Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças em direção às Redes de Atenção à Saúde;
- Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos;
- Estabelecer estratégia para o desenvolvimento e formação de Recursos Humanos.

Outro aspecto relevante é a confiança dos trabalhadores que se evidenciará pela possibilidade de realizar a prestação do serviço dentro de um ambiente satisfatório, com o amparo de insumos e equipamentos suficientes para a realidade local para a realização da atividade profissional, sem riscos para as partes, bem como com a segurança institucional de validação das ações.

A construção de um bom clima organizacional perpassa tanto as condições físicas e operativas, quanto as condições psicologias do ambiente de trabalho.

O apoio da sociedade se conquista a partir de um relacionamento franco, o que implica na qualidade da prestação do serviço.

Esta ação se dará por meio da identificação das necessidades locais e pelo desenvolvimento de ações e campanhas voltadas para o interesse social, demonstrando que o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO integra a cidade de APARECIDA DE GOIÂNIA/GO, contribuindo efetivamente no encaminhamento da solução de seus problemas.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

A unidade contará com O INSTITUTO CEM para identificar perfis e competências profissionais necessários à recomposição e/ou ampliação de quadros para rede municipal de saúde, de acordo com as exigências e determinações legais. Dependendo das necessidades e das disposições da saúde municipal, faremos a seleção de profissionais, a partir dos objetivos e da concepção da gestão municipal. A situação local definirá o melhor critério de seleção (viável e satisfatório); a remuneração deve ser objeto da política municipal aplicável em cada caso. Os desligamentos/demissões são sempre norteados por critérios técnico-administrativos, conforme legislação vigente.

FORMAÇÃO CONTINUADA

O INSTITUTO CEM se responsabiliza pela qualificação dos quadros que selecionar. Tal processo apresenta um conjunto de atividades capazes de contribuir para o atendimento das necessidades mais imediatas e garantir a capacidade resolutiva das equipes.

Diante da necessidade de manter os processos de educação permanente, também realizamos, no cotidiano dos serviços, outras atividades de qualificação não formalmente constituída em cursos ou treinamentos e igualmente relevantes. Realizamos, nas rotinas de trabalho, orientações e supervisão de atividades, dirigidas a especificidades técnicas de cada área profissional, de modo a ajudar na capacitação em serviço da oferta de atendimento de qualidade à população.

13.2.4.1 Protocolo De Recursos Humanos

PREENCHIMENTO FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Versão nº** **Revisão nº:**	**Cópia Controlada**
Preenchimento formulário de requisição movimentação de pessoal	Data:	POP.DDRH.
1. OBJETIVO		
Descrever Processo para preenchimento do formulário de Requisição/Movimentação de Pessoal.		
2. REFERÊNCIA		
Não se aplica.		

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos os setores do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás	Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Formulário de movimentação de pessoal;**

6. DEFINIÇÕES

Fluxograma no anexo.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1. NO CAMPO REQUISIÇÃO/MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAS

Nos casos de Movimentação/Requisição de Pessoal, o Solicitante, munido do formulário, deverá preencher os campos conforme segue:

Setor : colocar a área que requer a abertura da vaga;

Requisitante será a pessoa responsável pela solicitação de preenchimento da vaga, com assinatura e carimbo;

Ata da solicitação: é a data que a solicitação está sendo entregue ao setor de RH;

Cargo solicitado: deverá ser preenchido o nome do cargo que será exercido pelo futuro colaborador;

Data sugerida para início deve indicar em quanto tempo o setor terá a necessidade do colaborador no posto de trabalho;

Motivo da Contratação por Substituição : deverá indicar exatamente o porquê da contratação deste novo colaborador, com as opções: Desligamento (Caso a abertura da vaga se dê por desligamento de outro colaborador); Troca de setor (Quando a abertura da vaga aconteceu porque o colaborador que ocupa a vaga, atualmente, irá ser remanejado para outro departamento dentro da unidade); Estágio (Contratação com vínculo de estágio), Transferência (Quando a abertura da vaga aconteceu porque o colaborador que ocupa a vaga, atualmente, irá ser transferido para outra unidade); Promoção (Quando a abertura da vaga acontece porque o colaborador que ocupa a vaga, atualmente, teve uma promoção) ou Outros" quando o motivo não se encaixar em nenhuma das opções acima. O campo de Substituição deverá ser preenchido nos casos de Desligamento, informando qual colaborador será/foi desligado e em Desligado em" colocar a data de desligamento do colaborador.

Motivo da Contratação por AUMENTO DE QUADRO deve ser descrito o motivo pelo qual o solicitante está requerendo um aumento de pessoal no seu setor, justificando nas linhas disponibilizadas no formulário, na sequência e verso.

Salário Insalubridade e Jornada de trabalho solicitar auxílio ao Departamento Pessoal sobre salário bruto, insalubridade e carga horária, em seguida, proceder preenchimento;

Sexo, Idade e Escolaridade informar de acordo com o pré-requisito da função desejada;

O Departamento de Gestão de Pessoas deverá dar continuidade ao preenchimento do formulário, conforme segue:

Solicitação atendida com preencher:

Data oficial de Admissão inserir data de início das atividades no setor solicitante do candidato/colaborador;

Contratação de ou Movimentação de sinalizar se vaga foi preenchida via contratação de candidato ou com movimentação de colaborador interno, após informar nome do candidato mediante contratação ou colaborador mediante movimentação;

Processo seletivo nº se contratação, preencher o campo com número do processo seletivo;

De e Para preencher campo de "apontando setor de origem do colaborador e para" setor de destino;

7.2. NO CAMPO ALTERAÇÃO SALARIAL DE PESSOAL

Nos casos de alteração salarial de Pessoas o Solicitante, munido do formulário, deverá preencher os campos conforme segue:

Setor colocar a área que requer a alteração salarial;

Requisitante será a pessoa responsável pela solicitação de alteração salarial;

Data da solicitação é a data que a solicitação está sendo entregue ao setor de RH;

Nome colocar o nome do colaborador para qual será solicitado o reajuste;

A partir de preencher com a data desejada para reajuste;

Motivo sinalizar motivo para solicitação de alteração salarial: Promoção (colaborador foi promovido a uma outra função); Troca de setor (Colaborador irá para um novo setor no qual receberá salário diferente); Mudança de nível (Mudança de nível salarial dentro da tabela de cargos e salários); Aumento (Quando solicitado aumento salarial).

Promovido para o cargo preencher nos casos de promoção com indicação do cargo desejado;

Salário atual; Salário proposto; Insalubridade atual e Insalubridade proposta solicitar auxílio ao Departamento Pessoal sobre valores do salário bruto e insalubridade, em seguida proceder preenchimento;

7.3. NO CAMPO DESLIGAMENTO DE PESSOAL

O solicitante do desligamento, munido do formulário, deverá preencher os campos conforme segue:

Setor colocar a área que requer o desligamento;

Requisitante será a pessoa responsável pela solicitação de desligamento;

Data da solicitação é a data que a solicitação está sendo entregue ao setor de RH;

Nome completo e Cargo preencher os dados do colaborador;

Iniciativa do empregado deve ser preenchido quando o motivo do desligamento se dê por pedido do colaborador;

Iniciativa do empregador deve ser preenchido quando o motivo de desligamento se dê por iniciativa da empresa;

Justa causa preenchido quando o desligamento se dê por justa causa;

Sem justa causa preenchido quando o desligamento se dê sem justa causa;

Escore de avaliação de desempenho deve ser incluída a nota da última avaliação de desempenho;

Data do desligamento deve ser preenchida a data em que o desligamento ocorrerá;

7.4. NO CAMPO ENCAMINHAMENTO

O solicitante deverá recolher assinaturas dos responsáveis (Coordenação e Diretor da Área) e o Diretor de Área deverá colher a assinatura do Diretor Geral. Em seguida, o solicitante deverá encaminhar ficha para o DDRH e realizar alinhamento sobre a necessidade da movimentação.

DDRH encaminhará o formulário para o RH e RH deverá validar e recolher assinatura da Coordenação Regional.

7.5. NO CAMPO OBSERVAÇÕES GERAIS

O solicitante deverá detalhar o porquê e como se deu a tomada de decisão pelo setor nos casos de Desligamento, Abertura de vaga ou Alteração salarial. Nos casos de Requisição de Pessoal, também podem ser incluídos neste campo dados como especificações da vaga, perfil técnico e comportamental desejado, escala, etc.

7.6. NO CAMPO PARECER DO RECURSOS HUMANOS

Setor de Gestão de Pessoas irá emitir parecer de acordo com aquilo que foi alinhado com o solicitante e dirá qual a quantia estará liberada para a solicitação desejada, em seguida, em **Previsão de desembolso** preencher o

orçamento a ser liberado para atendimento à solicitação e Data preencher data do parecer do Departamento de Gestão de Pessoas.

7.7. NO CAMPO PARECER FINANCEIRO

Setor Financeiro deverá preencher sem dotação orçamentária caso não exista possibilidade da liberação do orçamento indicado e Dotação orçamentária prevista para caso haja a possibilidade de liberação, indicando a data posteriormente.

7.8. NO CAMPO PARECER SUPERINTENDENTE

O Superintende deverá preencher indicando seu parecer sobre a solicitação

7.9. NO CAMPO DESPACHO FINAL/FECHAMENTO RECURSOS HUMANOS

O Departamento de Gestão de Pessoas deverá finalizar o preenchimento do formulário,

indicando os detalhes do fechamento do processo.

7.7. Tarefas Críticas/Especiais

- Não aprovação por parte da diretoria do Hospital e/ou Coordenação do INSTITUTO CEM da requisição/movimentação de pessoal.

8. INDICADORES

Não se aplica.

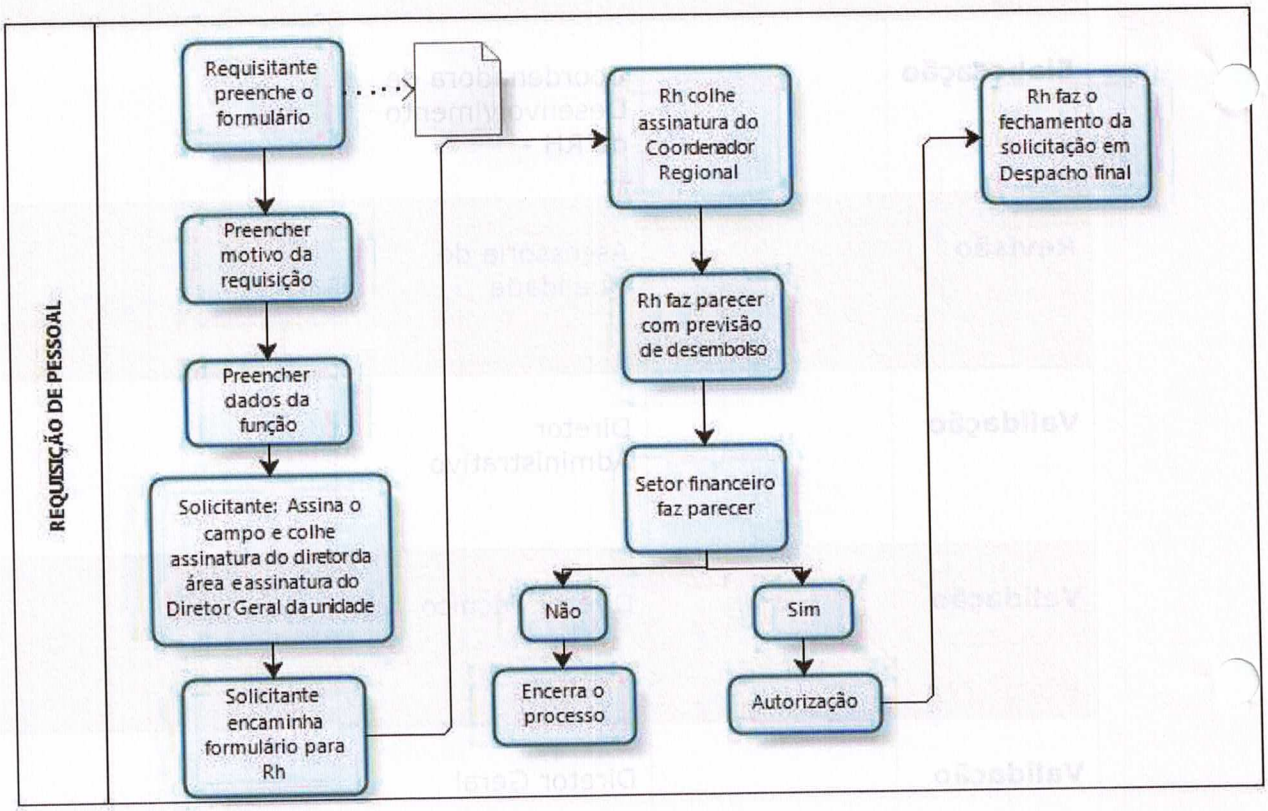
9. DOCUMENTOS DE APOIO

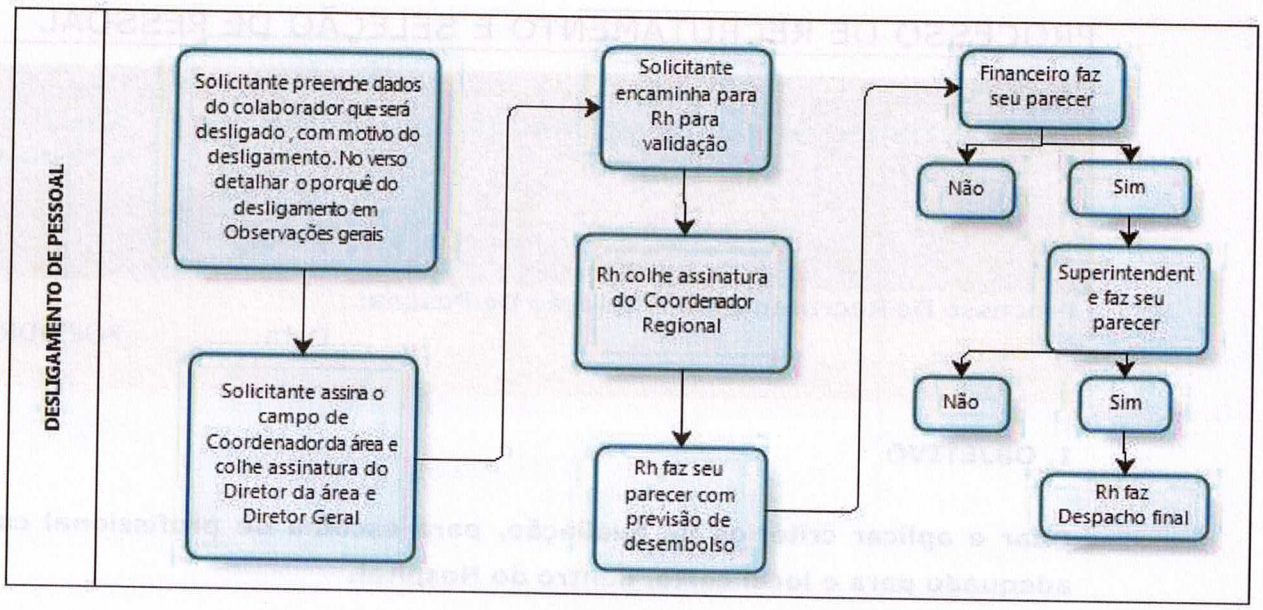
- Arquivo de documentos no dossiê do colaborador.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		
Validação		Diretor Técnico		
Validação		Diretor Geral		

11. Anexos


REQUISIÇÃO DE PESSOAL
Requisitante preenche o formulário
Preencher motivo da requisição
Preencher dados da função
Solicitante: Assina o campo e colhe assinatura do diretor da área e assinatura do Diretor Geral da unidade
Solicitante encaminha formulário para Rh
Rh colhe assinatura do Coordenador Regional
Rh faz parecer com previsão de desembolso
Setor financeiro faz parecer
Não
Encerra o processo
Sim
Autorização
Rh faz o fechamento da solicitação em Despacho final


DESLIGAMENTO DE PESSOAL
Solicitante preenche dados do colaborador que será desligado , com motivo do desligamento. No verso detalhar o porquê do desligamento em Observações gerais
Solicitante assina o campo de Coordenador da área e colhe assinatura do Diretor da área e Diretor Geral
Solicitante encaminha para Rh para validação
Rh colhe assinatura do Coordenador Regional
Rh faz seu parecer com previsão de desembolso
Financeiro faz seu parecer
Não
Sim
Superintendent e faz seu parecer
Não
Sim
Rh faz Despacho final

PROCESSO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Processo De Recrutamento E Seleção De Pessoal	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

Criar e aplicar critérios de avaliação, para escolha de profissional com perfil adequado para o local certo, dentro do Hospital.

2. REFERÊNCIA

Gestão de Pessoas, I. Chiavenato, Ed. Campus, Rio de Janeiro – RJ, 11ª tiragem, 1999. Páginas 77 a 130.

Recursos Humanos – I. Chiavenato, Ed. Atlas, edição compacta – 3ª Ed. São Paulo – SP; 1995. Páginas 175 a 292.

Código de Ética Profissional dos Psicólogos - Conselho Federal de Psicologia – 1996.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 10. 12.1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas.

3. APLICABILIDADE

Todos os setores do Hospital.

4. RESPONSABILIDADES

DDRH/DRH, Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulário para entrevista, kit completo de Teste Psicolaboral.

6. DEFINIÇÕES

PROCESSO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL:

PROCESSOS:

RECRUTAMENTO: É um processo organizacional que BUSCA pessoas para participar de um processo seletivo, tendo como finalidade atração de candidatos com requisitos adequados para possível ocupação do cargo. O recrutamento surge a partir de uma necessidade de pessoal, por acréscimo ou substituição.

Tipos de Recrutamentos:

- **Recrutamento Interno: essa modalidade tem como objetivo aproveitar o potencial humano existente no Hospital; motivar o desenvolvimento da carreira profissional e incentivar a fidelização dos colaboradores. Esse processo inicia-se com o preenchimento da RP de que a vaga será trabalhada internamente. A divulgação da vaga se dá por edital interno (anexo) elaborado e divulgado pela DDRH/DRH.**
- **Havendo candidatos inscritos: iniciar processo de Seleção Interna.**
- **Não havendo candidatos inscritos: Acionar recrutamento externo.**

Recrutamento externo: essa modalidade tem como objetivo, recrutar candidatos no mercado para suprir as vagas existentes.

- **Requisitante: RP: Requisição de Pessoal.**
- **Edital: Documento que apresenta todos os requisitos necessários ao candidato, para participar do Processo Seletivo Simplificado, com divulgação no site do Hospital.**
- **Processo Seletivo: processo que avalia candidato, através do conhecimento técnico e de aptidão,**

- **Aplicação de prova teórica: é aplicado uma prova de conhecimento técnico, formulada corrigida pelo Coordenador solicitante.**
- **Aplicação de Testes Psicológicos: são aplicados teste de atenção concentrada, assimilação cognitiva, de personalidade e de habilidades sociais.**
- **Entrevista Psicológica: instrumento utilizado para avaliar o histórico profissional, checagem de experiência profissional, comunicação escrita, verbal, estabilidade profissional e relacional.**
- **Laudo Psicológico: Instrumento que Sinaliza Habilidades: apresenta resultados, mensurados, de todos os testes, prova e entrevista individual, gerando um escores e informações relacionadas a assessoria de RH, relacionadas as descrições de cargo. O laudo é encaminhado à chefia da área, para entrevista técnica. O candidato com melhor desempenho é encaminhado ao processo de admissão, com providências de lista de documentação e exame médico.**

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1. COMPETÊNCIA

7.1.1. Compete ao Solicitante da vaga: emitir a Requisição/Movimentação de Pessoal (RP), à DDRH, conforme a necessidade do setor e dimensionamento do quadro de pessoal. Compete ainda, participar do processo seletivo, avaliando o perfil e as competências técnicas dos candidatos, após Assessoria da equipe de RH, responsável pelo Processo Seletivo

7.1.2. Compete a Diretoria, juntamente com Administradora de RH, aprovar a RP de acordo com a origem da vaga, dimensionamento do quadro, exigência técnica e condição financeira.

7.1.3. Compete ao Administrador de RH e Psicólogo Organizacional, recrutar e selecionar os candidatos mais adequados para a organização, com base nos

requisitos e no perfil exigido pelo cargo. Compete ainda, dar retorno aos candidatos, envolvidos no processo seletivo.

7.1.4. Compete ao Executor Administrativo: convocar, abastecer banco de dados, registrar estatística e elaborar planilhas de acompanhamento.

7.1.5. Compete ao Psicólogo Organizacional: aplicar instrumento de avaliação técnica e psicológica, registro e mensuração dos dados obtidos. Aplicação de testes, entrevista psicológica, dar retorno a candidatos avaliados, assessorar, tecnicamente, chefias e profissionais, quanto aos instrumentos de avaliação.

8. Tarefas Críticas/Especiais

Feedback aos candidatos.

9. INDICADORES

Absenteísmo, rotatividade de pessoal e dimensionamento de pessoal.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Ficha de Inscrição:

- **Formulário para entrevista, declaração de recebimento de informações acerca do cargo. Informações acerca do salário/benefícios; carga horária/escala e critérios de avaliação;**
- **Cadernos e folhas de respostas, de testes aprovados e validados para o Brasil. São eles: Teste de Atenção Concentrada; Teste de Assimilação Cognitiva e Teste de Habilidades**

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH		
Revisão		Assessoria de Qualidade		

TREINAMENTO E INTEGRAÇÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Versão nº** **Revisão nº:**	**Cópia Controlada**
Treinamento e Integração	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

Apresentar aos novos contratados, a instituição e normas de conduta básicas da instituição.

2. REFERÊNCIA

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE

Novos Contratados do INSTITUTO CEM e de Empresas Terceirizadas.

4. RESPONSABILIDADES

RH, DP, SESMT, SCIRAS, QUALIDADE, APOIO ADMINISTRATIVO, T.I E GESTORES

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Computador/Data Show/Microfone/Passador de slides.

6. DEFINIÇÕES

É um treinamento oferecido aos novos contratados do INSTITUTO CEM e Empresas Terceirizadas para apresentar, em linhas gerais, a instituição que irá trabalhar, sob o ponto de vista da missão, visão, valores, normas, riscos e benefícios.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Contratação: assinatura do contrato de trabalho;

O novo colaborador participa do Treinamento de Integração e após, assina o contrato de trabalho

Palestras do treinamento:

1. Analista de Desenvolvimento e Treinamento: apresenta a Instituição, os serviços e organograma;

2. Técnico de Segurança do Trabalho: apresenta o HOSPITAL;

3. Supervisora do DP: apresenta informações sobre relações trabalhistas;

4. Representante do SESMT: apresentação os serviços prestados pelo Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho;

5. Apresentação da Tecnologia da Informação: apresentação da política de acesso serviço como programas utilizados, busca do serviço e suporte;

6. Serviço de Gerenciamento de Resíduos: administração do manejo de resíduos Hospitalares;

07. Segurança do Paciente: redução de riscos, danos desnecessários, associados à assistência em saúde, até o mínimo aceitável;

7.1. Tarefas Críticas/Especiais

Não se aplica.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Lista de presença, formulário de avaliação do treinamentO, manual do colaborador.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração	Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão	Assessoria de Qualidade		
Validação	Diretor Administrativo		
Validação	Diretor Técnico		
Validação	Diretor Geral		

DESCRIÇÃO E CARGOS POR COMPETÊNCIAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Descrição e Cargos por Competências	Data:	POP.DDRH.

. OBJETIVO

Descrever as funções detalhadas, as competências técnicas e comportamentais, necessárias à execução das funções.

2. REFERÊNCIA

De acordo com Classificação Brasileira.

3. APLICABILIDADE

4. RESPONSABILIDADES

Todos os setores da instituição.

Chefes, Supervisores e Coordenadores dos setores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulário de Descrição de Cargo.

6. DEFINIÇÕES

Desenho e especificações do cargo.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificação do cargo: espaço destinado ao nome do cargo que será descrito;

- Lotação: espaço reservado ao nome do setor de lotação;

- Data da Descrição: espaço destinado a data de preenchimento da descrição;

- Unidade: nome da unidade, organização ao qual o cargo pertence;

- Descrição sumária da função: resumo das funções exercidas;

- Descrição detalhada: neste campo será descrito todas as funções executadas;

- Descrições das competências técnicas: descrição de competências, relacionadas ao conhecimento profissional;

- Requisitos de provimento: neste espaço será informado a educação formal e especialização;

- Experiência funcional: requisito mínimo para exercer função;

- Descrições das competências comportamentais: descrição de competências, relacionadas às atitudes e comportamentos;

7.1. Tarefas Críticas/Especiais

Não se aplica.

8. INDICADORES

Alinhamento dos cargos as funções.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Formulário de Descrição de Cargos.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		
Validação		Diretor Técnico		
Validação		Diretor Geral		

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Avaliação de Desempenho	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

Assessorar na organização e viabilização, logística, de cada evento, buscando a otimização e eficácia.

2. REFERÊNCIA

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE

4. RESPONSABILIDADES

Todos os setores do Hospital, que contratam profissionais. Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

6. DEFINIÇÕES

DDRH – Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos;

6.1. Conceitos:

É um processo de identificação, diagnóstico e análise do Comportamento de um profissional, dentro de um intervalo de tempo, considerando seu conhecimento teórico, técnico e sua relação com seus parceiros de trabalho;

Política – Alinhar as ferramentas de Gestão de Pessoas, para diagnosticar e acompanhar o desenvolvimento profissional individual, a produtividade e a eficiência do trabalho;

Plano – Projeto Gestão de Pessoas.

Norma - Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios, características e regras sobre atividades e/ou produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.

Procedimento Operacional Padrão ou Procedimento Gerencial - É o documento que contém a descrição do conjunto de técnicas das atribuições, atividades e responsabilidades inerentes a um processo. Nele especifica-se a forma de executar uma tarefa, organizando as atividades e responsabilidades do COMO FAZER", visando estabelecer e fixar rotinas, atividades ou instruções de trabalho através de procedimentos, estabelecendo uma linha de sequência lógica e dinâmica. Também são conhecidos como POP (Procedimento Operacional Padrão) ou PG (Procedimento Gerencial).

Protocolo – De 6 em 6 meses, a DDRH encaminha às chefias, formulário de Avaliação de Desempenho Profissional Individual encaminhado para a DDRH, onde é entrevistado pela coordenadora da DDRH;

6.2. Composição de Documentos:

I. Formulário de Avaliação de Desempenho Individual: identifica e avalia o desempenho do profissional no trabalho, sobre os seguintes indicadores:

- Frequência; Comportamento;

- Produtividade e Qualidade do Trabalho;

1- Objetivo – Acompanhar o desenvolvimento do profissional no desempenho do trabalho, periodicamente;

2- Referência – item que informa as referências externas (bibliografias, estudos, manuais, etc., de Instituições e Órgãos competentes ao assunto). Assim como

referências internas (documentos normativos, podendo ser políticas, planos, normas e protocolos clínicos);

3- Aplicabilidade – todos os profissionais recém contratados;

4- Responsabilidade – Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos – DDRH/ Coordenadoria; chefias e Diretores.

5- Materiais Necessários – Computador, impressora e papel;

6- Definição – Avaliação de Desempenho, no Período de Experiência: se refere aos primeiros 45 dias de admissão e mais 45 próximos seguintes. Este período, o profissional e avaliado, na prática, quanto ao seu desempenho;

7- Descrição do Procedimento – Fluxograma;

7.7- Tarefas Crítica/Especiais – serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento;

8- Indicadores – Frequência/Pontualidade; Qualidade no Trabalho; Relacionamento interpessoal e de equipe;

9- Documentos de Apoio:

- Formulário de Avaliação de Desempenho: identifica e levanta dados que possibilitam acompanhar o desempenho do profissional no trabalho;

Importante: Os anexos e/ou apêndices devem estar citados no campo Documentos de Apoio, bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

10- Controle de Revisões Efetuadas – tabela com data e motivo das revisões ocorridas.

6.3. Ciclo de Aprovação

Elaboração – Novembro de 2019;

Revisão – Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Revisão da DDRH – DDRH –;

Aprovação – Após a revisão da DDRH –;

Finalização:

Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento.

Caso algum documento necessite alteração antes do prazo de validade, será criada uma nova versão com o motivo dessa criação, podendo ser: documento digitado fora da norma zero, erros de ortografia, nova rotina implantada, novo anexo ou informações na referência, etc.

No momento da criação de uma nova versão, a antiga fica disponível em uma pasta de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

6.4. Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá:

1. Plano - 01 ano

2. POP / PG / Norma / Política / Protocolo Clinico - 02 anos

Observação: O documento poderá ser alterado antes desse período sempre que houver alteração de rotina, legislação, anexo, etc., conforme descrito no item ciclo de aprovação.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 Fonte do corpo do documento:

O corpo de texto de todos os documentos deverá ser elaborado na Fonte ARIAL NORMAL, Tamanho 12. Mudanças na formatação e no tamanho desta fonte em lugares específicos serão especificadas a seguir.

7.2 Formatação da impressão dos documentos:

Os documentos devem ter suas páginas configuradas para impressão no seguinte padrão: Papel A4, margem superior 6 cm, inferior 4 cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm e rodapé 2 cm.

7.3 Cabeçalho do documento Todos os documentos tais como: políticas, planos, procedimentos, normas e protocolos do Hospital, tem a logo da instituição no cabeçalho.

7.4. Tarefas Críticas/Especiais

Conseguir avaliação de desempenho fidedigna a realidade.

8. INDICADORES Necessidade de treinamento.

9. DOCUMENTOS DE APOIONão se aplica.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		

AFASTAMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS DE APRENDIZAGEM

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Afastamento para Participação em Eventos de Aprendizagem	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

Analisar e viabilizar autorização para afastamento, para profissionais que participam de evento técnico/científico, fora da instituição.

2. REFERÊNCIA

Manual interno com critérios de liberação.

3. APLICABILIDADE

4. RESPONSABILIDADES

Todos os profissionais do Hospital.Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Diretores e Coordenadores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulários de autorização da chefia imediata, comprovante de inscrição, documento Interno que regulamenta os critérios de afastamento para participação em eventos de aprendizagem e computador.

6. DEFINIÇÃO

O formulário é apresentado com o seguinte conteúdo:

Identificação do profissional que solicita o afastamento com nome, cargo e setor que trabalha;

Nome, período e local do evento de aprendizagem;

Campo reservado a chefia imediata para o parece, justificativa e data;

Parecer dos recursos humanos, após verificação, em planilha, se o profissional requisitou afastamento para outro evento.

A liberação para participação, em eventos de aprendizagem, segue critérios de controle que levantam e registram os seguintes itens, que liberará o profissional sem receber faltas no trabalho:

Autorização da chefia imediata, sem prejuízo para o trabalho;

Participação em um evento por ano;

Ter o conteúdo do evento relacionado ao trabalho executado;

Pedido realizado com 15 dias de antecedência.

7. Tarefas Críticas/Especiais

Avaliação de uma solicitação no ano.

8. INDICADORES

Porcentagem de participação de eventos de aprendizagem.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Formulário para autorização de participação em evento.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		

SAÚDE BEM-ESTAR DO TRABALHADOR

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Versão nº** **Revisão nº:**	**Cópia Controlada**
Saúde bem-estar do trabalhador	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

- Descrever as ações e atividades humanizadas que estão contidas no Programa de Saúde e bem-estar do trabalhador.

2. REFERÊNCIA

- Política Nacional de Humanização e outras afins.

3. APLICABILIDADE

4. RESPONSABILIDADES

Todos os colaboradores, pacientes e acompanhantes do Hospital.

Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Extensão elétrica

Formulários

Máquina para cortar cabelo

Jalecos

Termo de compromisso

Ficha – Termo de Adesão ao Trabalho Voluntário

Ficha de Inscrição do voluntário.

6. DEFINIÇÕES

- O programa saúde e bem-estar do Trabalhador visa promover alívio do estresse, bem-estar e a manutenção do equilíbrio biopsicossocial dos colaboradores.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1. De acordo com a Lei nº9.608 de 18/02/1998, serviço voluntário é a atividade não remunerada prestada por uma pessoa física a entidade pública de qualquer natureza de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, recreativos, científicos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Todas as ações desenvolvidas no HOSPITAL são realizadas com voluntários exceto o Projeto Hoje.

Acontece em dois formatos: Indicação e Desenvolvimento autônomo.

7.2. INDICAÇÃO

7.2.1 A indicação ao DDRH é feita por colaborador do Hospital, pacientes e acompanhantes.

7.2.2 Contato telefônico com a coordenação do grupo (musical, contador de histórias) e/ou cantor(a) solo ou instrumentista.

7.2.3 Por telefone, faz-se uma apresentação sucinta do programa ao coordenador e/ou solista e convida para conhecer a Unidade Hospitalar.

7.2.4 Convite aceito, marca-se dia e horário para visita.

7.2.5 Nesta visita é feita uma apresentação ampla e detalhada do programa.

7.2.6 Após a visita o voluntário confirma ou não a sua participação.

7.2.7 Se sim, é apresentado o cronograma de atividades.

7.2.8 De acordo com a disponibilidade do voluntário fica agendado o dia e horário da apresentação.

7.2.9 Todos voluntários, em suas apresentações, são acompanhados por um colaborador da DDRH.

7.3. Desenvolvimento autônomo

7.3.1 É realizada nas secretarias de cultura (municipal e estadual), grupos, clubes, associações, ONGs e afins, ações que correspondam com o perfil do Hospital.

7.3.2 Quando necessário envia-se e-mail e/ou ofício da diretoria.

7.3.4 Por telefone, faz-se uma apresentação sucinta do programa ao coordenador e/ou solista e convida para conhecer a Unidade Hospitalar.

7.3.5 Convite aceito, marca-se dia e horário para visita.

7.3.6 Nesta visita é feita uma apresentação ampla e detalhada do programa.

7.3.7 Após a visita o voluntário confirma ou não a sua participação.

7.3.8 Se sim, é apresentado o cronograma de atividades.

7.3.9 De acordo com a disponibilidade do voluntário fica agendado o dia e horário da apresentação.

7.3.10 Todos voluntários, em suas apresentações, são acompanhados por um colaborador da DDRH.

7.4. PAE – Programa de Assistência Espiritual

7.4.1 Pede-se que o voluntário participe do curso de voluntariado promovido pelo Centro Goiano de Voluntários/Organização das Voluntárias de Goiás), uma vez que esse voluntário está presente semanalmente no Hospital.

7.4.2 É repassado ao voluntário, telefones de contato (por escrito) da OVG para agendar o dia do curso.

7.4.3 Após o curso, o voluntário retorna ao HOSPITAL para preencher o Termo de Adesão ao Trabalho Voluntário, ficha de inscrição do Voluntário(a), munidos de:

- Carteira de identidade, comprovante de endereço, 2 fotos 3x4.

7.5. Tarefas Críticas/Especiais

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

- Arquivo de documentos no dossiê do colaborador.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH		
Revisão		Assessoria de Qualidade		

ENTREVISTA E DESLIGAMENTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Versão nº** **Revisão nº:**	**Cópia Controlada**
Entrevista e Desligamento	Data:	POP.DDRH.
1. OBJETIVO		

Registrar o desligamento, os motivos, o clima organizacional e o ambiente de trabalho. Além de ser um instrumento que auxilia na formação de diagnóstico de rotatividade e movimentação.

2. REFERÊNCIA

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE

4. RESPONSABILIDADES

Os profissionais desligados do INSTITUTO CEM .

Chefes DDRH, Supervisores e Coordenadores dos setores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulário de Entrevista.

6. DEFINIÇÕES

Ferramenta que possibilita acesso a informações acerca do nível de satisfação do profissional no ambiente de trabalho, relacionamento interpessoal e outros dados capazes de ajudar no diagnóstico organizacional.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Desligamento: por pedido do profissional ou a pedido do empregador;

Após a efetivação do processo de desligamento, o profissional é encaminhado a Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, onde é entrevistado por uma Psicóloga.

7.1. Tarefas Críticas/Especiais

Quando o profissional se recusa a ser entrevistado após a demissão.

8. INDICADORES Rotatividade por setor e na organização.

9. DOCUMENTOS DE APOIO **Formulário para a entrevista.**

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		

13.3 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.

13.3.1 Regulamento Dos Procedimentos Para Recrutamento, Seleção E Contratação De Pessoal

Art. 1º Esse Regulamento tem por finalidade estabelecer os procedimentos que serão adotados pelo INSTITUTO CEM , pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade econômica, inscrito no CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37, qualificado como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás pelo DECRETO Nº 9.184, DE 12 DE MARÇO DE 2018, em cumprimento ao art. 17, da Lei nº 15.503/05, torna público o presente Regulamento para o recrutamento, a seleção e a contratação de pessoal, bem como caracterizar e definir os procedimentos padrão, identificando e conceituando os recursos a serem utilizados.

§1º As normas estabelecidas nesse Regulamento serão aplicadas exclusivamente no âmbito das relações estabelecidas nos Contratos de Gestão celebrados com Estado de Goiás, e serão regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

§2º Os procedimentos especificados por esse Regulamento serão regidos pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade boa-fé, isonomia, julgamento objetivo, eficiência e probidade e, bem ainda, pela adequação aos objetivos do INSTITUTO CEM .

§3º É vedada, nos termos da Lei Federal nº 9.029/95, a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de proteção ao menor previstas no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal.

§4º Os procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal serão realizados pela área de Recursos Humanos do INSTITUTO CEM , por meio de técnicas e pessoal capacitado, facultada a realização por terceiro interposto, total ou parcialmente, obedecidos em quaisquer casos os procedimentos estabelecidos nesse Regulamento.

Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Recrutamento: toda atividade desenvolvida com o intuito de atrair candidatos interessados ao preenchimento de cargo, a partir de uma vaga com perfil e necessidade previamente definidos.

II. Recrutamento externo: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos externos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

II. Recrutamento interno: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

III. Recrutamento misto: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos e externos, potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

IV. Cargo: composição de todas as atividades desempenhadas pelo profissional empregado que podem ser englobadas em um todo unificado e que figura em certa posição formal do organograma da empresa.

V. Função: conjunto de tarefas ou de atribuições, sistemáticas e reiteradas.

VI. Triagem: Análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no formulário de cadastro do currículo e os requisitos publicados da vaga.

VII. Seleção: toda atividade desenvolvida para a escolha, dentre os candidatos triados, do profissional que melhor atende aos requisitos da vaga de trabalho oferecida.

VIII. Pessoal: todos os profissionais que desempenham atividade vinculada aos objetivos da Instituição, com vínculo empregatício direto, não terceirizado.

IX. Remanejamento: movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, no mesmo cargo.

X. Promoção: alteração de cargo ou função, em linha ascendente, do profissional já empregado da Instituição, que, tendo participado de processo seletivo, for selecionado para novo cargo ou função.

Art. 3º A Gerência Corporativa de Recursos Humanos será a responsável em orientar os procedimentos para o recrutamento e seleção de pessoal das Unidades.

Parágrafo único: A abertura do processo de recrutamento e seleção se dará mediante autorização expressa do Diretor Administrativo.

Art. 4º A contratação de pessoal se dará pelo critério de recrutamento e seleção, podendo ser externa ou mista.

Art. 5º O comunicado do recrutamento dar-se-á por meio de publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás, contendo o cargo com indicação do sítio do INSTITUTO CEM para consulta do edital com as informações adicionais acerca da vaga, com um prazo mínimo de três dias de antecedência.

Art. 6º O sítio do INSTITUTO CEM informará obrigatoriamente o cargo, o número de vagas, a carga horária, salário, benefícios, perfil básico exigido para o cargo ou função, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, o endereço e prazo para o cadastro dos currículos.

Parágrafo único: Outros meios de comunicação, além do Diário Oficial do Estado de Goiás, poderão ser utilizados sempre que a administração julgar conveniente.

Art. 7º A inscrição dos candidatos, na fase de recrutamento dar-se-á através do cadastro eletrônico do currículo, através do sítio www.institutocem.org.br.

Art. 8º A seleção dos candidatos se dará obedecendo aos critérios tecnicamente admitidos, por meio de prova escrita e análise curricular, podendo ser conjugada a outros instrumentos como, avaliação psicológica, entrevista técnica, comprovação de experiência e/ou habilitação técnica operacional, testes psicológicos, provas situacionais entre outros legalmente admitidos, desde que previamente previstos e divulgados no edital.

Art. 9º A prova escrita, de caráter classificatório e eliminatório, é a fase da seleção que consiste em aferir o candidato nas matérias de conhecimento geral e/ou vinculadas à área de trabalho em que desenvolverá o seu exercício funcional.

Parágrafo único: A prova escrita será aplicada em dia, horário e local previamente informados no sítio do INSTITUTO CEM .

Art. 10 A análise curricular, de caráter classificatório, é a fase da seleção que consiste na verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência para o cargo pretendido

Parágrafo único: A data, horário e local para entrega do currículo e dos respectivos documentos comprobatórios serão previamente informados no sítio do INSTITUTO CEM .

Art. 11 O peso para os fins de pontuação e classificação da prova escrita e da análise curricular, será expresso no respectivo edital.

Art. 12 A avaliação psicológica, de caráter eliminatório, é a fase da seleção que consiste da entrevista psicológica e/ou aplicação de testes comportamentais.

§1º Esta etapa será conduzida, obrigatoriamente, pela área responsável pela seleção, através de seu quadro de psicólogos, ou a critério da administração, através de empresa de consultoria ou profissionais da área de psicologia contratados especificamente para este fim.

§2º Após aferição dos testes aplicados e/ou entrevista psicológica, o psicólogo avaliador recomendará ou não recomendará o candidato para ocupar o cargo pretendido.

§3º A data, horário e local para a realização da avaliação psicológica serão previamente informados no sítio do INSTITUTO CEM .

Art. 13 A entrevista técnica, de caráter eliminatório, é a fase da seleção que tem por objetivo verificar as informações contidas no currículo, as habilidades do candidato, seu domínio na área pretendida, sua disponibilidade para atuar em conformidade com as exigências do cargo e determinações legais, bem como sua disponibilidade para início das atividades e condições de submeter- se aos horários estabelecidos.

Art. 14 O remanejamento de empregados é critério de preenchimento de cargos e se dar sempre mediante observação e avaliação de desempenho, autorizado pelos Diretores das Unidades, com a expressa concordância do empregado remanejado.

Parágrafo único: O remanejamento só poderá ser autorizado com a condição de não acarretar prejuízos e/ou transtornos a área de origem, nem ao empregado remanejado, ressalvado o disposto na CLT e legislação esparsa.

Art. 15 O preenchimento de função, de chefia e assessoria, previsto no organograma, por se tratar de atividades de liderança e gestão, será de livre escolha do Diretor das Unidades ou do Diretor Administrativo da Filial, observados os critérios da qualificação técnica e da fidúcia para o desempenho da função, ouvido o Recursos Humanos, e autorizado pelo Diretor Presidente.

Art. 16 Os Diretores de Unidades são de livre escolha do Conselho de Administração, observados os critérios da qualificação técnica e da fidúcia, ouvido o Diretor Presidente do INSTITUTO CEM .

Art. 17 Para os casos dos artigos 15 e 16 fica vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e Municípios, especificamente do Estado de Goiás, bem como dos Diretores e Conselheiros do INSTITUTO CEM .

Art. 18 O INSTITUTO CEM manterá, para fins de divulgação das vagas e inscrição em seus processos seletivos, um sítio na internet - www.institutocem.org.br, onde os Candidatos interessados poderão tomar conhecimento e se inscrever para os processos seletivos em aberto.

§1º Os candidatos triados para os processos seletivos em aberto deverão comparecer em dia/horário publicados no sítio do INSTITUTO CEM para participação em cada uma das etapas do Processo Seletivo.

§2º Após a publicação do comunicado de recrutamento de que trata o artigo 5º, o sítio do INSTITUTO CEM na internet será o canal de comunicação com os candidatos para todas as etapas do processo seletivo, informações gerais, comunicação de data, horário e local da realização de cada etapa do processo seletivo e suas eventuais alterações, bem como da divulgação dos resultados e convocação para cada uma das etapas.

§3º O INSTITUTO CEM poderá, a seu critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado final tenha sido publicado a menos de 6 (seis) meses para o mesmo cargo.

§4º A convocação de que trata o parágrafo anterior obedecerá a ordem de classificação, sendo automaticamente desclassificado o candidato que, convocado, não comparecer no dia, horário e local determinados na convocação.

Art. 19 Os candidatos classificados acima das vagas divulgadas constituirão cadastro de reserva com validade de 6 (seis) meses, em conformidade com o § 3º, do artigo 18, não se consubstanciando em garantia de contratação, mas em mera expectativa de direito.

Parágrafo único: A utilização do cadastro de reserva é uma faculdade do INSTITUTO CEM , que, para tanto, avaliará as especificidades da vaga para a utilização do cadastro de reserva.

Art. 20 O Processo de Seleção de Pessoal do INSTITUTO CEM obedecerá às seguintes etapas:

I. A Primeira Etapa, consistirá da publicação de comunicado no Diário Oficial do Estado de Goiás, que dará publicidade da abertura de processo seletivo para contratação de pessoal, constando o nome do cargo e o endereço eletrônico do INSTITUTO CEM , onde o interessado obterá todas as informações da vaga no edital próprio

II. A Segunda Etapa será a divulgação do edital no sítio do INSTITUTO CEM , constando o cargo, número de vagas, carga horária, salário, benefícios, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, perfil básico, endereço e prazo para o cadastro dos currículos.

a) Todas as vagas publicadas ficarão abertas para inscrição de candidatos pelo período de quatro dias úteis, podendo ser prorrogado a critério da administração, devidamente justificado.

b) Os interessados deverão acessar o sítio do INSTITUTO CEM e se inscrever para a vaga que pretende concorrer, sendo vedada a inscrição em dois ou mais processos, concomitantemente.

III. A Terceira Etapa é a triagem curricular, que consiste na análise comparativa entre as informações registradas no currículo cadastrado pelo candidato no sítio do INSTITUTO CEM e os requisitos publicados da vaga.

a) A ausência de informações capazes de qualificar o candidato em face dos requisitos exigidos para o cargo ensejará na não convocação do candidato para as etapas subsequentes.

b) A relação dos candidatos cujos currículos foram triados para a vaga será publicada no sítio do INSTITUTO CEM .

c) Todas as informações qualitativas e quantitativas inerentes aos requisitos exigidos para a vaga deverão ser comprovadas pelo candidato, por meio de documentos hábeis, que deverão ser encaminhados no dia, horário e local que será publicado no sítio do INSTITUTO CEM .

IV. A Quarta Etapa será classificatória constituirá de prova escrita e/ou análise curricular.

a) Para a seleção do candidato serão utilizados critérios objetivos de classificação, em uma ou duas fases, por meio de prova escrita e/ou análise curricular, observadas as características da vaga, previamente divulgados no edital.

b) No caso da classificação se dar em duas fases, pela aplicação de prova escrita e análise curricular, o edital deverá informar o peso de cada uma delas.

c) Sendo adotado o critério classificatório em uma única fase, pela aplicação da prova escrita, o edital informará os critérios de pontuação e de ponto de corte.

d) Sendo adotado o critério classificatório em uma única fase, pela análise curricular, o edital informará quais as condições de pontuação por titulação e experiência e quando aplicável, o peso.

e) A prova escrita, de caráter objetivo, conterá questões objetivas com conteúdo de conhecimentos gerais e/ou conhecimentos específicos, conforme requeira o perfil da vaga, previamente divulgado no edital.

f) O edital definirá os critérios de desempate.

V. A Quinta Etapa terá finalidade classificatória e/ou eliminatória e consistirá de uma ou algumas das avaliações psicológicas, previamente informadas no edital.

a) Testes Psicológicos, por meio de testes psicométricos e/ou testes de personalidade.

b) Técnicas Vivenciais, por meio de um ou algum dos métodos de dinâmica de grupo, psicodrama e entrevista comportamental.

VI. A Sexta Etapa consistirá em Entrevista que avaliará o desempenho pessoal do candidato perante situações rotineiras da função/cargo escolhido. A avaliação da Entrevista poderá ser feita verbalmente ou por meio de questionário impresso que deverá ser respondido pelo entrevistado.

Art. 21 A contratação do candidato selecionado se efetivará mediante:

I. conveniência administrativa e operacional.

II. disponibilidade financeira.

III. entrega da documentação completa, conforme requisitos descritos no instrumento de divulgação da vaga.

IV. apresentação do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, declarando apto o candidato a exercer as funções que dele serão exigidas.

V. demais dispositivos estatutários e previsão legal.

Art. 22 A administração do INSTITUTO CEM deverá disponibilizar os meios necessários para a realização do recrutamento e seleção.

Parágrafo único: Todos os documentos relacionados ao recrutamento e seleção deverão ser processalizados e/ou digitalizados e arquivados no Recursos Humanos da Unidade, por um período de dez anos, facultado o acesso às informações aos interessados, resguardada a imposição de sigilo profissional.

Art. 23 A eficácia dos termos deste regulamento se submete ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás e pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM , em conformidade com o disposto no parágrafo único, do art. 17 e inciso VIII, do art. 4º, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 24 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 25 Este Regulamento terá vigência após sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

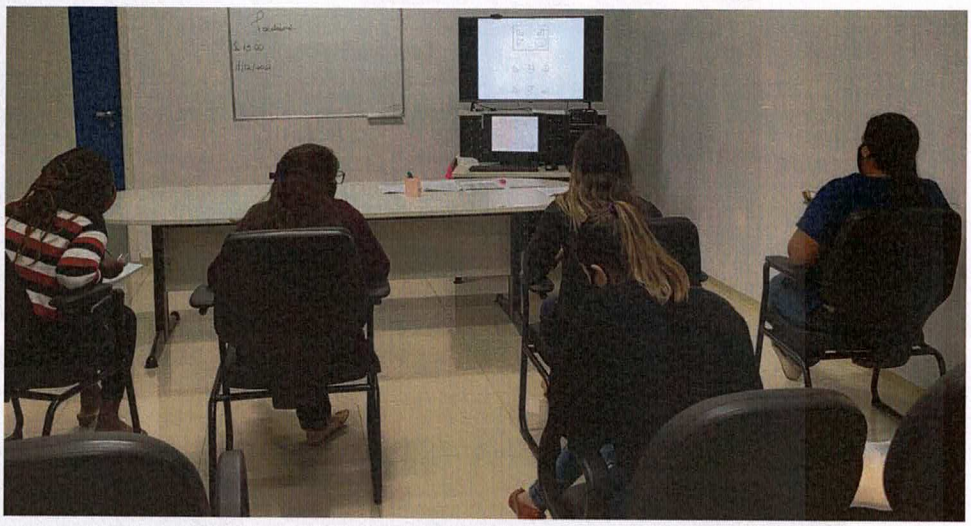
Goiânia-GO, 03 Janeiro de 2022.

_____

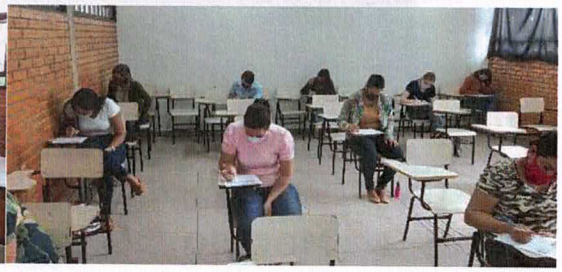
Thadeu de Morais Grembecki

Presidente do Conselho de Administração

Registros dos Processos Seletivos realizados – INSTITUTO CEM:











13.3.2 Modelo De Contrato De Trabalho

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Experiência, a empresa INSTITUTO CEM com sede na AV DEPUTADO JAMEL CECILIO, inscrita no CNPJ sob N" 12.053.184/0001-37, denominada a seguir EMPREGADORA, e o Sr.(a) xxxxxxx, domiciliado na Rua xxxx, QD xxxxx, cidade de xxxxxxxxxxxx-GO, portador do CTPS N": xxxx serie xxxx , doravante designado EMPREGADO, celebram o presente Contrato Individual de Trabalho para fins de experiência, conforme legislação trabalhista em vigor, regido pelas cláusulas abaixo e demais disposições legais vigentes:

1". O EMPREGADO trabalhar para a EMPREGADORA na função de XXXXXXXXXXXXXXXXX e mais as funções que vierem a ser objeto de ordens verbais, cartas, ou avisos, segundo as necessidades da EMPREGADORA desde que compatíveis com suas atribuições

2º. O local de trabalho situa-se na _____, _____, CIDADE _____ - GO, podendo a EMPREGADORA, a qualquer

tempo, transferir o EMPREGADO a título temporário ou definitivo, tanto no âmbito da unidade para o qual foi admitido, como para outras, em qualquer localidade deste estado ou de outro dentro do país.

3º. O horário de trabalho do EMPREGADO será o seguinte: Inicio do Expediente: xx:xx para Intervalo: : Entrada Intervalo: : e Final do Expediente: xx:xx, conforme escala de trabalho

4º. O EMPREGADO receberá a remuneração de: R$ XXX (XXXXXXXXXXX) por mês.

5º. O prazo deste contrato é de xx (xxxxxxxxxxxx) dias, com início em: X/XX/20xx e término em: X/XX/20xx.

6º. Além dos descontos previstos na Lei, reserva-se a EMPREGADORA o direito de descontar do EMPREGADO as importâncias correspondentes aos danos causados por ele.

7º. O EMPREGADO fica ciente do Regulamento da EMPREGADORA e das Normas de Segurança a fornecidos, sob pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes segurança a e medicina do trabalho.

8º. Permanecendo o EMPREGADO a serviço após o término da experiência, continuarão em vigor as cláusulas constantes deste contrato.

9º.Tendo assim contratado, assinam o presente instrumento, em duas vias, na presente das testemunhas abaixo.

_____, ___ de _____ _____

_____

EMPREGADORA

_____

1ºTESTEMUNHA

_____

2º TESTEMUNHA

PRORROGAÇÃO DE CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

O Contrato de Experiência firmado, que deveria terminar em X/XX/20XX , fica prorrogado até X/XX/20XX.

_____, ____ de _____ _____

_____

EMPREGADORA

_____

1ºTESTEMUNHA

_____

2º TESTEMUNHA

13.3.3 Proposta para Identificar, controlar o absenteísmo e Estimular Produção

Identificar e controlar o absenteísmo nas empresas é o grande desafio dos gestores d pessoas nos dias atuais.

Assim, o INSTITUTO CEM , se dedica cada vez mais para manter a motivação das suas equipes. E tal investimento de tempo é justificado pelo impacto que a motivação tem nos resultados da organização, seja em produtividade, turnover, clima organizacional ou controle do absenteísmo.

Aliás, este último indicador, em especial, precisa ter muita atenção das empresas, pois sua causa pode se dar diante de diversos fatores. Assim, a organização que não conseguir entender as causas certamente terá os demais indicadores afetados.

13.3.3.1 Sugestões De Condutas para combater absenteísmo

Analisar a situação

O absenteísmo excessivo não só prejudica o cumprimento das metas de trabalho, causando grandes dificuldades operacionais, mas também a habilidade de gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema. Assim, é imperativo que se controle as ausências não justificadas.

Muitas vezes, a diferença entre supervisores com problemas de absenteísmo e aqueles sem problema e apenas o tempo que eles fazem a análise dos índices de comparecimento ao trabalho. Esses índices podem revelar situações graves identificadas aos funcionários que estão apresentando distorções no índice de absenteísmo.

Demonstrar preocupação

Demonstrar ao funcionário que se está ciente da situação e preocupado com o caso. Em geral, isso será suficiente para corrigir a situação. Contudo, se as ausências persistirem mesmo depois de demonstrar a preocupação, deve-se passar para o estágio seguinte.

Explicar as consequências

Explicar ao funcionário faltoso todas as consequências de sua atitude e as dificuldades que sua ausência causa ao setor, seja relembrando os aspectos da política do Hospital ou os ditames da legislação trabalhista.

Ao apontar as consequências de ausências excessivas, será levado em consideração o indivíduo. Bons funcionários não se transformam em problemas da noite para o dia.

Nesta etapa, será avaliado o relacionamento do funcionário com a chefia ou mesmo com colegas de trabalho.

Por melhor dirigida que seja a política do Hospital quanto ao absenteísmo, ela não terá nenhum valor, a menos que a aplique na ocasião oportuna.

Profissionais de Enfermagem:

Observar a Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem: "As faltas nos feriados e nos finais de semana sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que ofereçam segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito a suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho".

E ainda que: "As faltas nos dias uteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares".

Outros Profissionais

A coordenação responsável pelo funcionário deverá aplicar a medida disciplinar adequada.

Estímulo à Produção

O estímulo à produção compõe-se de um conjunto de fatores importantes e interligados:

- Ambiente de trabalho estimulante e equânime
- Salários competitivos
- Possibilidade de crescimento profissional
- Remuneração adicional atrelada a desempenho profissional (meritocracia).

O INSTITUTO CEM adota essa política de estimular os profissionais da instituição.

PREVENINDO O ABSENTEÍSMO

- Treinamento do funcionário recém-contratado

Será incluído na programação do treinamento introdutório a política do Hospital: missão, visão, valores, regimentos, normas, protocolos. Nesta oportunidade serão abordadas as consequências do alto índice de absenteísmo para o HOSPITAL e para a equipe de trabalho.

- Treinamento mensal

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos funcionários, com salários justos, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.

Em uma gestão moderna, como a que será implantada no Hospital, o ser humano não pode mais ser tratado como um recurso. A sua área de hoje em diante, será de VH: Valores Humanos.

Afirma atualmente a literatura especializada que "não existe nenhuma técnica inovadora de gestão que seja implantada na empresa se ela não estiver centrada no indivíduo. Ele é o grande desencadeador das mudanças na sua organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento aos seus valores humanos".

Por esta razão que para combater elevados índices de absenteísmo, implementadas na Unidade de saúde, programas que devem atender os 2 campos de objetivos: os da Instituição e dos colaboradores:

A. Medicina Preventiva

Além de disponibilizar o atendimento implementadas ações de medicina de prevenção de doenças como respiratório, AIDS, diabetes, saúde bucal, entre outras.

B. Programa de Ginástica Laboral

Por meio de convênio com Universidades e Faculdades serão realizadas duas vezes por semana, aulas de 10 a 15 minutos de ginástica laboral, promovendo a integração entre os colaboradores e a diminuição do absenteísmo por dores lombares.

C. Relatórios Gerenciais

O Departamento de Recursos Humanos emitirá relatórios mensais de faltas indicando as ausências justificadas e não justificadas, para que sejam analisados pelos gestores dos diversos setores, objetivando o acompanhamento das faltas de cada funcionário e da sua área de atuação como um todo.

D. Proposta para manter um bom clima organizacional

De fato, se a sua empresa não oferece um clima saudável para seus colaboradores, manter a produtividade, reter talentos e diminuir o absenteísmo se torna praticamente impossível.

Funcionários que não se sentem bem onde trabalham e que têm dificuldades de relacionamento por causa de uma má gestão de pessoas não conseguem se doar como deveriam, e acabam faltando com frequência para evitar os conflitos.

Logo, para oferecer um ambiente favorável ao crescimento e que motive a equipe a alcançar bons resultados, é importante realizar pesquisas de clima regularmente. Elas permitem a identificação das oportunidades na visão dos colaboradores e a elaboração de planos de ação para resolver os problemas.

E. Proposta de garantir que a comunicação seja eficiente

Uma comunicação ineficiente pode causa problemas de relacionamento entre toda a equipe. Afinal, junto com a falta de informações, surgem ruídos (fofocas, especulações, informações incompletas).

E, quando esses ruídos aparecerem, a equipe se sente desmotivada e evita estar presente na empresa por meio de faltas, atrasos ou até mesmo desligamentos.

No ambiente organizacional, a comunicação engloba o diálogo presencial entre colegas e também demais veículos: e-mail, reunião, telefone, tv corporativa etc. Assim, para ter uma comunicação eficiente, é necessário entender o perfil dos colaboradores e descobrir qual ferramenta é a mais adequada para a equipe.

F. Proposta de Oferecer um plano de carreira

Implementar e Desenvolver plano de carreira para os colaboradores do Hospital, com objetivo do desenvolvimento da carreira e o sucesso profissional.

Acreditamos no modelo de gestão, onde as ações de melhoria continua das atividades da instituição, são alicerçadas pelos colaboradores engajados, assim é uma pessoa entende que a organização não é a adequada para atingir esse objetivo ou que não possui um programa de desenvolvimento concreto, com certeza ela optará pelo desligamento. Porém, esse desligamento dificilmente acontece de uma hora para outra.

Alguns sinais, serão monitorados e acompanhados como: atrasos, queda de produtividade, faltas, desmotivação, mau relacionamento com os colegas e insubordinação, e após

observações e evolução destes indicadores, as ações para entendimento das causas, serão também analisadas.

Então, o plano de carreira será feito pelos gestores com a finalidade de buscar um equilíbrio entre interesse do profissional e da Instituição.

A partir do momento em que as expectativas do funcionário são mapeadas, o gerente consegue estabelecer metas e criar um plano de desenvolvimento compatível com o objetivo do profissional e da organização.

G. Proposta de Investir em feedbacks constantes

Assim como oferecer um plano de carreira ajuda na retenção de colaboradores e na redução do índice de absenteísmo, os feedbacks também auxiliam na gestão de pessoas.

E, para ser possível mensurar o desenvolvimento individual e corrigir os pontos negativos, o retorno sobre o desempenho de um profissional deve ser realizado constantemente.

Essa prática gera valor para a empresa na visão do funcionário, pois demonstra comprometimento com os resultados, empenho no desenvolvimento da equipe e reconhecimento pelas metas alcançadas.

Além disso, o acompanhamento feito de perto pelos gestores reduz consideravelmente o absenteísmo, e reforça a importância do comprometimento de todos para o crescimento da organização.

H. Proposta de Estabelecer políticas de reconhecimento

A falta de reconhecimento é outro dos principais fatores que levam um profissional a ficar desmotivado, produzir menos e com menor qualidade e faltar no serviço.

Afinal, a maior parte das pessoas sente a necessidade de ser reconhecida quando conquista algo. Quando esse retorno não vem, é comum encontrar reações negativas. E, no âmbito organizacional, o absenteísmo pode ser apontado como uma dessas reações.

Portanto, visando a motivação da equipe, é importante que sejam desenvolvidas políticas de reconhecimento voltadas para as necessidades e a percepção de valores dos funcionários. Ou seja, cada organização encontrará uma maneira diferente de elaborar essa política.

As mais comuns são:

- Bonificação sobre meta batida
- Day off
- Viagens
- Promoções

I. Proposta de Promover a qualidade de vida

Entendemos que o investimento na qualidade de vida dos funcionários traz muitos benefícios para a instituição, tanto no ambiente de trabalho quanto na parte pessoal, a qualidade de vida de um profissional permite uma vida mais saudável, com menos doenças, menos estresse e mais disposição para suas atividades.

Dessa forma, promover palestras voltadas para o bem-estar, incentivar a prática de esportes, a alimentação saudável e demais atitudes são formas de melhorar a saúde dos funcionários. E, consequentemente, diminuir o número de atestados médicos.

Nesse sentido, implementaremos ações para promoção da qualidade de vida com as políticas de incentivo, e oferecer um benefício de atividade física e criar gincanas voltad para incentivar o cuidado com a saúde, por exemplo.

J. Proposta de Realizar Análise da ergonomia para monitorar acidente ocupacional

O acidente ocupacional também é uma causa recorrente dos altos índices de absenteísmo nas empresas. Este indicador, será monitorado E incluído os temas de maior apontamentos nos treinamentos, seja por conta de novos procedimentos ou por reciclagem, para garantir que a equipe esteja alinhada com os padrões de segurança.

A análise da ergonomia, diante das atividades Outra causa comum são as doenças causadas por esforço repetitivo, que podem também ser evitadas por meio de

Implementar estudo ergonômico no desenvolvimento das atividades diárias dos colaboradores, como uma ação para prevenir doenças causadas por esforço repetitivo, por exemplo.

K. Proposta de Criar metas individuais

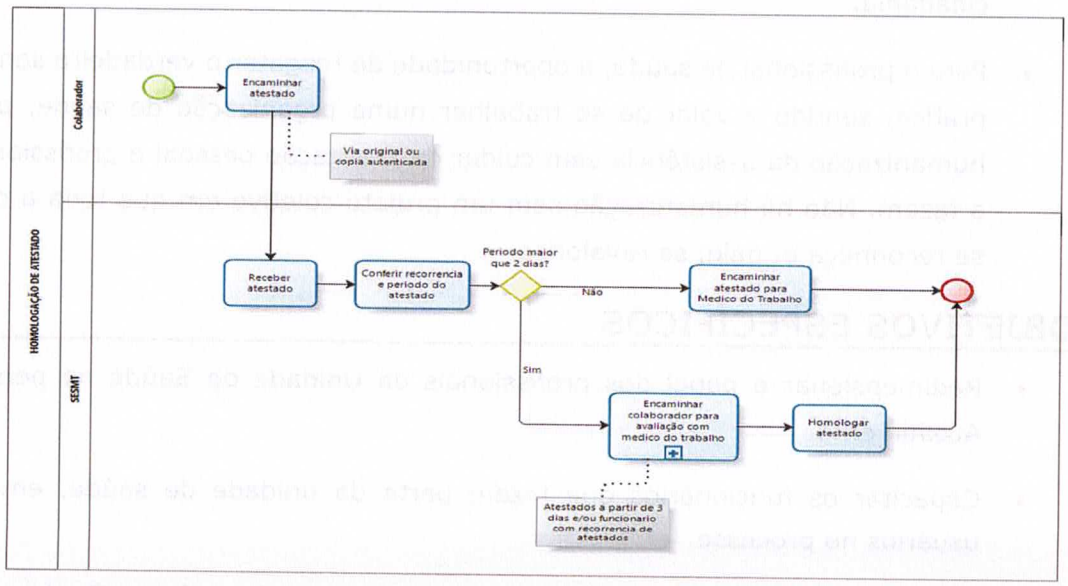
A Proposta de criação de metas, onde ao se definir individualmente os objetivos de cada colaborador, cria-se uma responsabilidade em toda a equipe.

Primeiro, porque o colaborador vai entender o quanto sua ausência poderá interferir nos resultados do grupo e da empresa. Segundo, porque o profissional terá objetivos para cumprir se quiser manter-se no emprego.

L. Proposta de Homologação de atestados

A Proposta de implantação do fluxo de homologação de atestados, viabiliza ao SESMT um maior acompanhamento dos atestados entregues.

Para atestados reincidentes e com duração superior, a dois dias, o colaborador deverá apresentar-se ao SESMT para consulta com o Médico do Trabalho.



13.3.3.2 Implantação do Programa de Acolhimento: equipe necessária, sistemática de trabalho, horário de funcionamento.

A proposta humanização está alicerçada no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e visa implantar rotinas para melhorar o atendimento e o trabalho dos profissionais da saúde em termos da humanização dos serviços prestados pela Unidade Assistencial de Saúde,

Em conformidade com o Manual de Humanização do Ministério: da Saúde, serão considerados os parâmetros de atendimento ao usuário e de condições de trabalho dc profissionais, para avaliação de ações que torne a Unidade Assistencial referência no Programa Nacional de Humanização da Assistência,

Com o objetivo de cuidar da dimensão humana foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

Os benefícios concretos do PNHAH alcançam a todos que dele participam:

- Usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema hospitalar.
- Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que o atendem não é apenas direito, mas etapa fundamental na conquista da cidadania.
- Para o profissional de saúde, a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde, pois não l humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e, nele, se revalorize.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Redimensionar o papel dos profissionais da Unidade de Saúde na perspectiva do Acolhimento.
- Capacitar os funcionários que fazem parte da unidade de saúde, envolvendo os usuários no processo.
- Contribuir para uma melhor qualidade de atendimento e efetivação dos serviços.

- Um dos pilares que sustenta a estratégia do acolhimento é a relação entre os atores envolvidos e como compreender as percepções de trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde sobre o papel da comunicação no contexto do acolhimento.
- O acolhimento é uma abordagem prévia à clientela, melhorando e efetivando as consultas. É importante resolver o problema para facilitar e organizar o atendimento dos programas da unidade de saúde para satisfação dos profissionais de saúde e da comunidade.
- Para tal fim o INSTITUTO CEM , parte dos seguintes princípios:
- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim o serviço de saúde assume a sua função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar seu processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador usuário, que deve dar se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- Atender a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso diferenciado aos demais níveis de assistência.
- Comprometer se com a referência e contra referência, conforme as necessidades dos usuários.
- Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades dos pacientes.

Para implantação do Programa de Acolhimento, a equipe composta pelos profissionais multiprofissionais, serão destacados, para atendimento 24 horas por 7 dias por semana, para acolhimento, pacientes, visitantes e acompanhantes, seguindo os critérios de Acolhimento e Classificação de Risco, em busca de atendimento de qualidade ao paciente/ visitante/ acompanhante, além de atendimento diferenciado para Idosos, Crianças e demais pessoas que necessitem de atendimento diferenciado.

Composição da Equipe de Acolhimento

ÁREA	Quantidade profissional	horário	turno
Enfermagem (egresso)	6	07:00 ás 07:00	2
Serviço Social – VVS	2	07:00 ás 07:00	2
Técnico de enfermagem	4	07:00 ás 07:00	2
Ouvidoria	2	07:00 ás 07:00	2
Acompanhante e visitante	2	07:00 ás 07:00	2

13.3.4 Programa De Educação Permanente

O **INSTITUTO CEM** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

O **INSTITUTO CEM** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até o dia 30 de outubro do respectivo ano, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo até o último dia útil do ano para o respectivo parceiro.

13.3.4.1 Programa De Capacitação E Qualificação Dos Colaboradores

APRESENTAÇÃO

As transformações e desafios que ocorrem nos processos de trabalho, como as novas informações que provocam as constantes mudanças, têm exigido tanto uma educação permanente, quanto uma educação continuada para o exercício das competências de cada função na Unidade.

Enquanto a educação permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho, a educação

continuada, consiste no processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional.

Trata-se, portanto, de uma estratégia de melhoria nas práticas de cuidado. A educação permanente melhora as práticas de forma mais específicas e pode ser mais célere. Já a educação continuada constrói um conhecimento mais global e modifica práticas, respeitando as inovações das ciências relacionadas à profissão.

Esta metodologia é melhor entendida como um conjunto de ações estrategicamente planejadas, com cursos de capacitação e de qualificação, as quais visam desenvolver conhecimentos, habilidades e competências que se encontrem alinhadas com os objetivos estratégicos traçados e ao Plano de Desenvolvimento Anual.

O local de trabalho tornou-se um novo ambiente de aprendizagem, o qual favorece uma troca de experiências que propicia uma melhoria da qualidade na prestação de serviço aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Assim, o Programa de Capacitação e Qualificação ora proposto busca a capacitação dos profissionais em atender as exigências legais para a qualidade e segurança na assistência, ensino e pesquisa, e também a possibilidade de melhoria na qualidade de vida no trabalho.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Capacitar, qualificar e promover o desenvolvimento dos colaboradores do Hospital, propiciando o crescimento profissional de seus profissionais ao alcance da missão institucional e à excelência nos serviços prestados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- desenvolver as competências individuais requeridas para o alcance dos objetivos institucionais;

- promover capacitações para a formação de lideranças com as seguintes habilidades: conhecimento técnico gerencial, relações Interpessoais e liderança mobilizadora;

- realizar, de forma contínua, o levantamento de necessidades e a avaliação das ações de capacitação;

- favorecer a equidade do acesso às ações de capacitação previstas no levantamento de necessidades de treinamento setoriais;

- garantir a transparência do levantamento de necessidades e das avaliações das ações de capacitação;

- responder às demandas que se articulem com os Programas de Avaliação de Desempenho e dos

Planos de Desenvolvimento Individuais traçados;

- promover ações para maior adesão dos colaboradores aos eventos de capacitação;



JUSTIFICATIVA

A valorização do ser humano é alternativa para a solução dos problemas que, a cada dia, vão surgindo como entraves na realização dos objetivos na Administração Pública. Assim,

pelo viés da capacitação é possível obter colaboradores cada vez mais aptos a desempenharem seus papéis em benefício dos que dele necessitam.

Considere-se, pelo viés acima, que a capacitação é uma atividade meio e uma das possibilidades de formação do trabalhador para o exercício das suas atividades.

As ações para a capacitação dos profissionais são norteadas a partir da tríade: formação para o exercício do cargo, para atuação no ambiente organizacional e para o exercício da função, tendo como foco a premissa básica de que o ser humano, ao transformar-se, transforma também o ambiente no qual interage.

O HOSPITAL através do processo de Acreditação encontra-se dentro de diversas novas reflexões e mudanças no cenário interno sobre a melhoria da qualidade e segurança na assistência.

Os processos de trabalhos conforme exigência de órgãos fiscalizadores e certificadores requerem nesse novo cenário e a implementação de um Programa de Capacitação alinhado às necessidades e compromissos institucionais e essencial na construção de um processo de educação continuada/permanente, voltado ao conhecimento, experiências e práticas profissionais, aos valores e missão da Unidade e à promoção do desempenho e qualidade de vida dos profissionais.

PÚBLICO-ALVO

Todos os colaboradores atuantes no Hospital participarão das ações descritas no Programa.

AÇÕES

As Ações de capacitação serão implementadas a partir de levantamento de demandas, considerando os fatores:

- as metas das Unidades estabelecidas no Contrato de Gestão;
- os processos de trabalhos conforme exigência de órgãos fiscalizadores, certificadores e financiadores (Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária, processo de acreditação- ONA e outros);
- o resultado da Pesquisa de Satisfação do Cliente Interno e Externo;
- o resultado da Avaliação de Desempenho dos profissionais realizada periodicamente;

- elaboração de cronograma de execução das ações;
- registro de todas as ações de capacitação/educação realizadas;
- avaliação da aplicabilidade das ações de capacitação nos processos de trabalho; monitoramento dos indicadores de resultados referentes à capacitação.

Registro Fotográfico da Apresentação do cronograma de execução das ações:



Registro de Capacitações de Sistemas (MV):





Registro de Reunião de Metas das Unidades estabelecidas no Contrato de Gestão:





A partir do levantamento das demandas as ações serão traçadas nas seguintes linhas:

REALIZAÇÃO DE EVENTOS DE APRENDIZAGEM

Finalidade

Viabilizar o desenvolvimento das competências individuais e institucionais dos colaboradores.

Metodologia

Promoção de capacitação gerencial e técnica aos colaboradores com o apoio do Plano Anual de Treinamento e Desenvolvimento.

Anualmente, antecedendo o levantamento de necessidades de treinamento, deverá ser realizada abordagem de reflexão prévia do contexto do setor, das atuais práticas de gestão e dos grupos de trabalho, de modo a permitir aos gestores, fazer um balanço das aptidões e dos conhecimentos experienciais, e perceber melhor como esses tem se manifestado no exercício das suas funções e do seu grupo de trabalho.

O recurso utilizado para o mapeamento do nível de desempenho dos gestores e suas equipes de trabalho em relação às competências requeridas, será um levantamento ao

término de cada ano, utilizando-se de ferramentas que possibilitem uma identificação e uma definição, não apenas das qualificações necessárias, mas também dos comportamentos e dos resultados esperados do setor, tendo em vista o planejamento estratégico da unidade. Tal instrumento deverá prever ainda, um levantamento de necessidades de treinamento dos colaboradores a partir da análise dos problemas de desempenho identificados nos setores, que podem ser melhorados através de formação.

Identificadas e analisadas as necessidades de capacitação, dos gestores e das suas equipes de trabalho, deverão ser elaborados os planos de desenvolvimento setoriais e consolidados no Plano Anual de Treinamento e Desenvolvimento.

Além do Plano Anual de Treinamento e Desenvolvimento, rotineiramente será utilizado o *Check List de Observação in Loco"* pelos Gerentes/Supervisores de áreas, que permite identificar, no próprio local de trabalho, os desempenhos dos colaboradores, as mudanças de comportamentos ocorridas após treinamentos, bem como, as lacunas de desenvolvimento existentes.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Gerências das áreas afins.

Normas e Critérios

a) Para eventos promovidos pela Instituição

Todos os eventos promovidos pela unidade deverão ser coordenados e/ou registrados no GRH; para fins de validação e registros de relatórios e indicadores, com vistas a serem devidamente reconhecidos pelas instâncias superiores;

- Área promotora do evento preenche o formulário Projeto de Evento que informa os objetivos gerais, público alvo, número de vagas, data provável de realização, local, metodologia e técnicas e conteúdo programático;

- O DGP assume a coordenação do evento e executa todas as ações previstas no Check-List até a sua realização.

- Ao término do evento, o GRH, juntamente com o setor promotor, avaliarão os resultados obtidos;

- Após a avaliação, serão encaminhados relatórios às Diretorias e Diretoria Executiva da INSTITUTO CEM para ciência;

- Finalizado o processo, as planilhas de controle deverão ser alimentadas para fins de registro e geração dos indicadores de treinamento.

b) Para eventos promovidos por outras instituições

O DGP divulga os eventos disponibilizados nos setores afins da unidade;

- Acompanha e encaminha o processo de inscrição dos colaboradores interessados às instituições de ensino;

- Ao término do evento, o DGP recebe os comprovantes de participação e os encaminha aos setores de lotação dos colaboradores.

- As solicitações de afastamento para a participação em eventos no horário de expediente deverão obedecer aos critérios estabelecidos pelo Regulamento para solicitações dessa natureza.

DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO SETORIAIS E CONSOLIDAÇÃO DO PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO

– Finalidade

Realizar o levantamento das necessidades de treinamento para a consolidação do plano anual de capacitação do planejamento.

– Metodologia

A partir do envio das demandas de cada setor é realizado a consolidação das necessidades através da elaboração do Plano de Capacitação relativo ao ano que se segue.

III – Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Gerências da Unidade.

REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES VOLTADAS À QUALIFICAÇÃO DAS LIDERANÇAS

– Finalidade

Organização de capacitações voltadas à qualificação das lideranças para a melhora no desempenho das competências requeridas.

– Metodologia

Realização de cursos, dinâmicas, palestras para o desenvolvimento das habilidades gerenciais;

– Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos

REALIZAÇÃO DAS CAPACITAÇÕES APONTADAS NO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO ANUAIS

– Finalidade

Cumprir a meta traçada no planejamento estratégico.

– Metodologia

Realização das capacitações solicitadas através de elaboração de projeto de evento em parceria com a Gerência solicitante e organização do evento.

– Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Gerências

Realização de Avaliação Geral do Treinamento e Avaliação de Reação

- Finalidade

Avaliar o treinamento realizado para as intervenções que se fizerem necessárias.

– Metodologia

Após cada treinamento realizado é aplicado a avaliação geral do evento e após aplicada a Avaliação de reação ao gerente solicitante que permite avaliar a aplicabilidade das ações de capacitação nos processos de trabalho;

- Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos, participantes dos treinamentos, Gerentes das seções participantes do treinamento.

REALIZAÇÃO DE TREINAMENTOS PONTUAIS

- Finalidade

Analisar a conveniência e após atender as demandas pontuais dos setores que se delinearem fora do planejamento anual.

- Metodologia

Elaboração de Projeto junto à Gerência solicitante e organização da capacitação solicitada;

- Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Gerência solicitante

REGISTRO DE TODAS AS AÇÕES DE CAPACITAÇÃO/EDUCAÇÃO REALIZADAS E ANÁLISE DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

- Finalidade

contabilizar as ações para análise dos resultados

- Metodologia

Contabilização das ações de capacitação realizadas que possibilitem a análise dos resultados e emissão de relatórios;

- Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos

Registros dos diversos treinamentos citados acima:







FORMALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE AFASTAMENTO PARA PARTICIPAÇÃO DOS COLABORADORES EM EVENTOS

– Finalidade

Obediência aos critérios estabelecidos para essa finalidade.

– Metodologia

Autuação e instrução de processos conforme regulamentação interna para esse fim, observação da obediência às condições prevista na normatização;

– Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos, Gerências, Diretorias, Diretoria Executiva/INSTITUTO CEM e SES.

DIVULGAÇÃO DAS CAPACITAÇÕES E QUALIFICAÇÕES PROMOVIDAS INTERNAMENTE E TAMBÉM FORA DA UNIDADE

– Finalidade

Mobilizar um maior número de colaboradores na participação às capacitações.

– Metodologia

Informes na intranet, e-mails, informes às gerências, avisos nos murais;

– Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Assessoria de Comunicação.

METAS

- Executar 70% das atividades programadas das ações de capacitação planejadas;
- Capacitar o mínimo de 20% dos colaboradores anualmente;
- Promover 20h (vinte horas) de capacitação mínima obrigatória anualmente por colaborador
- Promover ações para que no mínimo 10% (dez por cento) de colaboradores participem de programas de pós-graduação *stricto sensu ou lato sensu* .

RESULTADOS ESPERADOS

- Melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- Desenvolvimento da gestão;
- Padrões éticos de comportamento;

- Maior Qualificação colaboradores
- Objetivos institucionais alcançados.
- Cumprimento dos objetivos e das metas estabelecidas no Programa;

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A Avaliação do Programa será anual e realizada a partir da:

a) análise dos resultados alcançados e dos resultados esperados traçados neste instrumento;

b) monitoramento dos indicadores de resultados referentes à capacitação;

d) monitoramento do resultado da Avaliação de Desempenho dos profissionais e dos Planos de

Desenvolvimento Individuais traçados em cada período avaliativo;

e) comparativos entre o dimensionamento de necessidades e o relatório do plano anual de capacitação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa ora traçado, será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

13.3.5 Programa De Acolhimento Dos Colaboradores

APRESENTAÇÃO

O novo colaborador inicia suas funções na Unidade de Saúde desconhecendo, sobretudo, a missão, a visão e a estrutura organizacional, além de desconhecer também os processos de trabalho já ali estabelecidos. Essa lacuna na formação do novo trabalhador afeta negativamente o serviço como um todo, frustrando as expectativas da equipe que o aguarda e as deste em relação ao novo serviço que inicia.

Para o Ministério da Saúde a humanização compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Constitui-se como valores norteadores dessa política a autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2009)

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos novos colaboradores à Unidade que, será traçado neste programa, estratégias de acolhimento para o colaborador que inicia suas atividades nesta Instituição Hospitalar, proporcionando-lhe um espaço de apreensão de conhecimento nos âmbitos operacionais e comportamentais, para que o mesmo desenvolva uma visão contextualizada da Instituição e, após este processo de informação, possa sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.



OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações que facilitem o acolhimento do novo colaborador ao HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, possibilitando ao profissional conhecer da estrutura, dos valores e das normas da Instituição a qual passa a fazer parte, conhecer ainda as expectativas da organização em relação a ele , às suas atribuições e ao seu papel nos processos de trabalho, permitindo ao recém-admitido prestar um atendimento com qualidade aos usuários do SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I - Promover o acolhimento e integração dos colaboradores;

II - Buscar uma melhor relação entre colaborador e a Instituição, diminuindo os temores e ansiedades que são vivenciados pelos recém-admitidos;

III - Possibilitar ao recém-admitido informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da instituição, os benefícios que ela oferece, além de informações sobre a gestão de pessoas, avaliação do desempenho e remuneração.

IV - Facilitar a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança padronizados e exigidos de cada setor;

V - Proporcionar uma melhor adaptação do colaborador à equipe de trabalho.

JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a forma como a instituição recebe seus novos colaboradores e os integra à sua cultura, ao seu contexto e ao seu sistema de trabalho, é muito importante porque traz em seu bojo os elementos que contribuirão para definir o desempenho do novo funcionário (CHIAVENATO, 1999).

Os principais objetivos a serem alcançados pela integração são redução da ansiedade das pessoas, redução da rotatividade, economia do tempo e adequação das expectativas à realidade da empresa (CHIAVENATO, 1999).

A rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde representa um grande problema enfrentado principalmente pelos gerentes de enfermagem e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (Nomura;Gaidzinski;2005).

Reter e comprometer os profissionais em seus postos de trabalho, manter a qualidade da assistência, promover motivação e envolvimento aos novos colaboradores, proporciona ganho tanto para o campo institucional quanto para o individual, diminuindo custos na contratação e treinamento. Assim, faz-se necessário a criação de estratégias para o

aumento do grau de satisfação dos colaboradores em relação ao treinamento recebido para a execução do trabalho e do acompanhamento da chefia em relação ao trabalho.

Ao facilitar a adaptação do novo colaborador, a instituição eleva as chances de sucesso na contratação realizada, aumentando a capacidade de resposta do funcionário para atender às necessidades do serviço de maneira mais rápida e autônoma sobre seu trabalho, estimulando o relacionamento mais próximo e saudável entre ele e a equipe.

O Programa de Acolhimento justifica-se na busca de proporcionar ao colaborador o sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho auxiliando na maior assertividade do processo seletivo.

PÚBLICO-ALVO

Colaboradores recém-admitidos de todos os vínculos que desempenharão suas atividades no Hospital.

AÇÕES

ACOLHIMENTO INICIAL

O Programa de Acolhimento do Hospital deverá ser implementado nas seguintes linhas de ação:

FINALIDADE

Receber o colaborador e fornecer informações iniciais relevantes sobre a Instituição da qual passa a fazer parte.



RESPONSÁVEIS

SETOR	Função
RH	Coordenador (a) RH
SESMT	Engenheiro (a) do Trabalho
SESMT	Enfermeiro (a) do Trabalho
SCIRAS	Coordenador (a)
Qualidade	Coordenador (a)
T.I	Corrdenador (a)
Setor de Lotação	Coordenador (a)

ATRIBUIÇÕES DE CADA SETOR

RH

a) apresentar ao colaborador informações iniciais relevantes sobre a Instituição, suas normas e diretrizes de forma objetiva e sucinta;

b) apresentar ao recém-admitido para ciência, termo de comprometimento e recebimento do kit acolhimento (Anexo 1): a) Regulamentação de Trabalho; b) Normas Gerais de Funcionamento c) Folders explicativos: NR32 e Ergonomia e bloco de anotações; d) descrição do cargo que ocupará e carta de orientação sobre o acesso eletrônico ao seu Perfil de Competências exigidas;

c) responsável pelo encaminhamento do colaborar ao gerente de sua área de atuação e ao SESMT local.

d) responsável pela conferência da documentação necessária para a instrução do dossiê funcional e pelos cadastros biométricos para o acesso à Unidade.

SESMT

a) responsável em fornecer informações inerentes à NR 32 e demais temas inerentes à Segurança e Medicina no trabalho.

Coordenador do setor de lotação (chefia imediata)

a) responsável na habituação, orientação e acompanhamento do colaborador quanto às atividades a serem desenvolvidas e às rotinas e procedimentos adotados no setor.

b) responsável na criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do colaborador recém-admitido, contemplando os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas adotadas em cada setor.

SCIRAS

a) responsável em fornecer informações sobre perfil epidemiólogico da unidade e orientações sobre precauções e cronogrma de treinamentos para vigilância infecciosa;

QUALIDADE

a) responsável em fornecer informações sobre fluxos, melhorias de processos e sistema de notificação, e protocolos básicos de segurança do paciente;

T.I

a) responsável em fornecer informações inerentes à INTRANET, acessos e manuseio dos sistemas utilizados e certificação digital;

TREINAMENTO INICIAL PARA O EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES

FINALIDADE

Promover a formação e a integração inicial de novos colaboradores, facilitando a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança exigidos de cada setor, para o atendimento das necessidades do serviço de maneira mais rápida, autônoma e segura, e ainda estimular o relacionamento mais próximo e saudável entre o novo colaborador e a equipe.

RESPONSÁVEIS

Ação implementada pela Coordenação da área de lotação do novo colaborador

Competências a serem trabalhadas

a) orientação e acompanhamento do colaborador quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas e procedimentos adotados no setor; b) criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do colaborador recém-admitido, promovendo os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas em cada setor;

METODOLOGIA

Os colaboradores passarão pelo Treinamento Inicial para o Exercício das Funções composto por um programa teórico-prático estruturado para atender as necessidades de cada seção, conduzido pelo setor de Educação Permanente e pela gerência de lotação do novo colaborador. (Duração mínima de 7 a 10 dias)

Orientação e acompanhamento por profissional mais experiente. O colaborador será acompanhado pelo supervisor da área. O treinamento deverá será estruturado de acordo com as peculiaridades de cada área de modo a proporcionar ao colaborador maior

acolhimento e segurança no desempenho das funções inerentes ao cargo. As atividades serão realizadas gradativamente, conforme o desempenho demonstrado no dia a dia.



OBJETIVOS

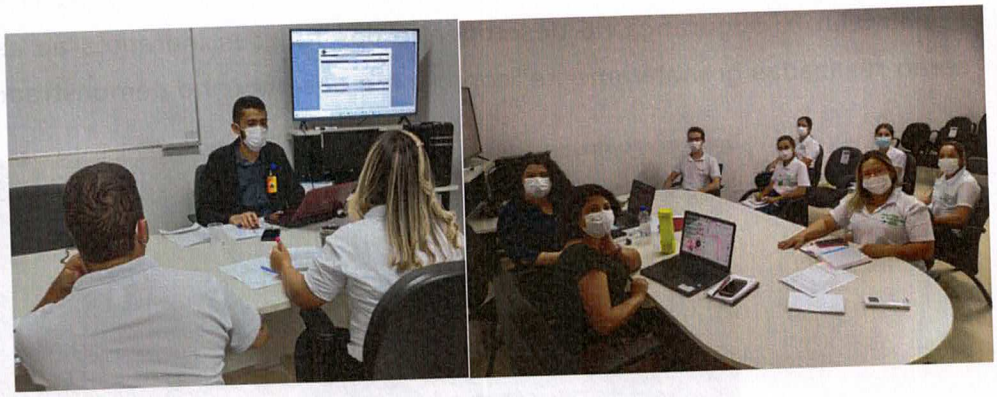
a) preparação desse novo colaborador para a aplicação prática dos conhecimentos às atividades inerentes ao seu cargo;

b) orientação e acompanhamento do novo colaborador quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas, protocolos e procedimentos adotados no setor;

c) treinamento sobre políticas e protocolos institucionais: política de gerenciamento de riscos, protocolo de higienização de mãos, identificação do paciente, cuidados paliativos, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão.

PÚBLICO-ALVO

Novos Colaboradores.



CARGA HORÁRIA

O treinamento a ser definido conforme as necessidades de cada gerência e quantidade de participantes por turma, deverá ter uma programação mínima de 7 dias, com carga horária mínima de 42 a 60 horas.

PERIODICIDADE

De acordo com a admissão de novos colaboradores.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados serão norteados pela melhoria dos requisitos de conhecimento, atitudes, habilidades e eficácia organizacional:

a) melhor adaptação do novo colaborador às rotinas e competências exigidas ao desempenho de suas funções;

b) maior compreensão da importância do emprego dos protocolos em serviços de saúde da rede pública na construção do processo de trabalho e do modelo de atenção em saúde, com o estabelecimento de uma aprendizagem significativa.

c) utilização efetiva dos protocolos institucionais no dia a dia.

d) diminuição da rotatividade e de custos com seleção de pessoal;

AVALIAÇÃO

A avaliação do treinamento em serviço será realizada por meio de instrumentos padronizados:

a) avaliação inicial do colaborador: onde se mede o nível de conhecimento pré-existente do colaborador;

b) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 45 dias de experiência (contratação) (pós-treinamento): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função,

c) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 90 dias de experiência (contratação): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função, porém com grau de complexidade mais elevado. alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos;

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação do Programa ocorrerá por meio do controle de indicadores específicos realizados anualmente:

- Média do aproveitamento teórico prático do treinamento admissional da equipe (avaliação inicial, avaliação do supervisor (gerente) com 45 e com 90 dias (avaliação do alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos)
- Avaliação do colaborador sobre o programa de acolhimento (satisfação quanto ao programa oferecido e quanto aos condutores do treinamento).
- *Turn-over* no período de experiência (90 dias) e suas causas de desligamento.

O programa de acolhimento deverá ser validado através de ação conjunta dos gestores de todas as áreas hospitalares, pois o sucesso do mesmo depende da coparticipação de todos os envolvidos no processo, que devem garantir que o colaborador se sinta pertencente ao seu grupo de trabalho no seu ambiente de atuação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa ora traçado, será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasilia: Ministério da Saúde, 2009.

(Série B. Textos Básicos de Saúde).

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos. São Paulo: Atlas, 2002.

CARVALHO, Adriano. Avaliação do RH - Parte 3 - Medindo o Turnover. Artigo publicado no site CAMINHANDO JUNTO. Disponível em<www.caminhandojunto.com.br/2011/03/avaliacao-do-rhparte-3-medindo-o.html>. Acesso em: 18 nov 2014

Davidson H, Folcarelli PH, Crawford S, Duprat LJ, Clifford JC. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among -based nurses. Med Care 1997; 35(6): 634-45.

Garcia,Simone. Treinamento do recém-admitido. Disponível em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=62. Acesso em 24 nov 2014.

JÚNIOR, Paes Reinaldo. **Redução de Custos por meio do controle da rotatividade de pessoal.** Disponível em http://www.fadergs.edu.br/esade/user/file/Reinaldo%20P_%20Junior(1).pdf> Acesso em 10 nov 2014.

MACHADO, Gerusa. **Proposta de um Programa de Acolhimento e Integração dos Novos Trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em Santa Catarina. Disponível em <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-10-Artigo-03.pdf>** Acesso em: 18 nov 2014.

Roure, Paula de Sá. **Treinamento em Serviço: Uma proposta para os novos servidores do Tribunal de Contas da União.** Disponível em:<portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2054332.PDF. Acesso em 21 nov 2014.

PINTO, O. P. Técnicas de Aprendizagem em Ação. In: BOOG, G.G. (Org.). **Manual de Treinamento e Desenvolvimento.** 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1999. p. 399-410

13.4 Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.

13.4.1 Registro e Controle de Pessoal e Modelo para Escalas de Trabalho

O INSTITUTO CEM instituirá o Programa de Tratamento de Registro de Ponto e o consequente sistema de Registro Eletrônico de Ponto dos Profissionais lotados no Hospital unidades que compõem sua estrutura operacional.

Tais normatizações estão em acordo com a legislação vigente, e considera, sobretudo, as Portarias e instruções Normativas do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

O programa compreende o conjunto de rotinas informatizadas que tem por função tratar os dados relativos a marcação dos horários de entrada e saída, gerando relatório do Espelho de Ponto Eletrônico, o Arquivo Fonte de Dados Tratados - AFDT e Arquivo de Controle de Jornada para Efeitos Fiscais – ACJEF, devendo os referidos arquivos e relatórios serem disponibilizados aos auditores fiscais, no caso de fiscalização, sendo que os profissionais deverão cumprir a jornada de trabalho estabelecida pelo INSTITUTO CEM , não sendo permitida a realização de horas extras, salvo quando houver autorização da Diretoria Executiva.

Para o Registro Eletrônico de Ponto, o INSTITUTO CEM se utilizará de equipamentos de última geração, homologados pelo Ministério do Trabalho e Emprego e que possibilitem o fiel controle e gestão dos recursos humanos. O espelho de ponto e controle de intervalos deverão ser assinados pelos profissionais e pelos superiores imediatos, sendo que a Diretoria Administrativa, com apoio do Setor de Tecnologia da Informação, é encarregada de atender ao disposto pela instituição e ao estabelecido na legislação em vigor.

Os profissionais deverão registrar no Ponto Eletrônico o horário de entrada, saída para intervalo de refeições, retorno do intervalo e no final do dia de trabalho, segundo o horário de trabalho constante da escala de trabalho / quadro de horário afixado em local visível e, caso os profissionais esqueçam de registrar o ponto eletrônico nos horários estabelecidos, os mesmos serão advertidos por escrito.

Outrossim, os ocupantes dos Cargos de Coordenação e Assessoramento Superior e dos cargos de Coordenação e Assessorias Intermediárias poderão ser dispensados do registro eletrônico de ponto, mediante deliberação superior, podendo utilizar o Sistema Manual de Registro de Frequência.

13.4.2 Regime de Contratação

O regime de trabalho adotado pelo HOSPITAL será o Celetista aos colaboradores, aos médicos em regime de plantão de 12 horas, iremos fazer contratação via Pessoa Jurídica.

Para todo colaborador admitido será emitido um contrato de experiência que tem o objetivo de avaliar as aptidões pessoais e o desempenho profissional do trabalhador, bem como demonstrar as vantagens e condições de trabalho oferecidas pela instituição.

O contrato de trabalho de experiência possuirá prazo máximo de 90 dias. Depois que se completa o prazo de experiência, o contrato de trabalho passara a ser, automaticamente, definitivo e de-prazo indeterminado.

Nota 01: O contrato de experiência pode compreender vários períodos (30, 60, 90 dias). Entretanto, o período de experiência somente pode ser renovado uma única vez e desde que a soma dos períodos não seja superior ao prazo máximo de 90 dias (art. 451 CLT). Para efetivar o contrato de experiência, o RH da Unidade registrará na Carteira de Trabalho do colaborador em até 48 horas após a contratação.

Caso a Unidade de Saúde não avalie satisfatoriamente o trabalho apresentado pelo colaborador, o demitirá até o último dia previsto para o término do contrato.

Nota 02: Quando a demissão ocorrer sem justa causa antes do final do período previsto de experiência, a Unidade pagará metade do salário que o trabalhador receberia até o final do contrato de experiência.

Caso durante o período de experiência, o colaborador contratado-achar que não tem interesse em permanecer no emprego, deve entregar no último dia do período de experiência um comunicado por escrito dizendo que não quer permanecer no trabalho, Neste caso, não cumprirá o período de aviso prévio e receberá tanto os dias trabalhados, como O 13.0 salário proporcional. (art. 480 CLT).

Caso o colaborador antecipe a sua desistência, a instituição cobrará multa por rompimento do contrato antes do prazo. Neste caso,, o trabalhador deverá pagar ao empregador 50% dos dias que faltarem para o seu término, que terá descontado dos dias trabalhados e do 13^0 proporcional.

13.4.3 Regra para Elaborar Escalas de Serviços

A seguinte rotina deverá nortear a elaboração das escalas de serviço:

- Do dia 1^0 ao dia 10^0 do mês corrente o coordenador do setor deverá elaborar as escalas de serviço do próximo mês.
- Do dia 11^0 ao dia 14^0 0 rascunho da escala deverá ser divulgado, no setor para ajustes.
- No dia 15^0 0 rascunho da escala deverá ser digitado.
- Do dia 16^0 ao dia 18^0 a escala deverá ser encaminhada para o RH e uma cópia deverá ser afixada na unidade.

13.4.4 Registro de Ponto dos Funcionários

O registro de ponto será através de biometria, onde serão implantados equipamentos e sistema de ponto eletrônico.

Procedimento do Fechamento do Ponto:

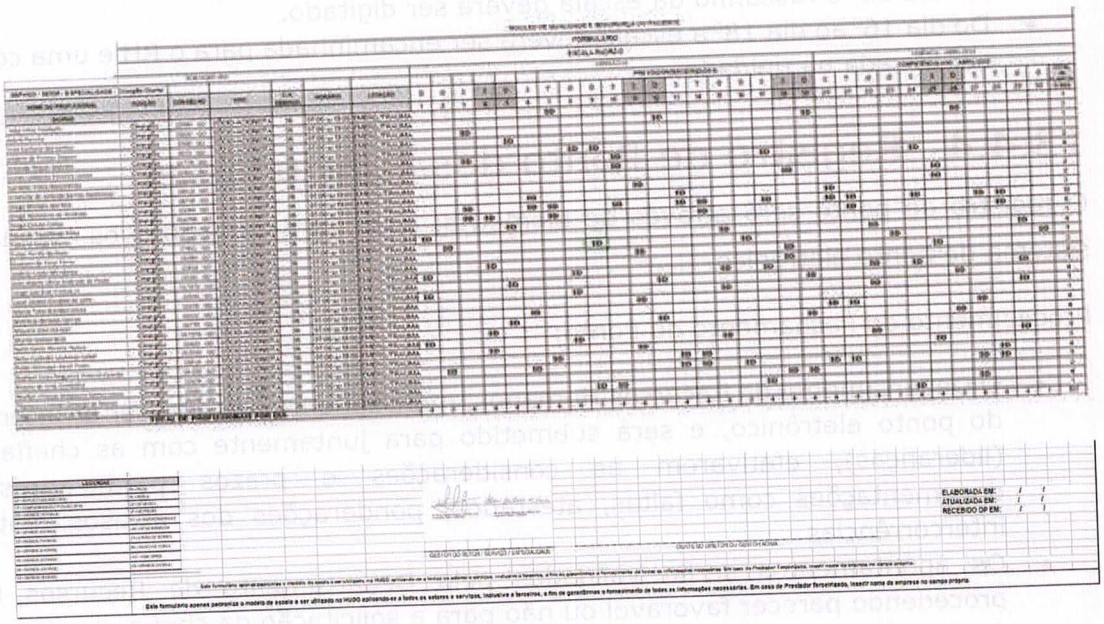
- O Departamento de Recursos Humanos, mensalmente, irá analisar as intercorrências do ponto eletrônico, e será submetido para juntamente com as chefias de área (lideranças), efetivarem as considerações e prazos para apresentar as documentações como faltas, atestados, ponderações dos atrasos, entre outras intercorrências
- Os apontamentos serão validados pelo Departamento de Recursos Humanos, procedendo parecer favorável ou não para a solicitação da chefia
- As lideranças, chefias serão responsáveis de esclarecer individualmente com cada colaborador de seu setor as intercorrências e definições sobre apontamentos e efetivo fechamento do ponto.

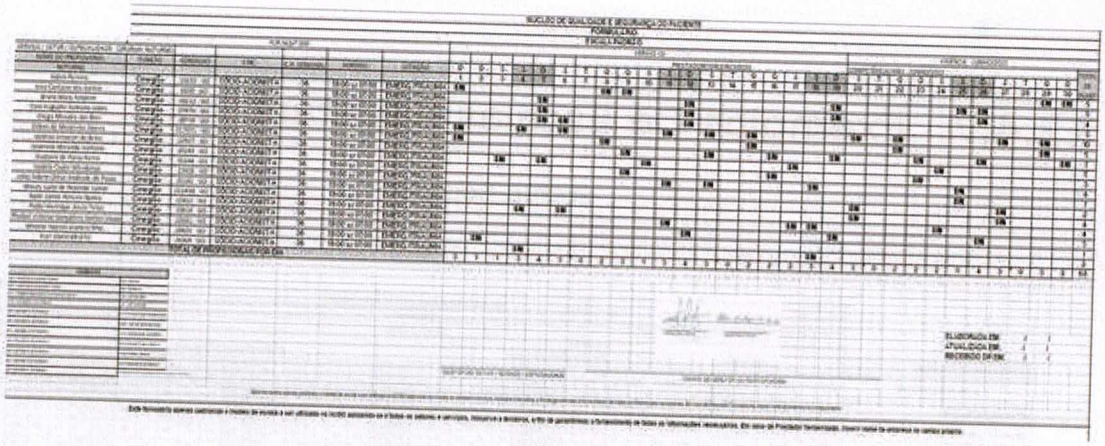
- Após validado, esclarecido junto ao colaborador, uma via será impressa, para colher as assinaturas de colaboradores, chefias, e departamento recursos humanos
- Uma copia será anexada ao prontuário
- Banco de Dados do Sistema Ponto Eletrônico, após validado e aprovado, no Sistema Eletrônico, será encaminhado respeitando os prazos contábeis, para Contabilidade – proceder emissão Folha de Pagamento.

13.4.5 Modelo de Escala Médica

Após a assinatura do contrato de gestão, será feita contratação imediata das especialidades médicas, via edital de contratação do INSTITUTO CEM , com todos os requisitos dos Regulamentos de Compras e Contratação de Serviços do INSTITUTO CEM , no intuito de já iniciar as atividades, para viabilizar o cumprimentos das metas de produção de Atendimento em Consultório.

As contratações dos profissionais médicos clínicas/especialidades serão feita pela contratação pelo regime Pessoas Jurídica, com base no plantão de 12 horas, de segunda a sexta-feira, para atendimento das 7h00 – 19h00 para atendimento ambulatorial, e demais setores do Hospital 24 horas, com escala de 12x36 horas.





13.4.6 Modelo De Escala Dos Servidores

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

FORMULÁRIO

ESCALA PADRÃO

FOR.NQSP.009 VERSÃO 02

SERVIÇO / SETOR / ESPECIALIDADE: **UTI 3 - DIURNO** PRESTADOR(TERCEIRIZADO/S)

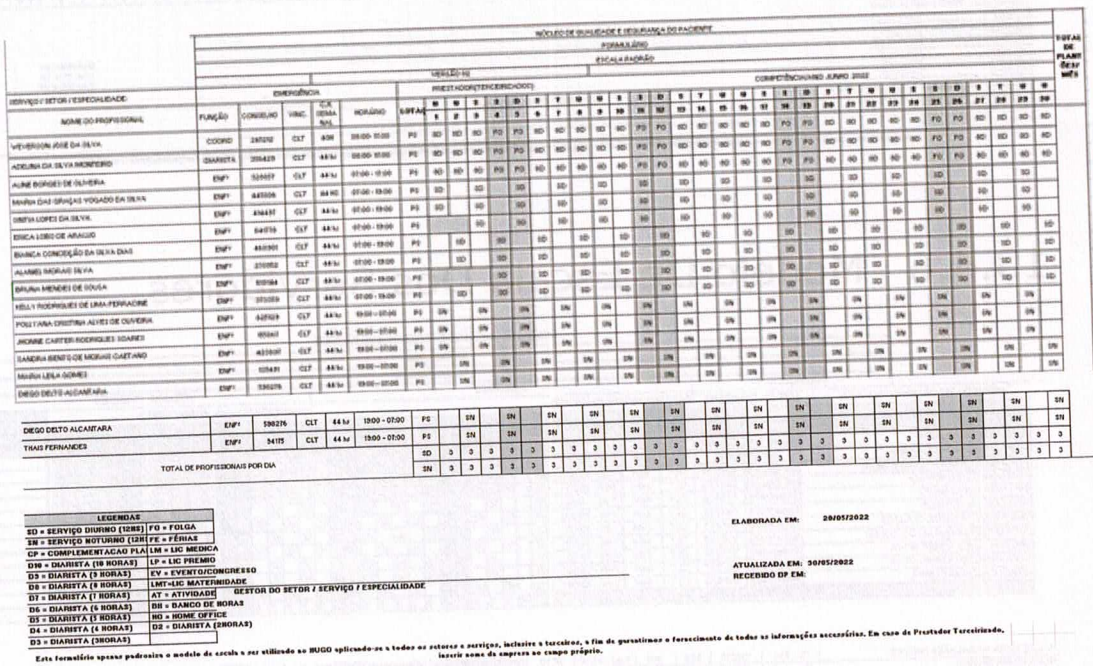
COMPETÊNCIA/ANO: **JUNHO/2022** VIGÊNCIA: 16/06/2022

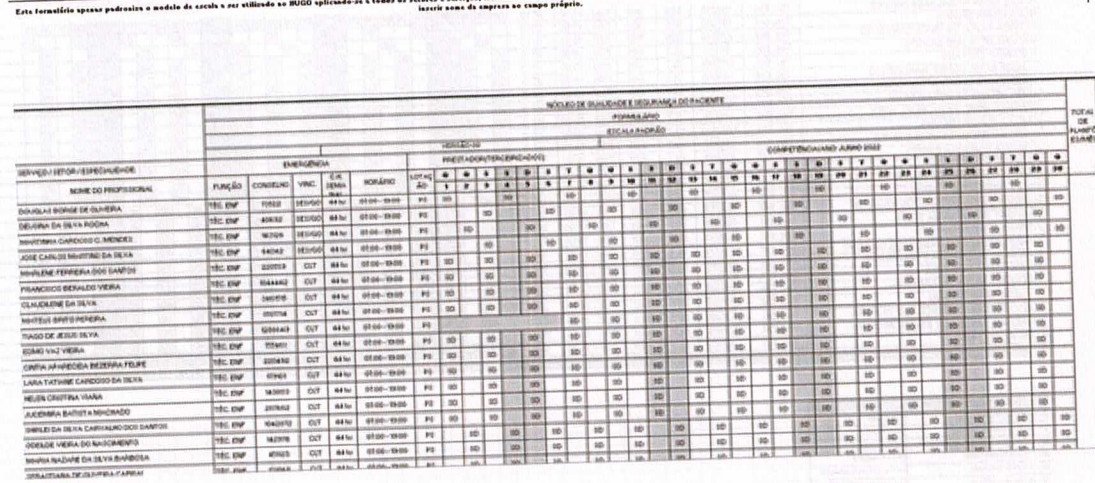
NOME DO PROFISSIONAL	FUNÇÃO	CONSELHO	VINC.	C.H. SEMAN	HORÁRIO	LOTAÇÃO	1 Q	2 Q	3 S	4 S	5 D	6 S	7 T	8 Q	9 Q	10 S	11 S	12 D	13 S	14 T	15 Q	16 Q	17 S	18 S	19 D	20 S	21 T	22 Q	23 Q	24 S	25 S	26 D	27 S	28 T	29 Q	30 Q	TOTAL DE DIAS TRABALHADOS NO MÊS
LILIAN SIQUEIRA COSTA	Coord. Enf	223893	CLT	40H	7:00- 55:00	UTI 3	FO	FO	SD	SD	FO	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	21
SAMANTHA ROMUALDO VIEIRA	Administrativo		CLT	44H	8:00- 18:00	UTI 3	FO	FO	SD	SD	FO	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	21
LIVIA GABRIELA MONTALVÃO E SILVA	Enf Diarista	630355	CLT	44H	7:00- 17:00	UTI 3	FO	FO	SD	SD	FO	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	21
KARITA SANTOS CAETANO	Enf Diarista	242729	CLT	44H	8:00- 18:00	UTI 3	FO	FO	SD	SD	FO	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	SD	SD	FO	D6	D6	FO	FO	21
ANA LUCIA ALVES BRITO	Enfermeira	575108	CLT	44H	7:00 - 19:00	UTI 3	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	15
SARA GONÇALVES REIS	Enfermeira	664779	CLT	44H	7:00 - 19:00	UTI 3	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	15
PAULINE ANTUNES DE OLIVEIRA	Enfermeira	346051	CLT	44H	7:00 - 19:00	UTI 3	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	15
LANDI DRESSICA ARAUJO DE SOUZA	Enfermeira	316159	CLT	44H	7:00 - 19:00	UTI 3	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	15
CRISTINA ALVES XAVIER BAHIA	Enfermeira	3710139	CLT	44H	7:00 - 19:00	UTI 3	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	15
MARIA FRANCISCA BRAS SILVA	Enfermeira	2575567	CLT	44H	7:00 - 19:00	UTI 3	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	15
DEMISE CARSMANA GOMES	Enfermeira	418852	CLT	44H	7:00 - 19:00	UTI 3	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	15
TOTAL DE PROFISSIONAIS POR DIA							3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	84

| | | | | | | |

13.4.7 Exemplos De Escalas Assistenciais

Pronto Socorro





| | | |

Fonoaudiologia

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
FORMULÁRIO
ESCALA PADRÃO

FOR.NQSP.009 — REVISÃO 02 — VIGÊNCIA: 16/06/2023

SERVIÇO / SETOR / ESPECIALIDADE: FONOAUDIOLOGIA — PRESTADOR(TERCEIRIZADOS): — COMPETÊNCIA/ANO: JUNHO/2022

NOME DO PROFISSIONAL	FUNÇÃO	CONSELHO	VINC.	C.H. SEMANAL	HORÁRIO	LOTAÇÃO	Q 1	Q 2	S 3	S 4	D 5	S 6	T 7	Q 8	Q 9	S 10	S 11	D 12	S 13	T 14	Q 15	Q 16	S 17	S 18	D 19	S 20	T 21	Q 22	Q 23	S 24	S 25	D 26	S 27	T 28	Q 29	Q 30	TOTAL DE DIAS TRABALHADA (DOBRAS)
JEISANE SOUZA DOS SANTOS	Resp. Técnico	S-12272	CLT	30 H	07:00 - 13:15	Supervisão	D6	FO	SD	FO	FO	D6	D6	FO	SD	D6	FO	FO	D6	FO	SD	D6	FO	FO	D6	FO	SD	D6	FO	FO	D6	D6	FO	SD	FO	FO	D6	21
MATUTINO																																					
ANDREIA KATIA DO NASCIMENTO	Fonoaudiólogo	S-6803	CLT	30 H	07:00 - 13:15	2º andar/ Amb	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	21
LARISSA ALCANTARA GUEDES	Fonoaudiólogo	S-12510	CLT	30 H	07:00 - 13:15	3º andar	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	21
MARIA SILENE DE SOUSA	Fonoaudiólogo	S-10563	CLT	30 H	07:00 - 13:15	2º andar	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	21
PATRICIA XAVIER RODRIGUES LEITE	Fonoaudiólogo	S-1452	CLT	30 H	06:30 - 12:45	UTI III e IV	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	D6	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	8
SANDRA MARIA ALVES LEMOS	Fonoaudiólogo	S-7348	CLT	30 H	06:30 - 12:45	UTI I e II	D6	D6	FO	D6	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	D6	D6	
VESPERTINO																																					
INEZ JANAINA DE LIMA AMARAL	Fonoaudiólogo	S-10563	CLT	30 H	13:00 - 19:15	UTI's	D6	D6	D6	FO	D6	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	FO	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	21
NATHALIA CRISTINE DE OLIVEIRA CUNHA	Fonoaudiólogo	S-12258	CLT	30 H	13:00 - 19:15	2º andar/obs	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	FO	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	D6	FO	FO	D6	D6	D6	D6	21
TOTAL DE PROFISSIONAIS POR DIA							8	7	7	5	5	7	6	7	8	7	3	1	5	8	7	4	3	0	1	5	7	7	6	6	5	6	7	7	6	7	

LEGENDAS	
SD = SERVIÇO DIURNO (12HS)	FO = FOLGA
SN = SERVIÇO NOTURNO (12HS)	FE = FÉRIAS
CP = COMPLEMENTAÇÃO PLANTÃO	LM = LIC MÉDICA
D10 = DIARISTA (10 HORAS)	LP = LIC PRÊMIO
D9 = DIARISTA (9 HORAS)	EV = EVENTO/CONGRESSO
D8 = DIARISTA (8 HORAS)	LMT=LIC MATERNIDADE
D7 = DIARISTA (7 HORAS)	AT = ATIVIDADE TEÓRICA
D6 = DIARISTA (6 HORAS)	BH = BANCO DE HORAS
D5 = DIARISTA (5 HORAS)	HO = HOME OFFICE
D4 = DIARISTA (4 HORAS)	D2 = DIARISTA (2HORAS)
D3 = DIARISTA (3HORAS)	.....

ELABORADA EM: 02 / 05 / 2022

ATUALIZADA EM: 15 / 05 / 2022
RECEBIDO DP EM: / /

GESTOR DO SETOR / SERVIÇO / ESPECIALIDADE

CIENTE DO DIRETOR OU GESTOR ACIMA

Este formulário apenas padroniza o modelo de escala a ser utilizado no HUGO aplicando-se a todos os setores e serviços, inclusive a terceiros, a fim de garantirmos o fornecimento de todas as informações necessárias. Em caso de Prestador Terceirizado, inserir nome da empresa no campo próprio.

NIR

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
FORMULÁRIO
ESCALA PADRÃO

FOR.NQSP.009 — REVISÃO 02 — VIGÊNCIA: 16.06.2023

SERVIÇO / SETOR / ESPECIALIDADE: NIR — PRESTADOR(TERCEIRIZADOS): — COMPETÊNCIA/ANO: JUNHO/2022

NOME DO PROFISSIONAL	FUNÇÃO	CONSELHO	VINC.	C.H. SEMANAL	HORÁRIO	LOTAÇÃO	1 Q	2 Q	3 S	4 S	5 D	6 S	7 T	8 Q	9 Q	10 S	11 S	12 D	13 S	14 T	15 Q	16 Q	17 S	18 S	19 D	20 S	21 T	22 Q	23 Q	24 S	25 S	26 D	27 S	28 T	29 Q	30 Q	TOTAL DE DIAS TRABALHADOS (DOBRAS)
ROBERTA PIMENTA BARBOSA	COORDENADORA	370648	CLT	44H/sem.	07:00 – 17:00	NIR	COORDENAÇÃO																															21
ESTER MARIA SIQUEIRA DE ARAUJO	ENCARREGADA		CLT	44H/sem.	07:00 – 17:00	NIR	D9	D9	D9					D9	D9	D9	D9	D9			D9	D9	D9	D9	D9			D9	D9	D9	D9	D9			D9	D9	D9	D9	23
ESTER MARIA SIQUEIRA DE ARAUJO	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	07:00 – 19:00	NIR	SD	SD			SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD				13
ESTHER LIMA NUNES DA SILVA	ENFERMEIRO	563623	CLT	44H/sem.	07:00 – 19:00	NIR		SD	SD			SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD			15
JUCYLENE CAMPELO KARIA	ENFERMEIRO	353760	CLT	44H/sem.	07:00 – 19:00	NIR		SD	SD			SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD			15
FERNANDA LIMA FIGUEIREDO	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	07:00 – 19:00	NIR		SD	SD			SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD			
WALBER AUGUSTO	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	07:00 – 19:00	NIR		SD	SD			SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD			
ROSELISIA CAMPOS SILVA LIMA	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	07:00 – 19:00	NIR	SD	SD			SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD			15
ALEX BORGES DE ANDRADE MARCELINO	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	07:00 – 19:00	NIR	SD	SD			SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD			15
ALISSA TAVARES DOS SANTOS	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	07:00 – 19:00	NIR	SD	SD			SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD					SD	SD	SD			15
GUSTAVO DOS SANTOS							SN	SN			SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN			15
NOTURNO																																					
JOANNY REILLY ARANTE PEREIRA	ENFERMEIRO	327565	CLT	44H/sem.	19:00 – 07:00	NIR	SN	SN			SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN			15
DANILO CAMAZIO SILVA	ENFERMEIRO		CLT	44H/sem.	19:00 – 07:00	NIR	SN	SN			SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN			15
JOSIANE MEDEIROS DO NASCIMENTO	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	19:00 – 07:00	NIR	SN	SN			SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN			15
ADRIANA CAMPOS OLIVEIRA	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	19:00 – 07:00	NIR	SN	SN			SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN			
KELLY ABREU KALDEIRA FERREIRA	ADMINISTRATIVO		CLT	44H/sem.	19:00 – 07:00	NIR	SN	SN			SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN					SN	SN	SN			
LUCIANA MARIA DE CASTRO							9	8	9	7	8	10	9	10	9	10	6	7	9	10	9	7	9	7	8	10	9	10	9	10	6	7	9	10	9	10	
TOTAL DE PROFISSIONAIS POR DIA																																					

LEGENDAS	
SD = SERVIÇO DIURNO (12HS)	FO = FOLGA
SN = SERVIÇO NOTURNO (12HS)	FE = FÉRIAS
CP = COMPLEMENTAÇÃO PLANTÃO DE HS	LM = LIC MÉDICA
D10 = DIARISTA (10 HORAS)	LP = LIC PRÊMIO
D9 = DIARISTA (9 HORAS)	EV = EVENTO/CONGRESSO
D8 = DIARISTA (8 HORAS)	LMT=LIC MATERNIDADE
D7 = DIARISTA (7 HORAS)	AT = ATIVIDADE TEÓRICA
D6 = DIARISTA (6 HORAS)	BH = BANCO DE HORAS
D5 = DIARISTA (5 HORAS)	HO = HOME OFFICE
D4 = DIARISTA (4 HORAS)	D2 = DIARISTA (2HORAS)
D3 = DIARISTA (3HORAS)	

ELABORADA EM: / /

ATUALIZADA EM: / /
RECEBIDO DP EM: / /

GESTOR DO SETOR / SERVIÇO / ESPECIALIDADE

CIENTE DO DIRETOR OU GESTOR ACIMA

Este formulário apenas padroniza o modelo de escala a ser utilizado no HUGO aplicando-se a todos os setores e serviços, inclusive a terceiros, a fim de garantirmos o fornecimento de todas as informações necessárias. Em caso de Prestador Terceirizado, inserir nome da empresa no campo próprio.

13.1 Apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais

DIMENSIONAMENTO CLT

CUSTO OPERACIONAL FOLHA	Qtde Func	Qtde Horas	Definição	Salário	Encargos	Total
ALMOXARIFADO E PATRIMONIO						
Coordenador (A) Almoxarifado e Patrimônio	1	40	CLT	7.597,45	1.276,35	8.873,80
Assistente de Almoxarifado	3	44	CLT	5.609,13	891,93	6.501,06
AMBULATORIO						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	2.378,82	399,63	2.778,45
Enfermeiro (A) - Ambulatório - Horário Comercial	2	44	CLT	11.225,19	1885,8	13.110,99
Tecnico (A) de Enfermagem Ambulatorio	4	44	CLT	12.350,28	1.037,40	13.387,68
APOIO ADMINISTRATIVO						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	2.378,82	399,63	2.778,45
Supervisor De Manutenção	1	44	CLT	6.412,16	1.077,22	7.489,38
Motorista Hospitalar Dia E Sob Aviso	3	44	CLT	7.566,75	1271,19	8.837,94
AUDITORIA						
Assistente Administrativo Auditoria	1	44	CLT	2.378,82	399,63	2.778,45
Enfermeiro (A) Auditor	1	36	CLT	3.109,43	522,38	3.631,81
BIBLIOTECA						
Biblioteconomista	1	40	CLT	3.151,62	529,46	3.681,08
CENTRO CIRURGICO						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Coordenador (A) De Enfermagem	1	44	CLT	8.263,49	1.388,25	9.651,74
Enfermeiro (A)	1	44	CLT	4.089,49	687,02	4.776,51
Enfermeiro (A) Centro Cirúrgico	1	44	CLT	4.089,49	687,02	4.776,51
Enfermeiro (A) Centro Cirúrgico	1	44	CLT	4.089,49	687,02	4.776,51
Tecnico (A) De Enfermagem Centro Cirúrgico	10	44	CLT	70.830,54	5.408,80	76.239,34

Tecnico (A) De Enfermagem Centro Cirúrgico	5	44	CLT	19.794,35	3.325,35	23.119,70
Instrumentador Cirurgico	3	44	CLT	9.262,71	1.622,64	10.885,35
Instrumentador Cirurgico	3	44	CLT	11.371,38	1899,78	13.271,16
CME						
Enfermeiro (A)	1	44	CLT	4.089,49	687,02	4.776,51
Tecnico (A) De Enfermagem	5	44	CLT	3.219,57	540,88	3.760,45
Tecnico (A) De Enfermagem	5	44	CLT	3.958,87	665,07	4.623,94
COMPRAS						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Supervisor de Compras	1	44	CLT	4.989,12	838,16	5.827,28
COREME						
Assistente Administrativo Coreme	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Coordenador (a) Administrativo Coreme	1	40	CLT	7.597,45	1.276,35	8.873,80
COREMU						
Assistente Social Tutor	1	30	CLT	3.755,96	536,38	4.292,34
Preceptor Serviço Social	4	30	CLT	14068,64	2363,48	16.432,12
Enfermeiro (A) Tutor	1	44	CLT	4.864,76	817,28	5.682,04
Preceptor Enfermagem	4	44	CLT	17059,08	2865,92	19.925,00
Executor (A) Administrativo	1	44	CLT	4.884,02	820,51	5.704,53
Farmacêutico (A) Tutor	1	44	CLT	6.753,22	1.134,53	7.887,75
Preceptor Farmacia	4	44	CLT	24612,88	4134,92	28.747,80
Fisioterapeuta Tutor	1	30	CLT	4.128,14	692,5	4.820,64
Preceptor de Fisioterapia	4	30	CLT	14490,16	2434,36	16.924,52
Fonoaudiólogo (A) Tutor	1	30	CLT	4.117,16	691,67	4.808,83
Preceptor de Fonoaudiologia	4	30	CLT	14068,64	2363,48	16.432,12
Nutricionista Tutor	1	30	CLT	5.378,50	903,59	6.282,09
Preceptora De Nutrição	4	30	CLT	19.114,00	3211,16	22.325,16
Psicologo (A) Tutor	1	30	CLT	4.117,16	691,67	4.808,83
Preceptor de Psicólogia	4	30	CLT	13.858,72	2124,36	15.983,08
DEP (DIVISAO ENSINO E PESQUISA)						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Psicopedagoga	1	30	CLT	3.485,71	585,59	4.071,30
Supervisor Ensino DEP	1	44	CLT	4.989,12	838,16	5.827,28
DIRETORIA						
Assessor (A) De Diretoria	2	44	CLT	7.458,24	1.252,96	8.711,20
DP						
Analista De Departamento Pessoal	2	44	CLT	5.778,24	970,72	6.748,96

Assistente De DP	2	44	CLT	4.757,64	799,27	5.556,91
Encarregado De DP	1	44	CLT	3.729,12	626,48	4.355,60
ENFERMAGEM PRONTO ATENDIMENTO						
Assistente Adm Enfermagem Pronto Atendimento	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Coordenador (A) De Pronto Atendimento	1	40	CLT	7.745,02	1.054,10	8.799,12
Enfermeiro (A) Emergencia	6	44	CLT	12.947,16	2110,86	15.058,02
Enfermeiro (A) Classificação de Risco	2	44	CLT	8.631,44	1407,24	10.038,68
Enfermeiro (A) Observação	2	44	CLT	8.631,44	1.407,24	10.038,68
Tecnico (A) De Enfermagem Emergencia	10	44	CLT	47.856,27	8039,6	55.895,87
Tecnico (A) De Enfermagem Observação	8	44	CLT	28.713,76	4.823,76	33.537,52
Tecnico (A) De Enfermagem Classificação de Risco	3	44	CLT	10.767,66	1.808,91	12.576,57
Tecnico De Imobilização	2	44	CLT	3.589,22	602,97	4.192,19
ENFERMAGEM UTI						
Assistente Administrativo	2	44	CLT	3.739,42	594,62	4.334,04
Coordenador (A) De Enfermagem	2	40	CLT	16.526,98	2.776,50	19.303,48
Enfermeiro (A) Uti	8	44	CLT	34.525,76	5628,96	40.154,72
Enfermeiro (A) Uti Horário Comercial	2	44	CLT	8.178,98	1374,02	9.553,00
Tecnico (A) De Enfermagem	32	44	CLT	93.319,72	15.677,22	108.996,94
ENFERMARIA						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Coordenador (A) De Enfermagem	1	40	CLT	7.745,02	796,71	8.541,73
Enfermeiro (A)	22	44	CLT	94.945,84	15479,64	110.425,48
Enfermeiro (A) Curativo	1	44	CLT	4.089,49	687,02	4.776,51
Enfermeiro (A) Horário Comercial	1	44	CLT	4.089,49	687,02	4.776,51
Tecnico (A) De Enfermagem	56	44	CLT	200.996,32	33.766,32	234.762,64
FARMACIA						
Assistente De Farmacia	10	44	CLT	33.104,16	5.561,28	38.665,44
Farmacêutico (A)	2	44	CLT	28.150,90	4729,25	32.880,15
FATURAMENTO						
Coordenador (A) De Faturamento	1	40	CLT	7.597,45	1.276,35	8.873,80
Faturista Hospitalar	2	44	CLT	4.757,64	799,27	19.792,57
FISIOTERAPIA						
Supervisor de Fisioterapia	1	44	CLT	5.864,92	985,3	6.850,22
Fisioterapeuta	16	30	CLT	49.592,00	4.463,31	54.055,31
Terapeuta Ocupacional	1	30	CLT	5.325,86	894,74	6.220,60
FONOAUDIOLOGIA						
Supervisor de Fonoaudiologia	1	30	CLT	6.412,16	1.077,22	7.489,38

Fonoaudiólogo (A)	4	30	CLT	11.976,48	2.011,96	13.988,44
HEMOTERAPIA/LABORATORIO						
Biomédico	7	44	CLT	31.025,34	5.101,46	36.126,80
Supervisor (A) Da Agencia Transfusional	1	40	CLT	6.412,16	1.077,22	7.489,38
Tecnico Em Hemoterapia	4	44	CLT	13.970,83	2347,09	16.317,92
NHE						
Assistente Administrativo NHE	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Supervisor (A) NHE	1	44	CLT	4.816,82	809,21	5.626,03
Tecnico (A) Enfermagem NHE	1	44	CLT	3.087,57	518,71	3.606,28
NIR						
Coordenador (A) NIR	1	40	CLT	7.745,02	1.054,10	8.799,12
Assistente Administrativo - Núcleo Interno De Regulação	5	44	CLT	10.621,30	1.742,35	12.363,65
Enfermeiro Núcleo Interno De Regulação	5	44	CLT	21.578,60	3518,10	25.096,70
NQSP						
Assistente Administrativo NQSP	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Coordenador (A) Da Qualidade	1	40	CLT	7.745,02	1.054,10	8.799,12
Enfermeiro Núcleo Segurança Do Paciente	2	44	CLT	7.732,91	1299,12	9.032,03
Tecnico (A) De Enfermagem Núcleo Segurança Do Paciente	1	44	CLT	3.219,57	540,88	3.760,45
NUTRICAO						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	1.869,71	297,31	2.167,02
Coordenador De Nutrição	1	40	CLT	9.021,62	1.515,62	10.537,24
Nutricionista	5	30	CLT	22.584,90	3794,25	26.379,15
ODONTOLOGIA						
Auxiliar De Saúde Bucal	1	44	CLT	1.839,12	308,96	2.148,08
Odontólogo	1	25	CLT	3.939,12	661,76	4.600,88
OUVIDORIA						
Assistente Administrativo Ouvidoria	2	44	CLT	3.739,42	594,62	4.334,04
PRESTACAO DE CONTAS						
Analista Financeiro	2	44	CLT	6.452,37	1.083,97	7.536,34
Assistente Administrativo	3	44	CLT	5.517,36	926,88	6.444,24
Supervisor (A) Financeiro	1	40	CLT	6.412,16	1.077,22	7.489,38
PSICOLOGIA						
Supervisor De Psicologia	1	30	CLT	5.889,12	989,36	6.878,48
Psicologo (A)	4	44	CLT	11.976,48	2.363,48	14.339,96
RECEPÇÃO						
Supervisor(A) De Recepção	1	40	CLT	5.889,12	989,36	6.878,48

Recepcionistas	12	44	CLT	22.436,52	3567,72	26.004,24
RH						
Analista de Rh	2	44	CLT	5.778,24	970,72	6.748,96
Coordenador (a) De Rh	1	40	CLT	7.597,45	1.276,35	8.873,80
SCIRAS						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	1.839,12	308,96	2.148,08
Coordenador (A) SCIRAS	1	44	CLT	8.263,49	1.388,25	9.651,74
Enfermeiro (A) SCIRAS	2	40	CLT	8.178,98	1.374,04	9.553,02
Tecnico (A) De Enfermagem SCIRAS	1	44	CLT	3.219,57	540,88	3.760,45
SERVICO SOCIAL						
Supervisor Serviço Social	1	30	CLT	5.889,12	989,36	6.878,48
Assistente Social	4	30	CLT	4.790,53	2.011,96	6.802,49
SESMT						
Assistente Administrativo	1	44	CLT	1.839,12	308,96	2.148,08
Enfermeiro (A) Do Trabalho	1	44	CLT	3.741,73	628,6	4.370,33
Engenheiro De Segurança Do Trabalho	1	30	CLT	8.536,00	1.434,05	9.970,05
Medico (A) Do Trabalho	1	20	CLT	6.764,00	1.136,35	7.900,35
Tecnico De Enfermagem Do Trabalho	1	44	CLT	2.949,88	490,02	3.439,90
Tecnico De Segurança No Trabalho	2	44	CLT	5.778,24	970,72	6.748,96
T.I.						
Coordenador (A) De Ti	1	40	CLT	7.597,45	1.276,35	8.873,80
Tecnico De Informática	4	44	CLT	10.296,48	1.729,72	12.026,20
Total	**398**			**1.488.632,82**	**237.230,98**	**1.725.863,80**

DIMENSIONAMENTO DE SERVIDORES

DIMENSIONAMENTO DE SERVIDORES	Contagem de SERVIDOR
Assistente Social - 18.464	06
Assistente Técnico de Saúde - QT - 18.464	45
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	02
Auxiliar de Serviços Gerais- QT - 18.464	38
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	13
Biomédico - 18.464	03
Cirurgião-Dentista - 18.464	02
Enfermeiro - 18.464	14

Farmacêutico - 18.463	04
Médico - 18.464	03
Nutricionista - 18.464	01
Técnico em Enfermagem - 18.464	152
Técnico em Laboratório – 18.464	04
Técnico em Radiologia - 18.464	10
Total Geral	**295**

DIMENSIONAMENTO PJ

DIRETORIA	Quantidade Profissional	Horas Trabalhadas	Regime Contratação
DIRETORIA			
Diretor Geral	1	40	PJ
Diretor Técnico	1	40	PJ
Diretor Administrativo	1	40	PJ
GERÊNCIA			
Gerente Médico	1	40	PJ
Gerente de Enfermagem	1	40	PJ
Gerente de Farmácia	1	40	PJ
COORDENAÇÃO			
Coordenador Hospitalar	1	40	PJ
ASSESSORIA			
Assessor de Comunicação	1	40	PJ
PRESTADORES DE SERVIÇO - IN LOCO			
Empresa especializada em serviços de Nefrologia	5	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Segurança e Higienização	14	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Manutenção e Engenharia Predial	23	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Lavanderia	51	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Tomografia e Radiologia	8	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Anestesiologia	22	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular	25	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Endoscopia	9	40	PJ
Empresa especializada em serviços jurídicos	1	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Gestão de Contratos	1	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Terapia Intensiva	8	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Médico Hospitalista e Diarista	18	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Neurocirurgia	2	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Exames Laboratoriais	25	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Alimentação	66	40	PJ
Empresa especializada em serviços Médicos	75	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Neurologia Clínica	24	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Hemodiálise	7	40	PJ

Empresa especializada em serviços de Ortopedia	52	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Engenharia Clínica	6	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Contabilidade	5	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Buco Maxilo facial	5	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Transporte Móvel	18	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Hemoterapia e Transfusão	1	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Portaria	20	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Recepção e Condução	73	40	PJ
Empresa especializada em serviços de Higienização e Limpeza	71	40	PJ
PRESTADORES DE SERVIÇO - EXTERNO			
Empresa especializada em serviços de TELEFONIA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de DEDETIZAÇÃO	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de TECNOLOGIA DA INFORMACAO	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de REPROCESSAMENTO DE MATERIAIS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de DIAGNÓSTICO A DISTÂNCIA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de LOCAÇÃO	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITALAR	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de COTAÇÕES E COMPRAS ELETRÔNICAS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de MANUTENCOES e OPERACOES ELETRICAS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de CERTIFICADO DIGITAL	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de NEUROFISIOLOGIA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de ARQUIVOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de PLANISA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de CONTABILIDADE	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de LOCAÇÃO INFORMÁTICA AUDIOVISUAL	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de MATERIAIS CIRÚRGICOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de DISTRIBUIÇÃO DE IMPLANTES CIRÚRGICOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de ASSESSORIA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de COLETA E TRATAMENTO DE RESÍDUOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de ADVOCACIA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de SEGURANÇA ELETRÔNICA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de SERVIÇOS MÉDICOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de PONTO ELETRÔNICO	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços DE PRODUTOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de PRODUTOS HOSPITALARES	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de UTI MOVEL	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de TECNOLOGIA E CONSULTORIA	-	-	PJ
Empresa especializada em serviços de GASES INDUSTRIAIS	-	-	PJ

13.2 Quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital

13.2.1 QUALIFICAÇÃO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO DIRETOR GERAL:

CARGO	DIRETOR GERAL
Escolaridade mínima	Graduação em Administração Hospitalar
Escolaridade desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviço de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificações.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (edifício e equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO COORDENADOR DE QUALIDADE

CARGO	COORDENADOR DE QUALIDADE
Escolaridade mínima	Graduação em Administração, Medicina e ou Enfermagem
Escolaridade desejável	Especialização em Qualidade em Serviços de Saúde
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Processos de Qualidade, Implantação de Processos de Acreditação e Certificação. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Implantar as Práticas de Gestão da Qualidade. Capacitação em qualidade, Planos de Ação da qualidade e aferimento dos parâmetros mínimos de qualidade exigidos pelo **INSTITUTO CEM .**

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO DIRETOR ADMINISTRATIVO:

CARGO	DIRETOR ADMINISTRATIVO
Escolaridade mínima	Graduação em Administração Hospitalar
Escolaridade desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.

Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificação.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (edifício e equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DA DIRETORIA TÉCNICA

CARGO	DIRETORIA TÉCNICA
Escolaridade mínima	Graduação em Medicina
Escolaridade desejável	Residência Médica em qualquer área da medicina. Dez anos de atuação em Assistência Direta ao Paciente na respectiva especialidade. Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, equipes médicas e similar. Pacote Office.
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificação.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.

Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (edifício e equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIS DO CARGO DE MÉDICO:

CARGO	MÉDICO
Escolaridade mínima	Graduação em Medicina
Escolaridade desejável	Residência Médica na área de atuação. Pacote Office.
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificação.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Exercício da medicina na especialidade médica ao qual será contratado, respeitando os direitos dos pacientes, a Ética Médica, o Regulamento, Normas, Rotinas e Instruções de trabalho do hospital. Participar das Comissões ao qual for convocado.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIS DO ENFERMEIRO DA CCIH/SCIH:

CARGO	ENFERMEIRO DA CCIH
Escolaridade mínima	Graduação em Enfermagem
Requisitos Técnicos	Especialização em Controle de Infecção Hospitalar e/ ou experiência comprovada em Controle e Serviço de Infecção Hospitalar. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Executar Busca Ativa e Análise de Prontuários. Realizar curativos de grande porte e atuar conforme as Normas de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO COORDENADOR DE CUSTOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS:

CARGO	COORDENADOR DE CUSTOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS
Escolaridade mínima	Graduação em Ciências Contábeis
Escolaridade desejável	Especialização na Área Financeira e Contábil
Requisitos Técnicos	Experiência na Área Financeira e Contábil em empresas prestadoras de serviços, de preferência hospitalar. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.

Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar as Atividades Financeiras, Contábeis e de custos do hospital. Responsável pelo Controle e Fluxo de Caixa, emissão de balancetes mensais, relatórios e balanços anuais do hospital, seguindo Normas e critérios da Legislação.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO COORDENADOR DO FATURAMENTO:

CARGO	COORDENADOR DE FATURAMENTO
Escolaridade mínima	Graduação em Administração ou outro Nível Superior
Requisitos Técnicos	Experiência em Faturamento Hospitalar. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Responsável pelo processamento das contas hospitalares dos pacientes assegurados, atendidos nos diversos serviços do hospital, de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO (FATURISTA):

CARGO	FATURISTAS
Escolaridade mínima	Ensino Médio

Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, responsável, comunicação verbal e escrita, senso crítico, empatia, atenção concentrada.
Funções	Faturamento de contas de pacientes, denominadas contas hospitalares, emissão de relatórios, codificações de procedimentos.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO COORDENADOR DE GESTÃO DE PESSOAS/SESMT

CARGO	COORDENADOR DE GESTÃO DE PESSOAS/SESMT
Escolaridade mínima	Graduação em Administração ou Psicologia
Escolaridade Desejável	Especialização em Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Pessoas.
Requisitos Técnicos	Experiência na Área de Recursos Humanos, Departamento de Pessoal, Recrutamento, Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, entre outros.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar as Atividades relacionadas a Gestão de Pessoas: Recrutamento, Seleção, Treinamento, Desenvolvimento, Gestão dos Documentos dos Trabalhadores e Segurança Ocupacional.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

CARGO	ENGENHEIRO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Graduação em Engenharia
Escolaridade Desejável	Especialização em Segurança do Trabalho
Requisitos Técnicos	Experiência em Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Atuar na Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional dos trabalhadores do hospital, visando reduzir as perdas e danos (lesões humanas, danos materiais a máquinas, equipamentos, instalações e ao meio ambiente).

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO MÉDICO DO TRABALHO:

CARGO	MÉDICO DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Medicina
Escolaridade Desejável	Especialização em Medicina do Trabalho
Requisitos Técnicos	Experiência em Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Atuar na Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional dos trabalhadores do hospital, visando reduzir as perdas e danos (lesões humanas, danos materiais às máquinas, equipamentos, instalações e ao meio ambiente). O médico do trabalho atua junto com o Enfermeiro o Engenheiro de Segurança do Trabalho e dos Técnicos em Segurança, na criação do mapeamento de riscos dos departamentos, setores e áreas do hospital. O médico do trabalho atua na emissão de laudos ocupacionais, na admissão e desligamento do trabalhador.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL ENFERMEIRO DO TRABALHO

CARGO	ENFERMEIRO DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização em Enfermagem do Trabalho
Requisitos Técnicos	Conhecimento em planejamento de ações preventivas e de promoção a saúde, elaboração de laudos técnicos, normas de segurança e biossegurança, legislação pertinente. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Atuar na Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional dos trabalhadores do hospital, visando reduzir as perdas e danos (lesões humanas, danos materiais às máquinas, equipamentos, instalações e ao meio ambiente). Realizar procedimentos de Enfermagem junto ao trabalhador atuando na prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

CARGO	TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização em Enfermagem do Trabalho
Requisitos Técnicos	Conhecimento de inspeções para determinar fatores de risco de acidente, CIPA, sistemas de combate a incêndio. Preferencialmente com experiência em hospitais. Conhecimento de legislação pertinente.
Competências	Relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, tomada de decisão, comunicação verbal e escrita, foco em resultado, organização.
Funções	Atuar na Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional dos trabalhadores do hospital, visando reduzir as perdas e danos (lesões humanas, danos materiais às máquinas, equipamentos, instalações e ao meio ambiente). Realizar procedimentos de Enfermagem junto ao trabalhador atuando na prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO

CARGO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Técnico em Enfermagem do Trabalho
Requisitos Técnicos	Conhecimento de inspeções para determinar fatores de risco de acidente, CIPA, sistemas de combate a incêndio. Preferencialmente com experiência em hospitais. Conhecimento de legislação pertinente (NRs)
Competências	Relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, tomada de decisão, comunicação verbal e escrita, foco em resultado, organização.
Funções	Atuar junto ao Enfermeiro do trabalho e demais membros da Equipe de Segurança Ocupacional na prevenção de doenças ocupacionais e saúde no trabalho, além de realizar procedimentos específicos do Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO COORDENADOR DE COMPRAS:

CARGO	COORDENADOR DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS
Escolaridade mínima	Graduação em Administração ou Química Farmacêutica
Escolaridade Desejável	Especialização em Gestão de Materiais e Logística
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle da Área de Suprimentos e Logística que inclui: Área de Compras, abastecimento e distribuição de todos materiais, medicamentos e outros insumos necessários para o funcionamento do Hospital, dimensionando sistemas de transporte e de armazenamento de produtos de forma econômica e segura.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO FARMACÊUTICO – RESPONSÁVEL TÉCNICO:

CARGO	FARMACÊUTICO - R T
Escolaridade mínima	Graduação em Farmácia
Escolaridade Desejável	Especialização em Gestão de Materiais e Logística e/ou Farmácia Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável Técnico pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle de toda aquisição, dispensação e utilização dos fármacos e medicamentos e suas consequências ao organismo humano dentro do Hospital. É o responsável para atuar junto aos médicos e demais profissionais de saúde sobre a utilização de medicamentos, principalmente os antimicrobianos, fiscalizando sua utilização, armazenamento e manipulação.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO FARMACÊUTICO:

CARGO	FARMACÊUTICO
Escolaridade mínima	Graduação em Farmácia
Escolaridade Desejável	Especialização e/ou experiência em Farmácia Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsáveis pelos controles e solicitações de aquisições, o, abastecimento, dispensação e manipulação de todos os fármacos e produtos químicos utilizados ou produzidos pelo Hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO AUXILIAR DE FARMÁCIA:

CARGO	**AUXILIAR DE FARMÁCIA**
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade desejável:	Experiência em Farmácia Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.

Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Responsáveis pelo recebimento, estocagem e dispensação dos fármacos e materiais solicitados pelos diversos departamentos e setores do Hospital e dispensação para usuários de ESSALUD, descritos no Petitório.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DOS AUXILIARES DE ALMOXARIFADO

CARGO	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Requisitos Técnicos	Conhecimento em recebimento, conferência, controle e estoque de mercadorias, digitação, pacote office, principalmente Excel e preferencialmente com noções de curva ABC
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Disposição, agilidade, força física, organização, criticidade, atenção, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, comprometimento, disponibilidade e ética

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DOS ASSISTENTES DE COMPRAS:

CARGO	ASSISTENTES DE COMPRAS
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Requisitos Técnicos	Conhecimento em recebimento, conferência, controle e estoque de mercadorias, digitação, pacote office, principalmente Excel e preferencialmente com noções de curva ABC
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Atuar em conjunto com os compradores do Hospital para suprir e assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários ao funcionamento do Hospital, garantindo a qualidade, quantidade e preços compatíveis, de acordo com as necessidades e padronizações do Hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO MOTORISTA:

CARGO	MOTORISTA
Escolaridade mínima	Ensino Básico.
Requisitos Técnicos	Carteira de Habilitação em direção de veículos
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Atuar como motoristas dos veículos: administrativos, ambulâncias e outros.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES DO COORDENADOR DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO:

CARGO	COORDENADOR DE TI
Escolaridade mínima	Graduação em Tecnologia da Informação., Ciência da Computação, ou áreas afins.
Escolaridade Desejável	Pós-Graduação ou especialização em Gestão Sistemas da Informação, Gerenciamento de Redes ou áreas afins.
Requisitos Técnicos	Conhecimento em coordenação de equipe e planejamento estratégico do setor, integração e manutenção de sistemas. Elaboração de projetos de T.I. Experiência em planejamento e administração de rede, implantação ou integração de sistemas. Preferência que já conheça o segmento hospitalar.

Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelo desenvolvimento, análise, e implementa sistemas de informação para diversos setores de atividade. Responsável pelo cuidado com os equipamentos, softwares, treinamentos de todos os trabalhadores

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO TÉCNICO DE INFORMÁTICA:

CARGO	TÉCNICO DE INFORMÁTICA
Escolaridade mínima	Curso Técnico de Informática
Escolaridade Desejável	Cursando graduação na área de Informática.
Requisitos Técnicos	Experiência em planejamento e administração de rede, implantação ou integração de sistemas. Preferência que já conheça o segmento hospitalar.
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Auxiliar na implementação, treinamentos e manutenção dos Equipamentos de Informática e de Tecnologia da Informação.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO GERENTE DE ENFERMAGEM

CARGO	GERENTE DE ENFERMAGEM
Escolaridade mínima	Graduação em Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão dos Serviços de Enfermagem. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar todas as atividades relacionadas aos cuidados assistências da Enfermagem.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DAS ASSISTENTES ADMINISTRATIVAS (ENFERMAGEM)

CARGO	ASSISTENTE ADMINSITRATIVA ENFERMAGEM
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Cursando graduação em Enfermagem e/ou administração em serviços de saúde
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Executar o conjunto de atividades empregadas na assessoria imediata, tais como: controlar os arquivos e prontuários dos pacientes, tomando as providências necessárias para o agendamento de exames, auxilia a enfermagem, médicos e demais profissionais de saúde nos processos administrativos, informações, equipes e comunicações internas e externas.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES DO PERFIL DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL DAS UNIDADES:

CARGO	ENFERMEIRO
Escolaridade mínima	Graduação em Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização na Área que atuará
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, liderança, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Cabe privativamente, ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES:

CARGO	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
Escolaridade mínima	Técnico em Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização na Área que atuará
Requisitos Técnicos	Experiência em Assistência na Enfermagem e supervisão da Equipe na Área que atuará. Pacote Office.
Competências	Comunicação, relacionamento, trabalha em equipe, agilidade, atenção dividida, motivação

Funções	Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, executar atividades de desinfecção e esterilização, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, integrar a equipe de saúde; participar de atividades de educação em saúde, inclusive: executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes e participar dos procedimentos pós-morte.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO COORDENADOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE (USUÁRIO)

CARGO	COORDENADOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
Escolaridade mínima	Graduação em Relações Pública ou Hotelaria
Escolaridade Desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Comunicação, relacionamento, trabalho em equipe, agilidade, atenção dividida, motivação
Funções	Responsável pela promoção em conjunto com sua equipe o primeiro atendimento ao usuário e propiciará o encaminhamento para os demais atendimentos, é o responsável por causar a boa imagem do Hospital perante o público interno e externo. Executará a estratégia de comunicação para transmitir informações e orientações sobre: a entrada e recepção das pessoas no Hospital (todas as recepções), a internação do

	assegurado, a alta, o informe aos familiares, a telefonia, o Serviço de Psicologia e Serviço Social do hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DAS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS – RECEPCIONISTAS:

CARGO	RECEPCIONISTAS
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Cursos de Aperfeiçoamento em Atendimento ao Público.
Requisitos Técnicos	Atendimento ao público, boa digitação. Desejável experiência na área hospitalar. Boa apresentação pessoal (aspecto de limpeza, seja asseado). Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelas atividades e procedimentos que processam os contacto, com os assegurados e seus familiares, médicos, enfermagem e outros profissionais que buscam informações no Hospital. É a principal dinamizadora do Hospital, e o seu funcionamento espelha a imagem deste. Normalmente é da responsabilidade da Recepção a prossecução de reservas, Check in in (entradas)/Internação e Check out (saídas de pacientes), pagamentos, dar informações a clientes, controle do estado dos quartos, receber reclamações, entre muitas outras tarefas que resultam do contacto com os diversos agentes relacionados com o hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DAS TELEFONISTAS:

CARGO	TELEFONISTAS
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Cursos de Aperfeiçoamento em Atendimento ao Público e Telefonia.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelos atendimentos telefônicos externos, ligações externas para os solicitantes, com controle das ligações, principalmente para telefones móveis. O Serviço de telefonia também é responsável pela comunicação através de sistema de Comunicação com todo o Hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO PSICÓLOGO HOSPITALAR:

CARGO	PSICÓLOGO HOSPITALAR
Escolaridade mínima	Graduação em Psicologia
Escolaridade Desejável	Especialização Psicologia Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento

Funções	Dedicar -se ao estudo dos transtornos mentais e dos aspectos psíquicos de doenças não mentais dos assegurados hospitalizados e a nível ambulatorial. O Psicólogo Hospitalar atuará também no Serviços de Atenção a Paciente imunodeprimidos e outros.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO ASSISTENTE SOCIAL:

CARGO	ASSISTENTE SOCIAL
Escolaridade mínima	Graduação em Serviço Social
Escolaridade Desejável	Especialização na área Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelo planejamento e a execução de políticas e de programas sociais voltados para o bem-estar coletivo e para a integração do indivíduo assegurado, na sociedade. O assistente social trabalha com o acompanhando, analisando e propondo ações para melhorar as condições de vida de crianças, adolescentes e adultos assegurados. Cria campanhas de alimentação, saúde, educação e recreação e implanta projetos assistenciais, realiza campanhas de segurança no trabalho e acompanha funcionários nas questões de saúde, finanças, sociais e familiares.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO BIOMÉDICO:

CARGO	BIOMÉDICO
Escolaridade mínima	Graduação em Biomedicina
Escolaridade Desejável	Especialização em Hemoterapia/Hematologia e/ou Análises Clínicas
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	**NA HEMATOLOGIA:** processamento de todas as Bolsas de Sangue coletadas através de doação, bem como as provas cruzadas e demais procedimentos com o sangue e hemoderivados de doadores e receptores submetendo este sangue e os hemoderivados uma rigorosa análise sorológica, com testes de última geração para detecção de sífilis, doença de Chagas, hepatites B e C, AIDS, HTLV - I/II, etc. Também é responsável por preparar os serviços hemoterápicos realização das transfusões de sangue total e seus componentes, como concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crio precipitado, e os serviços imuno-hematológicos compreendem as tipagens sanguíneas, pesquisas de anticorpos antieritrocitários, identificação desses anticorpos, provas de compatibilidade pré-transfusionais etc. **NO LABORATÓRIO:** realização de exames de análises Clínicas: Bioquímica e Urinálises, Hematologia, Microbiologia, Parasitologia, Micologia, Baciloscopia e Imunologia, solicitados por médicos para pacientes hospitalizados, da emergência, Bloco Cirúrgico e outras solicitações de assegurados que se fizerem

	necessárias, bem como emissão de laudos em tempo pré-determinado pela instituição ou de acordo com as exigências de condições clínicas do paciente expostas pelo médico assistente no momento.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO TÉCNICO DE HEMOTERAPIA

CARGO	TÉCNICO DE HEMOTERAPIA
Escolaridade mínima	Técnico
Escolaridade Desejável	Aperfeiçoamento em Hematologia, Hemoterapia e análises clínicas
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Comunicação, relacionamento, trabalho em equipe, agilidade, atenção concentrada, motivação
Funções	Auxiliar o Bioquímico, biomédico ou biólogo na Área de Hematologia ou no Laboratório de Análises Clínicas: coletando materiais do paciente bem como auxiliar nos trabalhos de bancada em análises clínicas (tais como sangue oculto nas fezes, urina I, microbiologia, dentre outros)

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO FISIOTERAPEUTA:

CARGO	FISIOTERAPEUTA
Escolaridade mínima	Graduação em Fisioterapia
Escolaridade Desejável	Especialização na Área de Reabilitação.

Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Atuará nas unidades de Hospitalização, unidades de cuidados críticas e semicríticas, Internação Domiciliar e no Centro de Reabilitação. O fisioterapeuta ajuda um paciente a recuperar suas habilidades naturais e a viver sem esse tipo de incômodo, colabora para que ele tenha mais qualidade de vida. A função primordial do fisioterapeuta é prevenir, diagnosticar e tratar disfunções do organismo causadas por acidentes, malformação genética, vício de postura ou distúrbios neurológicos, cardíacos ou respirar rios. No hospital, seu trabalho é combater o sedentarismo. Para isso, deverá fazer avaliações posteriores também com os trabalhadores, para saber se a pessoa tem alguma restrição e, no caso de dores, investigo as causas. Normalmente elas estão associadas ao trabalho. No geral, o trabalho é executado em parceria com outros profissionais da área de saúde, como fonoaudiólogos, médicos e terapeutas ocupacionais. Além dos métodos de manipulação e ginástica, para restaurar e desenvolver a capacidade física e funcional do paciente, o fisioterapeuta faz tratamentos à base de água, calor e frio. Trabalha com idosos, gestantes, crianças e pessoas com deficiência física e mental.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO COORDENADOR DE HEMOTERAPIA:

CARGO	COORDENADOR DA HEMOTERAPIA
Escolaridade mínima	Graduação Biomedicina
Escolaridade Desejável	Especialização em Gestão de Serviços de Saúde.
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Exercerá funções de planejamento, supervisão, coordenação e controle. Com excelente controle de qualidade para realização dos exames e controle de qualidade nos referidos exames e equipamentos. ; planejar para suprir o departamento com todos os materiais, reagente e outros insumos, para o devido funcionamento de ambos laboratórios: Análises Clínicas (Bioquímica e Uro análises, Hematologia, Microbiologia, Parasitologia, Micologia, Baciloscopia e Imunologia) e Anatomia Patológica (Macroscopia e Patologia Cirúrgica, Citologia e Necrópsias).

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO AUXILIAR DE LAVANDERIA/CAMAREIRA:

CARGO	AUXILIAR DE LAVANDERIA
Escolaridade mínima	Ensino Básico
Escolaridade Desejável	Ensino Médio
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsáveis pela coleta, pesagem, separação, lavagem, secagem e preparação da roupa para ser entregue e utilizada pelos usuários.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DA COSTUREIRA:

CARGO	COSTUREIRA
Escolaridade mínima	Ensino Básico
Escolaridade Desejável	Ensino Médio
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsáveis pelos reparos de roupas defeituosas, bem como confecção de novas peças de acordo com a padronização do Hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO COORDENADOR DE MANUTENÇÃO E ENGENHARIA CLÍNICA:

CARGO	COORDENADOR DE MANUTENÇÃO E ENGENHARIA CLÍNICA
Escolaridade mínima	Graduado em Engenharia
Escolaridade Desejável	Especialização em Engenharia Clínica
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelo planejamento, controle, organização e supervisão de toda a conservação, manutenção preventiva e corretiva da Estrutura Predial, incluindo todas as instalações elétricas, hidráulica e mecânica, bem como de todo o parque de equipamentos: eletromecânicos, hospitalares, incluindo do o mobiliário clínico ou administrativo.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO ELETRICISTA:

CARGO	ELETRICISTA
Escolaridade mínima	Ensino Técnico
Escolaridade Desejável	Curso Profissionalizante em Elétrica
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela manutenção preventiva e corretiva de toda o cabeamento elétrico, Geradores, cabines primárias e outros que necessitem de seu serviço

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO TÉCNICO EM ELETRÔNICA:

CARGO	TÉCNICO EM ELETRÔNICA
Escolaridade mínima	Ensino Técnico
Escolaridade Desejável	Curso Profissionalizante em Eletrônica
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela manutenção preventiva e corretiva na área de Eletrônica, responsável pela manutenção preventiva e corretiva de Equipamentos Eletrônicos do Hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO PEDREIRO:

CARGO	PEDREIRO
Escolaridade mínima	Ensino Básico
Escolaridade Desejável	Curso de Aperfeiçoamento em Construção Civil
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela manutenção preventiva e de pequenas reformas na Estrutura Arquitetônica do Hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO VIGILANTE/PORTEIRO:

CARGO	VIGILANTE/PORTEIRO
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Curso Profissionalizante em Vigilância e Segurança Patrimonial
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela primeira recepção das pessoas, controle de entrada e saída das pessoas e veículos. Responsáveis pelo monitoramento e vigilância de todo o Patrimônio do hospital.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E PERFIL DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO (TODO HOSPITAL):

CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Cursando nível superior
Requisitos Técnicos	Experiência com atendimento ao cliente, preferencialmente em Ouvidoria. Conhecimento em digitação, pacote office
Competências	Trabalho em equipe, empatia, organização, flexibilidade, relacionamento interpessoal, comunicação escrita e verbal
Funções	Atuar no serviço burocrático em qualquer departamento/setor do Hospital: controle e arquivamento de documentos, digitação, atendimento telefônico, organização de áreas administrativas.

No intuito de possibilitar o atingimento dos objetivos estratégicos, serão implantados programas dentro do Plano Tático. Esses programas contarão com um coordenador, que, por sua vez, dará suporte aos projetos a serem implantados no nível do Plano Operacional - cabendo também ao referido coorde-nador acompanhar a evolução dos projetos por meio de indicadores e reuniões de planejamento mensais. Dentro do Plano Operacional, cada projeto ou ação contará com um Plano de Ação, os quais serão apre-sentados de modo sintético.

14 Metodologia de Projetos

14.1 Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.

14.2 Planejamento Da Proposta De Trabalho

14.2.1 Introdução

Alinhado ao modelo de gestão proposto pelo INSTITUTO CEM, apresenta-se, a seguir, o modelo para o planejamento e implantação de projeto, cujo objeto é a "Implantação, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde" no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

O objetivo principal do projeto segue as premissas básicas utilizadas para o desenvolvimento-do projeto, baseada nas premissas do Edital, são:

- Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância na legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;
- Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- Sistema de Metas;
- Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e
- Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil
- da Unidade no Ministério da Saúde (MS);
- Busca de certificação de qualidade em saúde;

- A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
- A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-graduação Lato Sensu, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

14.2.2 Escopo Do Projeto

O INSTITUTO CEM afirma o compromisso com o Estado de Goiás por meio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, visando conjuntamente a busca pela eficiência em gestão com a implementação de metodologia de gerenciamento resolutiva,e com a apresentação dessa Proposta de Trabalho, manifesta interesse em participar do certame uma vez que o escopo do seu objeto se encontra diretamente relacionado aos objetivos do Instituto estabelecidos no seu estatuto social, sendo:

- Promoção de estudos, pesquisas, de envolvimento de tecnologia alternativa, produção e divulgação de informações e reconhecimento técnico e científico que digam respeito às atividades junto ao Ministério da Saúde e a quaisquer esferas e poderes da Administração Pública.
- Desenvolvimento de atividades para organização de sistemas e rede de atendimen a serviços ambulatoriais, diagnósticos, internação, atendimento domiciliar e exames, seguindo critérios da Portaria nº. 2029/11 do Ministério da Saúde, ou do diploma normativo que a suceder;
- Desenvolvimento de projetos técnicos, estudos, levantamentos e a prestação de consultoria, assessoria e outros serviços na área da saúde;
- Promoção de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos científicos;
- Desenvolvimento de programas de pesquisa e estágio em parceria com Faculdades, Universidades, Escolas Técnicas e Profissionalizantes;

- Realizações de programas e eventos relativos a treinamentos, palestras, seminários e congressos, cursos especiais;
- Gerir, através de Parcerias com o poder Público, Estadual, Municipal ou Federal, Instituições governamentais de educação profissionalizante de formação técnica ou superior, órgãos e instituições que desenvolvem e prestam serviços de saúde à população.
- Desenvolvimento de Projetos, Programas, Planos de Ações e Inovações Tecnológicas para gerenciamento de resíduos hospitalares e de outras unidades de serviços de saúde, objetivando as adequações das atividades operacionais dos serviços à proteção e preservação do meio ambiente, de forma sustentável."
- Celebrar o contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , será de relevante importância para que o INSTITUTO CEM, possa realizar as ações a que se propõe e alcançar sua finalidade enquanto uma Organização Social de Saúde.

Antes de falarmos sobre projetos para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO Cruz, é preciso entender os principais **níveis de planejamento: estratégico, tático e operacional**, que se diferenciam no prazo das ações, nos níveis hierárquicos envolvidos e como cada planejamento influência no resultado geral da organização.

14.2.2.1 Identificação da Unidade

Nome: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

CNES: 6665322

Endereço: Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000.

Tipo de Unidade: Hospital de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda regulada e/ou referenciada. Hospital geral de médio porte.

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funciona me nt o: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta- feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

14.2.2.2 Capacidade Instalada

ESTRUTURA

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Descrição	Leitos
Clínica Médica	**08**
Clínica Médica Pediátrica	**04**
Clínica Cirúrgica Pediátrica	**04**
Clínica Cirúrgica	**53**
UTI Adulto	**18**
Leitos dia	**04**
Centro Cirúrgico	**04**
RPA	**04**
Consultórios	**03**
Sala de procedimentos	**01**

PERFIL DA UNIDADE

O HERSO é um hospital Geral de Média e Alta Complexidade, de demanda regulada e/ou referenciada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), conforme classificação de risco, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

A unidade será referência para o serviço de Terapia Renal Substitutiva da Policlínica Estadual de Quirinópolis e para atendimento aos pacientes da Rede de Atenção à Saúde devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual, nos componentes de confecção de fístula arteriovenosa, urgência e emergência.

DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

14.2.2.3 Linhas de Serviços

Para o funcionamento do HERSO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

INTERNAÇÃO:

- Saídas de Clínica Médica;
- Saídas Cirúrgicas;
- Saídas Pediátricas;
- Saídas Cirúrgicas Pediátricas.
- Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a linha de serviços para efeito de metas).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

- Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;
- Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório;
- Pequenos Procedimentos Ambulatoriais.

CIRURGIAS ELETIVAS:

- intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar;

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SADT EXTERNO:

- corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade;

HOSPITAL-DIA

Os Atendimentos de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **INSTITUTO CEM** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

a. Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida.

No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

- Assistência por equipe médica especializada;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de enxoval;

- Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- A realização das cirurgias, devendo o **INSTITUTO CEM** evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância.

A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.

ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual.

Para efeito de produção pactuada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência

propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

ESPECIALIDADES INICIAIS PARA PORTA DE ENTRADA (URGÊNCIA) A SEREM OFERECIDAS NO HERSO

- Bucomaxilo
- Cirurgia Geral Clínica Médica
- Ortopedia e Traumatologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Clínico Vascular

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

O **INSTITUTO CEM** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

As consultas ambulatoriais compreendem:

- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Regulação** ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de egresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

- É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas.

As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;

- Constitui exceção ao disciplinado no *caput* deste subitem, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

    a. análise dos dados contidos no prontuário;

b. entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;

c. diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);

d. resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;

e. definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e

f. registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira à sábado, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de S a ú d e , nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

ESPECIALIDADES MÉDICAS INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HERSO

- Cirurgia Vascular
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Neurologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Urologia

ESPECIALIDADES MULTIPROfiSSIONAIS DA SAÚDE (INICIAIS) A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HERSO

- Enfermagem
- Fisioterapia
- Farmácia
- Nutrição

- Psicologia
- Cirurgia Bucomaxilo facial

O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela SES-GO;

A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pelo Complexo Regulador Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **INSTITUTO CEM** em até 60 dias;

Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Termo de Colaboração** , ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - SADT EXTERNO

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e ao que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pelo Complexo Regulador Estadual;

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional do SADT;

Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados e executados são:

PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

- Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE
- Eletrocardiograma
- Radiografia
- Tomografia Computadorizada

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;

Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada.

14.2.3 Metas De Produção e Indicadores de Desempenho

São apresentados os indicadores e as metas de produção pactuados com o HERSO referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário;

O INSTITUTO CEM deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO;

Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

Na medida em que os indicadores forem homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definidos em normativa própria da SES-GO;

Nada obsta, entretanto, que o PARCEIRO PÚBLICO solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definidos para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

14.2.3.1 Quadro-Síntese dos Indicadores e Metas de Produção

QUADRO I - METAS DE PRODUÇÃO

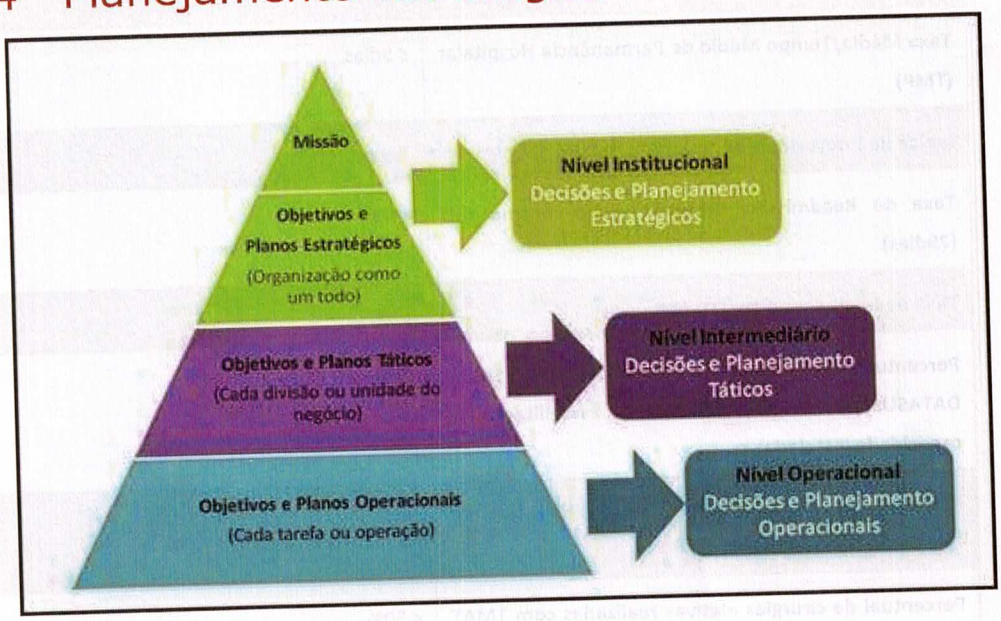
Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	381	**4.572**
	Clínica Médica	55	**660**
	Clínica Pediátrica Cirúrgica	36	**432**
	Clínica Pediátrica	44	**528**
	Cirurgia Eletiva de Alto Giro	100	**1.200**
Cirurgias Eletivas	Cirurgia Eletiva de Média ou Alta complexidade	80	**960**
	Cirurgia Eletiva de Alto	30	**360**
Atendimentos Ambulatoriais	Consultas médicas na Atenção Especializada	800	**9.600**
	Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada	900	**10.800**
	Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40	**480**
SADT Externo	Eletrocardiograma	20	**240**
	Raio X	30	**360**
	Tomografia Computadorizada	50	**600**
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica CPRE	150	180

QUADRO II – INDICADORES DE DESEMPENHO

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥85 %
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤ 5dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 21
Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (29dias)	< 8%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS(exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado(↓) para o primeiro ano	< 50%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado(↓) para o segundo ano	< 25%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado entregue em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%

Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	≥ 80%
Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado	2%

14.2.4 Planejamento Estratégico



O planejamento estratégico é o começo de tudo, é a visão do futuro da organização, que s estrutura nos fatores ambientais externos, e nos fatores internos, ondedefinimos os valores, visões e missão da organização.

As decisões tomadas no planejamento estratégico são de **responsabilidade da alta administração da mesma**.

As ações são criadas pensando em longo prazo, normalmente feitas para operíodo de 5 a 10 anos, que buscam uma visão ampla da organização sem ações muitos detalhadas, pois seria difícil acertar tantos detalhes para um período tão longo.

É importante lembrar que devido as ações de longo prazo, o planejamentodeve ser revisado e atualizado continuamente para que as informações sejam mais reais esirvam como fatos e dados para tomada de decisão.

Este passo é essencial para que não haja grandes variações entre o que foiplanejado e o que foi executado.

14.2.5 Planejamento Tático

Enquanto o planejamento estratégico se desdobra para toda a organização,o planejamento tático tem um envolvimento mais limitado, a nível setorial, envolvendo às vezes apenas um processo de ponta a ponta.

O planejamento tático é o responsável por criar metas e condições para que as ações estabelecidas no planejamento estratégico sejam atingidas.

Por se tratar de um planejamento mais específico, as decisões podem ser tomadas por pessoas que ocupam os cargos entre a alta direção e o operacional, como executivos da diretoria e gerentes.

Outra característica que diferencia o planejamento tático é o tempo que as ações são aplicadas, geralmente no período de 1 a 3 anos mensurando ações para um futuro mais próximo do que o visado no planejamento estratégico, ou seja, médio prazo.

Aqui os planos começam a ser mais detalhados, **e podemos dizer que o planejamento tático é a decomposição do planejamento estratégico**, ele traduz e interpreta o plano estratégico para transformá-lo em planos concretos, onde vamosdesenvolver o plano de produção, pessoal, dentre outros.

14.2.6 Planejamento Operacional

O planejamento operacional é de onde saem as ações e metas traçadas pelonível tático para atingir os objetivos das decisões estratégicas.

Neste planejamento os envolvidos são aqueles que executam as ações quesão aplicadas em curto prazo geralmente no período de 3 a 6 meses.

Aqui, todos os níveis da organização estão envolvidos e cuidam do acompanhamento da rotina, **garantindo que todas as tarefas e operações sejam executadas,** de acordo com os procedimentos estabelecidos, preocupando-se em alcançaros resultados específicos.

É importante destacar que um planejamento estratégico não vai sair do papel se os planos do nível tático e operacional não forem bem estabelecidos, pois **é um processo integrado e interdependente**.

Todos os níveis são necessários: o estratégico para o orientar a visão, o tático para desdobrar essa visão em planos de ação menores e o operacional para levar osplanos a execução. Por isso, os planejamentos devem envolver todos do HERSO e é um incentivo para que as pessoas se comprometam com os resultados.

A integração desses elementos permite que os trabalhos dentro de um projeto sejam ordenados em fases e, em cada uma delas, sejam pontuadas as entregas especificas, suportadas por padrões de documenta ao e formulários.

- Realização de Planejamento Estratégico Participativo
- Internalização do Planejamento Estratégico:
- Governança Corporativa
- Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos
- Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho.
- Definição de Fóruns periódicos de acompanhamento de resultados (conforme diretrizes emetas - Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos

14.2.7 Pilares Operacionais:

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO terá como pilares operacionais os seguintes princípios:

- Acessibilidade
- Coordenação do cuidado
- Continuidade do cuidado
- Integralidade
- Responsabilização

- Humanização
- Equidade
- Participação social
- Direito à Informação sobre diagnostico ao Usuário
- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS.

Além disto, estimulará a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedadee cidadania, (macas e cadeiras de rodas).

É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo INSTITUTO CEM contribuirão de maneira marcante para que se obtenha um bom acompanhamento do projeto e, consequentemente, bons resultados.

Diante do exposto e, com o objetivo de garantir atendimento em saúde qualificada, em conformidade com os compromissos da gestão estadual e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática gerencial empresarial, o INSTITUTO CEM apresenta nos itens a seguir, o detalhamento da proposta de modelo gerencial, orientada para o atendimento média e alta complexidade do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO .

14.2.8 Objetivos Estratégicos:

Para alcançar o objetivo de promover uma Gestão de excelência junto ao Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO e em harmonia com as premissas do Edital, desmembraremos nossa Proposta de Trabalho em 8 objetivos estratégicos:

- Implantação de todos os serviços assistenciais do hospital;
- Cumprimento de metas e indicadores contratuais;
- Certificação de Qualidade em Saúde

- Humanização
- Gestão eficiente
- Gestão e desenvolvimento de Pessoas
- Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
- Incremento de atividades e projetos no Hospital

Após devido planejamento com clara visão de futuro e objetivos estratégicos bem definidos para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO na Proposta de Trabalho a ser apresentada, serão elaborados programas e projetos nos Planos Tático e Operacional a fim de viabilizar o alcance de tais objetivos.

Os objetivos, então, serão transcritos em forma de Metas, para que possamser mensuráveis e serem elaborados indicadores que irão avaliar e acompanhar o funcionamento de cada programa/projeto.

O Monitoramento com indicadores de desempenho será feito para entenderse a gestão está se aproximando ou se afastando das metas, de modo a não apenas cumprir o papel de condutor para o alcance dos objetivos, mas também de alertar os gestores na hipótese de desconformidade entre o programado e o executado.

14.2.8.1 Alicerces para Certificação da Qualidade

FUNDAMENTO	DESCRIÇÃO
Visão sistêmica	Forma de entender a organização como um sistema integrado de todas as áreas de negócio e entender as relações de interdependência entre elas, olhando para os ambientes interno e externo. Referência: (FNQ)
Liderança	Mecanismos de liderança, estratégia e controle colocados em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Orientação de esforços, interesses e recursos organizacionais, compreendendo os fatores que afetam a organização no curto e no longo prazo, visando à sua sustentabilidade. Referência: TCU, 2014

Gestão por processos	Gestão baseada na melhoria contínua dos processos críticos alinhados à visão e às estratégias da organização, focando constantemente nas necessidades dos clientes. Objetiva a tomada de decisão e a execução de ações, com base na medição e análise do desempenho dos resultados dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados.
Desenvolvimento de pessoas	Engajamento ativo que promove a realização profissional e as relações humanas, através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e habilidades e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional.
Cuidado centrado no paciente	Realizado por meio de um tratamento individualizado, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente, buscando a dignidade, a compaixão e o respeito às tradições culturais, às preferências e aos valores pessoais do paciente e de seu acompanhante. Referência: IHI e NHS.
Foco na segurança	Promoção de um ambiente seguro, mediante a adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis. Identificação, análise, planejamento e implementação de melhorias para redução contínua dos riscos de danos, associados à assistência em saúde. Referência: OMS, 2009
Responsabilidade socioambiental	Relação responsável, ética e transparente da organização, por meio da potencialização de impactos positivos e minimização de impactos negativos de suas atividades na sociedade e no meio ambiente, promovendo o uso racional e adequado de recursos.
	Promoção de um ambiente favorável à melhoria de seu desempenho e de sua vantagem competitiva, com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados, a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas.
Cultura da inovação	

Melhoria contínua	Compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando aprimorar produtos, serviços ou processos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho.
Ética e transparência	Condição implícita vinculada à formação do indivíduo com parâmetros de honestidade, decência e respeito a todos os públicos interessados.
Natureza não prescritivo	Ausência de recomendação sobre métodos, técnicas e ferramentas a serem escolhidos para alcançar os padrões estabelecidos (ONA, 201820).

14.3 Plano Operacional das atividades

Abaixo apresentaremos, em diagramas, nossos objetivos estratégicos, bem como os programas e projetos elaborados nos Planos Tático e Operacional para realização e alcance desses objetivos

Etapa	Duração (dias)	Atividades	Detalhes Atividades
PERIODO	Do 1º ao 90º dia (1º trimestre)	Iniciar Estudo de viabilidade para implantar novas metas, inclusão de serviços Acompanhar se todos os Equipamentos para efetivação da implantação do SADT, está na unidade, e iniciar cronograma por especialidade.	
		Implantar as Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Urgência e Emergência	• Bucomaxilo • Cirurgia Geral • Clínica Médica • Ortopedia e Traumatologia • Neurocirurgia • Neurologia • Clínico Vascular
		Implantar as Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no ambulatório	• Bucomaxilo • Cirurgia Geral • Clínica Médica • Ortopedia e Traumatologia • Neurocirurgia • Neurologia • Clínico Vascular
		Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no ambulatório	• Enfermagem • Fisioterapia • Farmácia • Nutrição • Psicologia • Cirurgia Bucomaxilo facial

		Procedimentos De Apoio Diagnóstico E Terapêutico – Sadt Externo	• Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE • Eletrocardiograma • Radiografia • Tomografia Computadorizada
		Especialidades médicas para cirurgias programadas	• Cirurgia Vascular • Cardiologia • Cirurgia Geral • Neurologia • Ortopedia e Traumatologia • Urologia
		Implantar Agencia Transfusional - Hemoterapia	
		Implantar os Serviços do Hospital Dia	
Fase 1	Do 1º ao 90º dia (1º trimestre)	Mobilização:	
		Análise Situacional	
		Iniciar Adequação de novo perfil do Hospital	
		Início Implantação dos serviços na unidade	
		Recrutamento/Seleção e Treinamento de Pessoal (CLT);	
		Contratação e manutenção de Recursos Humanos	Manutenção do quadro funcional adequado às necessidades dos serviços
		Capacitação e desenvolvimento de educação permanente	Garantir substituições imediatas em caso de afastamento por licença médica, férias e/ou desligamento
			Ampliação das possibilidades de ação profissional
			Aprimoramento e atualização de conhecimentos técnico especializado
		Implantação fase Recrutamento e Seleção	
		Inicio de Educação continuada	
		Revisão/Adequação e Ajustes de Equipamentos (CME, Lavanderia, Laboratório, Radiologia e demais que se façam necessários);	
		Seleção e contratação de serviços terceirizados;	
		Instalação /adequação de equipamentos ;	
		Revisão/ ajustes e aquisição de material de uso hospitalar, medicamentos e insumos;	
		Seleção e contratação de serviços de manufatura do enxoval (pacientes, acompanhantes, colaboradores e serviços);	
		Seleção e contratação de serviços gráficos (confecção de impressos dos diversos serviços);	

		Higienização e limpeza das áreas operacionais e de apoio, incluindo reservatórios de água;	
		Revisão/Ajuste e Adequação da sinalização dos serviços;	
		Tratamento de pisos (limpeza e aplicação de selante);	
		Implantação de sistema informatizado para gerenciamento das atividades assistenciais e administrativas;	
		Seleção e contratação do Corpo Clínico (PJ) pelo novo período e vigência;	
Fase 2	Do 91º ao 180º dia (2º trimestre)	Revisar, adequar e elaborar instrumentos normativos e organizacionais (Regimentos, Normas, Rotinas, Plano de Desenvolvimento de RH e Protocolos Operacionais);	
		Compor, regulamentar, instalar e implantar as Comissões e Núcleos de Trabalho, de acordo com esta proposta de trabalho que contempla 31 comissões, descritas no Item Qualidade Técnica – Qualidade Objetiva	
		Implemantar as ações e fortalecer as ações de Humanização	
		Organização e Operacionalização:	
		Implantar e implementar Regimentos, Normas, Rotinas, Protocolos Operacionais e Plano de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos;	
		Implantação Analise de Fluxos e Processos de Gestão – Indicadores de Qualidade	
		Revisar, adequar, consolidar e incrementar a operacionalização dos serviços assistenciais;	
		Revisar, adequar, consolidar e implementar a operacionalização dos serviços de infraestrutura e apoio logístico;	
		Acompanhar e monitorar tempo de espera dos usuários e avaliar satisfação através de formulário específico;	
		Implantar os Incremento de Atividades	Definição da Equipe
			Apresentação e Planejamento da Proposta
			Implementação
			Execução das Ações da Proposta
			Avaliação das Ações da Proposta

		Acompanhamento e monitoramento
	Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde	Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar Proposta Geriatria Em Ambulatório Avaliação Multidimensional Do Idoso Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid Núcleo De Apoio Psicopedagógico (Nap) Aos Programas De Residência Médica E Multiprofissional Da Unidade De Saúde - **HERSO** Projeto Residência Em Movimento Projeto Prática Baseada Em Evidências Projeto Qualificação Para Avaliação Formativa Nos Programas De Residências Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência "Pense sepse" "Um Cuidado de Amor" " Uma passagem segura" "Fortalecendo a melhor fase" "Sem pressão" Protocolo Classificação De Risco Conforme Manchester Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador
	Incremento de Atividade Proposta de Projetos Sociais	Missa mensal na última 4 feira de cada mês Ás 15 hs. Culto Evangélico Refeições aos acompanhantes/paciente que não tem condições; Sessão Pipoca à pacientes que tem dieta liberada nas enfermarias de 15 em 15 dias; Projeto Empatinhas – visita canina nas enfermarias; Roupas a pacientes/acompanhantes que não tem para ir embora; Kits de Higiene à pacientes que tem necessidade econômica ou por não chegar pela família; Projeto Ler é distração.

			Buscar doações de livros, revistas ou qualquer outro livro com conteúdo edificante;
			Ouvidoria quando fizer a visita, entregar livro da escolha do paciente;
			Projeto Terapia Assistida Por Animais (Taa) - Empatinhas
			Projeto Acalente O Coração
			Projeto "Ler É Distração"
			Projeto "Alegria... Alegria"
			Paciente Aniversariante
			Projeto "UNIDADE, em Tela"
			Projeto Curtindo o carnaval com responsabilidade
			Projeto "UNIDADE, em Paz Espiritual"
			Projeto Fim de ano solidário
			Projeto Sons de Acolhimento no Hospital - "Unidade, Som + NÓIS".
			Projeto Ação de Saúde
			Projeto Café Com Ciência
			Projeto Alimentando E Sorrindo
			Projeto Momento Residência Zen
			Projeto Ouvidoria - Depressão Tem Cura
		Implementar Serviço Hemoterápico	Estrutura Física. Realização da formalização do Termo de Compromisso com HEMOGO. Realização a compra dos equipamentos e insumos (Reagentes e insumos). Realização da implementação dos POP, Documentos Internos e Protocolos hemotransfusionais. Treinar os profissionais (Biomédicos e Multiprofissionais) para atender legislação. Mapear e implantar o mapeamento de processos da AT- HERSO Inaugurar o setor com evento inaugural.
		Avaliar e ajustar todos os serviços para o cumprimento permanente de metas qualitativas; - Incrementar as metas quantitativas.	
		1 ª etapa - Certificação ONA Avaliação (auditoria diagnóstica)	Planejar a auditoria diagnóstica
			Executar a auditoria diagnóstica

			Apresentar resultado da auditoria
Fase 3	Do 181º ao 360º (3º trimestre em diante)	Acompanhamento e avaliação dos Recursos Humanos	Garantir controle do cumprimento da jornada de trabalho
			Promover a identificação, resgate e valorização de competências e habilidades profissionais.
			Implementar o Plano de Desenvolvimento de RH;
			Iniciar avaliação de desempenho dos colaboradores;

		Implementar o funcionamento das Comissões e Núcleos de Trabalho;	• Comissão de Ética Médica; • Comissão de Ética em Enfermagem; • Comissão de Biossegurança; • Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; • Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; • Comissão de Verificação de Óbitos; • Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA; • Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho SESMT; • Comissão de Documentação Médica e Estatística; • Comitê de Ética em Pesquisa (CEP); • Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN); • Comissão de Proteção Radiológica; • Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; • Comitê Transfusional; • Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP); • Núcleo de Vigilância Epidemiologia Hospitalar; • Comissão Interna de Qualidade; • Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele; • Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar; • Núcleo Interno de Regulação (NIR); • Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB); • Comissão de Farmácia e Terapêutica; • Comitê de Compliance; • Comissão de Residência Médica (COREME); • Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU); • Comissão de Padronização de Produtos para Saúde; • Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
		Identificar e estabelecer articulação com os Equipamentos de Saúde, Sociais e de Educação da Região;	

		Identificar e estabelecer articulação com os segmentos organizados da sociedade local;	
		2ª Etapa - Certificção ONA Capacitações, intervenções e melhorias de processos	Elaborar o Plano de Trabalho
			Realizar a Sensibilização da Força de Trabalho
			Preparar os Líderes por meio do Projeto - Liderança da Nova Era
			Disponibilizar Capacitação Online no Manual Brasileiro de Acreditação ONA 2022
			Disponibilizar Treinamento - Ferramentas da Qualidade
			Disponibilizar Capacitação - Formação de Avaliadores Internos ONA
			Realizar Auditorias Internas (anual - 4)
			Realizar Reuniões de Análise Crítica do Sistema de Gestão da Qualidade (anual - 4)
			Implantar Subseção - Liderança Organizacional
			Implantar Subseção - Gestão da Qualidade e Segurança
			Implantar Subseção - Gestão de Pessoas
			Implantar - Prevenção, Controle de Infecção e Biossegurança
			Implantar - Gestão Administrativa e Financeira
			Implantar - Gestão de Suprimentos e Logística
			Implantar - Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação
			Implantar - Gestão do Acesso ao Cuidado
			Implantar - Segurança Institucional
			Implantar - Gestão da Comunicação
			Implantar - Internação
			Implantar - Atendimento Ambulatorial
			Implantar - Atendimento Emergencial
			Implantar - Atendimento Cirúrgico
			Implantar - Cuidados Intensivos
			Assistência Farmacêutica
			Assistência Nutricional
			Implantar Subseção - Análises Clínicas
			Diagnóstico por Imagem

			Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar
			Gestão da Infraestrutura
			Limpeza e Desinfecção de Superfícies
			Processamento de Produtos para Saúde
			Processamento de Roupas/Enxoval
			Contratar profissional especialista full time para o projeto - 40 horas semanais
			Desenvolvimento da Cultura Organizacional - Coaching
Fase 4	Do 361º ao último dia (4 trimestre em diante)	Consolidar a articulação com as Centrais de Regulação (Estadual e Municipal);	
		Moniotrar e Incorporar os Projetos Assistenciais de Saúde e Sociais.	
		Operacionalização, Avaliação e Incrementos:	
		Operacionalizar os serviços assistenciais;	
		Operacionalizar os serviços de infraestrutura e apoio logístico;	
		Avaliar e ajustar todos os serviços para o cumprimento permanente de metas qualitativas; - Incrementar as metas quantitativas.	
		Atuação junto à população e órgãos competentes em programas de informação e participação social	Promoção da Educação em Saúde
			Fortalecimento do controle social
Fase 5	Do 361º ao último dia (2º ano em diante)	Estruturação de metodologias de gerenciamento dos processos de trabalho em saúde	Implementações de rotinas, procedimentos e protocolos.
			Instrumento de coleta de dados e processamento das informações em saúde
		Avaliação das metas de desempenho	
		Avaliação das metas de de produção quantitativas	
		3ª Etapa - Acreditação	Acompanhar Avaliação Diagnóstica realizada pela IAC escolhida
			Tratamento das não-conformidades pós auditoria
			Acompanhar Avaliação Final realizada pela IAC
		Avaliar e ajustar todos os serviços para o cumprimento permanente de metas qualitativas; - Incrementar as metas quantitativas.	

14.4 Cronograma De Implantação De Metodologia De Trabalho

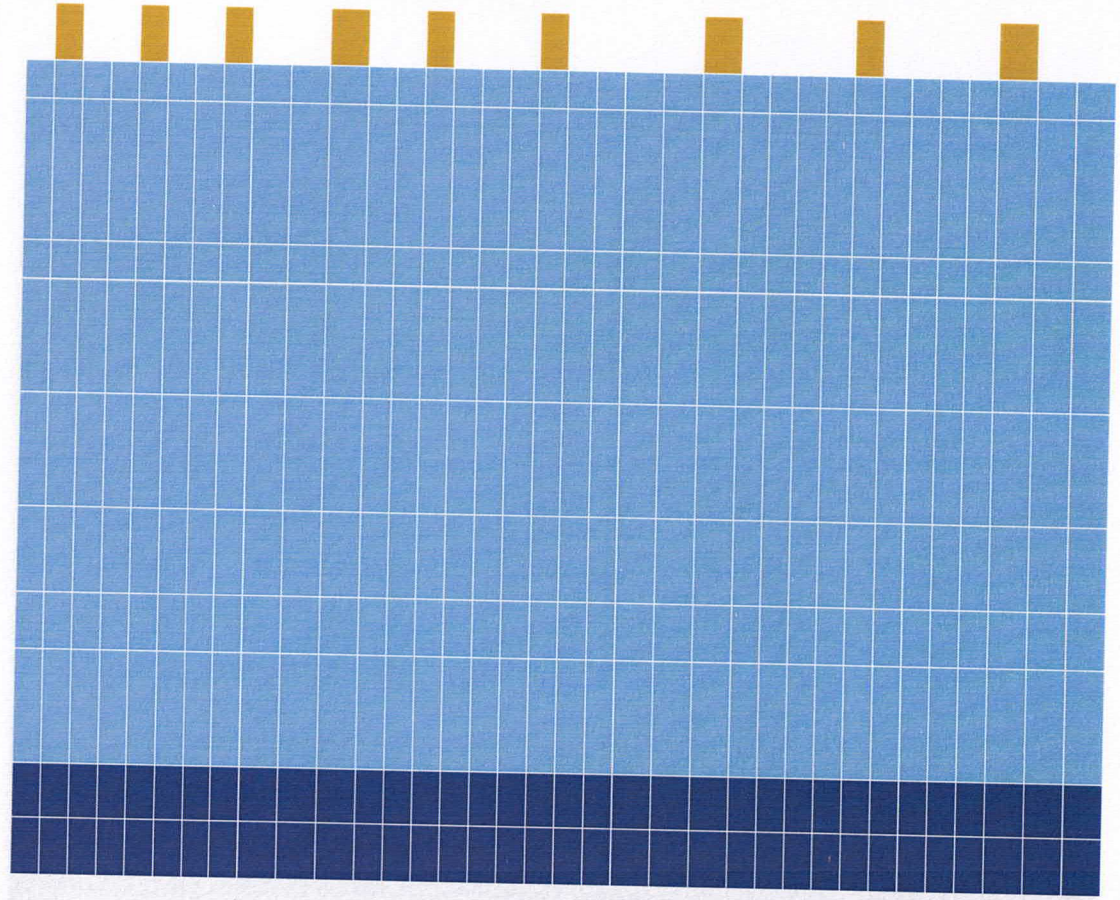
				FASE DE OPERACIONALIZAÇÃO																																			
				ANO 1												ANO 2												ANO 3											
				MESES												MESES												MESES											
Plano Estratégico	Plano Tático	Plano Operacional	Detalhes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implantação de todos os serviços assistenciais do hospital	Planejamento Início de Atividades	Planejamento de todas as frentes do projeto																																					
		Realização de Diagnóstico Institucional - inicial da unidade																																					
		Inventario patrimonial e de estoque inicial																																					
		Planejmento para Aquisição de suprimentos																																					
	Modelo de Gestão	Oficialização do Modelo Gestão																																					

		Oficialização das Políticas Institucionais	
		Realização de Planejamento Estratégico Participativo	
		Internalização do Planejamento Estratégico	
		Implantação da Cultura Organizacional	
		Governança Corporativa	
	Implantação dos serviços	Implantar as Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Urgência e Emergência	• Bucomaxilo • Cirurgia Geral • Clínica Médica • Ortopedia e Traumatologia • Neurocirurgia • Neurologia • Clínico Vascular
		Implantar as Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no ambulatório	• Bucomaxilo • Cirurgia Geral • Clínica Médica • Ortopedia e Traumatologia • Neurocirurgia • Neurologia • Clínico Vascular

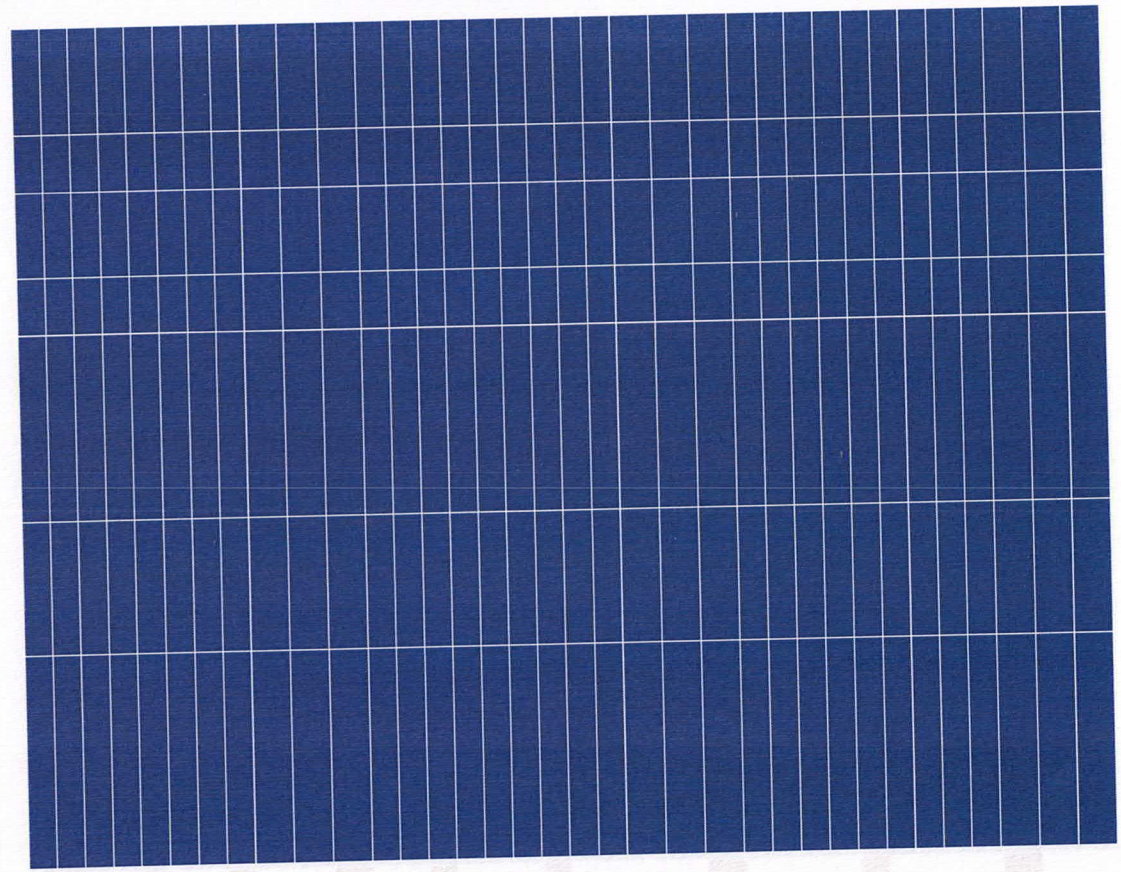
		Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no ambulatório	• Enfermagem • Fisioterapia • Farmácia • Nutrição • Psicologia • Cirurgia Bucomaxilo facial
		Procedimentos De Apoio Diagnóstico E Terapêutico – Sadt Externo	• Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE • Eletrocardiograma • Radiografia • Tomografia Computadorizada
		Especialidades médicas para cirurgias programadas	• Cirurgia Vascular • Cardiologia • Cirurgia Geral • Neurologia • Ortopedia e Traumatologia • Urologia
		Implantar Agencia Transfusional - Hemoterapia	
		Operação do Laboratorio	
		Operação da Internação	
		Operação da UTI Adulto	

		Operação do Ambulatdrio Clinico e Cirurgico Operação do Hospital Dia	
		Operação do Centro Cirurgico	
		Serviços de Apoio	
		Serviço de Análises Clínicas	
		Serviços de Farmácia	
		Serviço de Nutrição e Dietética – SND	
		Serviço de Lavanderia	
		Central de Material e Esterilização – CME	
		Manutenção predial	
		Engenharia clinica	
		Recepção e Portaria	
		Vigilância	
		Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.	
		Implantar Projetos Especiais E Novas Especialidades De Atendimento	

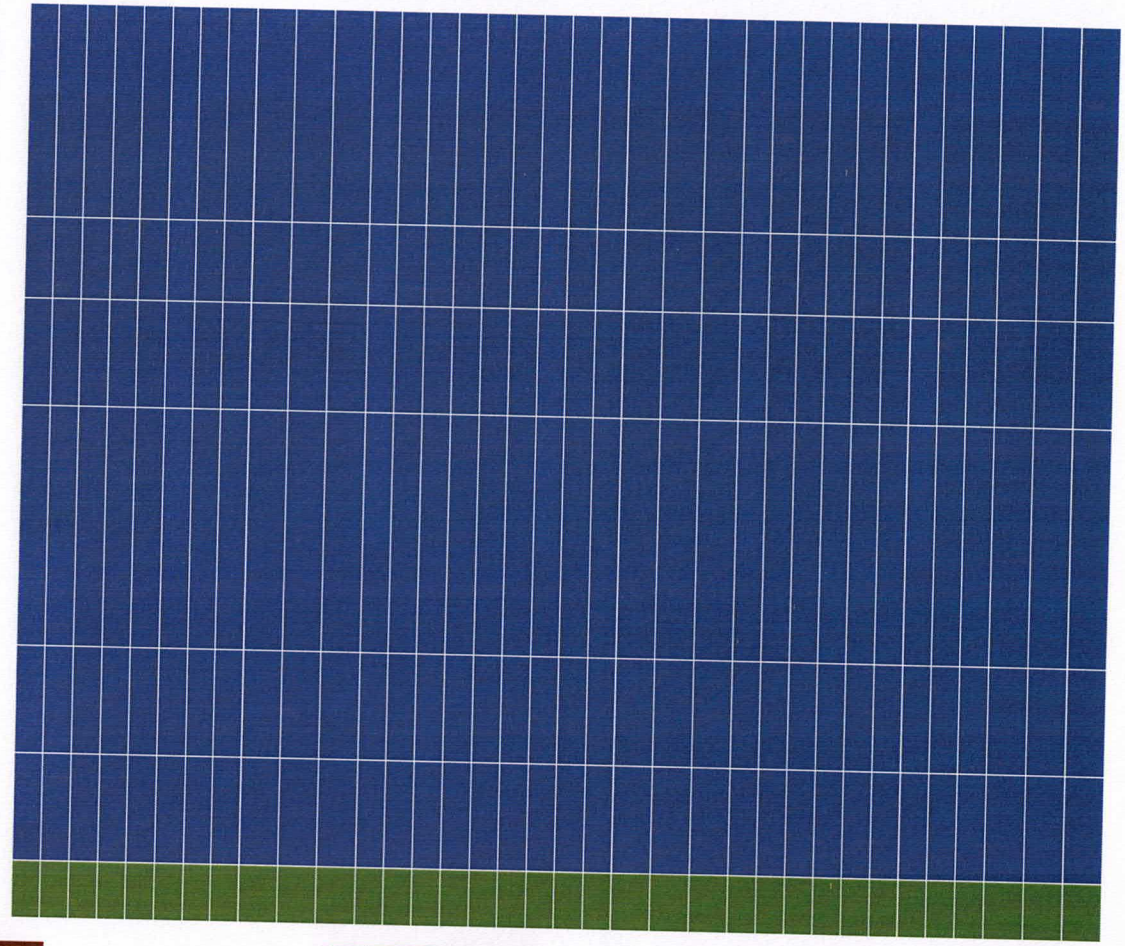
		Proposta De Melhorias	
Cumprimento de metas e indicadores contratuais	**Gestao de Indicadores de Produção**	Metas de Produção	
		Internação: (Saídas de Clínica Médica;Saídas Cirúrgicas;Internações em leitos de UTI)	
		Cirurgias Eletivas	
		Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais	
		Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.	
		Produção Ambulatorial (SADT Externo)	
		Produção de Leito Dia	
		Produção Ambulatorial (SADT Externo) Produção de Leito Dia	
Cumprimento de metas e	**Gestão de indicadores**	Indicadores de Desempenho	
		Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	



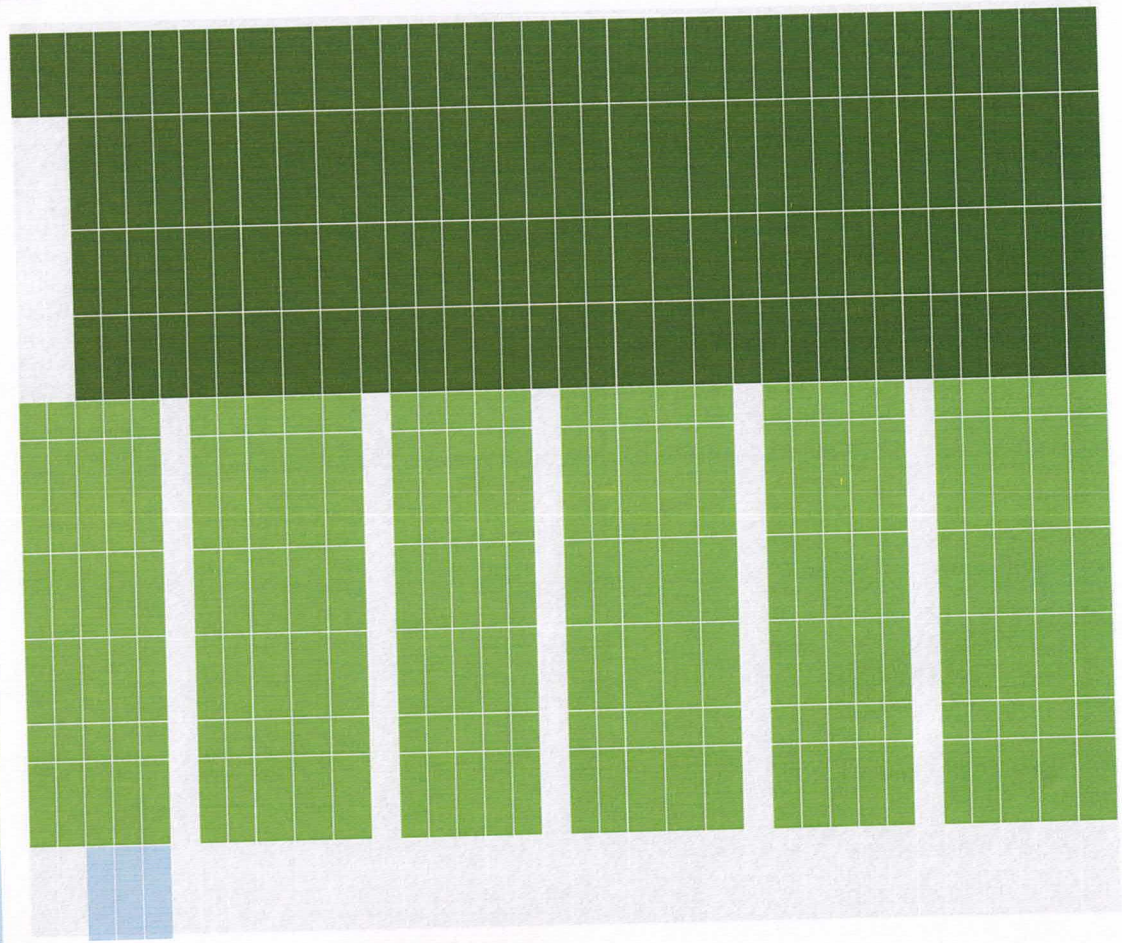
indicadores contratuais	de Desempenho	Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)
		Índice de Intervalo de Substituição (horas)
		Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (29dias)
		Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)
		Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS(exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)
		Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais
		Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado(↓) para o primeiro ano



		Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado(↓) para o segundo ano	
		Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	
		Percentual de Exames de Imagem com resultado entregue em até 10 dias	
		Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	
		Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	
		Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado	
Qualidade		Gestão de documentos	



	Qualidade e Segurança do Paciente	Implantação de notiflcação de eventos adversos	
		Matriz de risco e protocolos de seguranpa do paciente	
		Projeto de Implantaçao de fluxos assistenciais	
		Implantação de Protocolos Assistenciais	
	Implantação de Processos	Implantação da SAE	
		Atendimento a legislação hospitalar e de vigilancia em saúde	
		Atendimentos a legislação ambiental e gestao ambiental	
		Implantação das Comissóes Hospitalares	
		Gestão de Riscos	
	Liderança Organizacional	Politica de Comunicação / Código de Etica	
	Certificação ONA	1 ª etapa - Certificação ONA Avaliação	Planejar a auditoria diagnóstica



		(auditoria diagnóstica)	Executar a auditoria diagnóstica
			Apresentar resultado da auditoria
		2ª Etapa - Certificção ONA Capacitações, intervenções e melhorias de processos	Elaborar o Plano de Trabalho
			Realizar a Sensibilização da Força de Trabalho
			Preparar os Líderes por meio do Projeto - Liderança da Nova Era
			Disponibilizar Capacitação Online no Manual Brasileiro de Acreditação ONA 2022
			Disponibilizar Treinamento - Ferramentas da Qualidade
			Disponibilizar Capacitação - Formação de

			Avaliadores Internos ONA	
			Realizar Auditorias Internas (anual - 4)	
			Realizar Reuniões de Análise Crítica do Sistema de Gestão da Qualidade (anual - 4)	
			Implantar Subseção - Liderança Organizacional	
			Implantar Subseção - Gestão da Qualidade e Segurança	
			Implantar Subseção - Gestão de Pessoas	
			Implantar - Prevenção, Controle de	

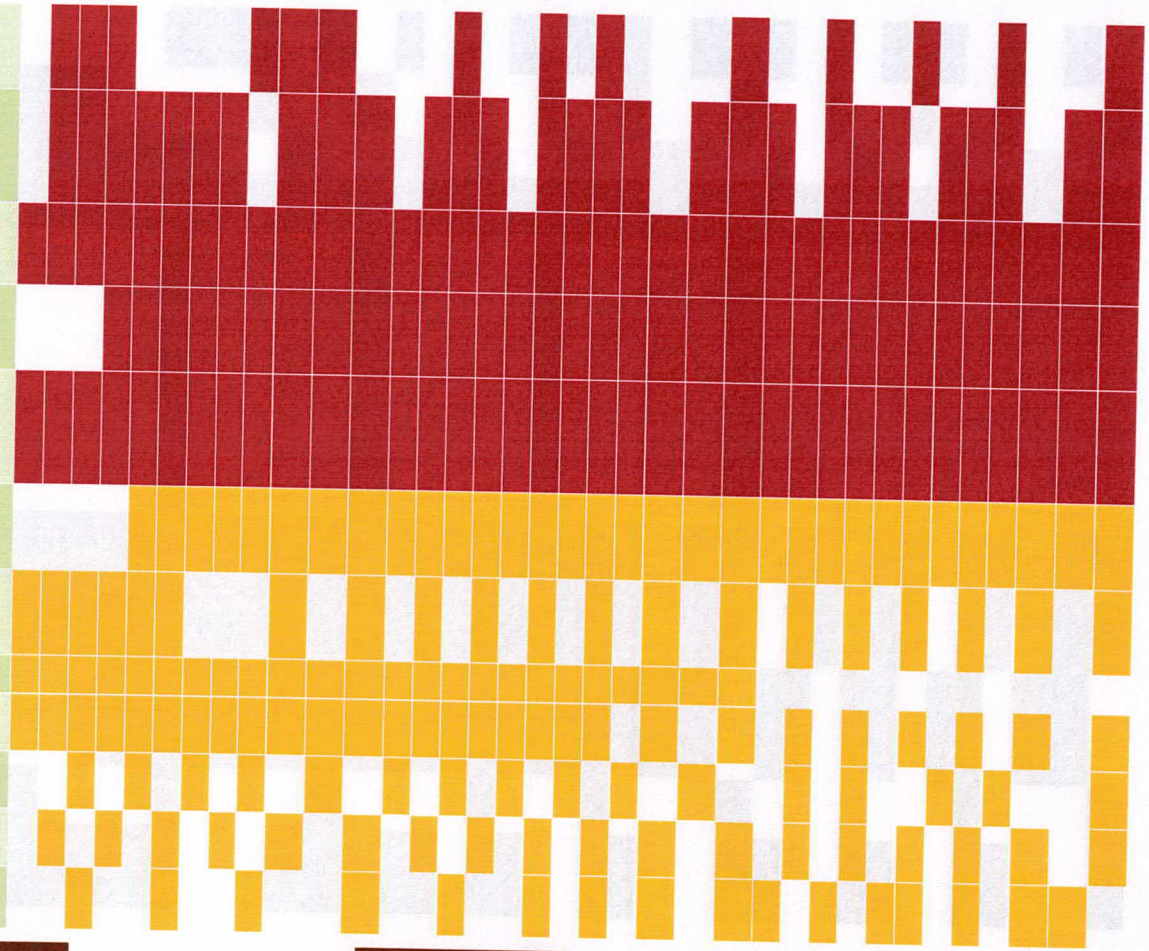
			Infecção e Biossegurança
			Implantar - Gestão Administrativa e Financeira
			Implantar - Gestão de Suprimentos e Logística
			Implantar - Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação
			Implantar - Gestão do Acesso ao Cuidado
			Implantar - Segurança Institucional
			Implantar - Gestão da Comunicação
			Implantar - Internação
			Implantar - Atendimento Ambulatorial

			Implantar - Atendimento Emergencial
			Implantar - Atendimento Cirúrgico
			Implantar - Cuidados Intensivos
			Assistência Farmacêutica
			Assistência Nutricional
			Implantar Subseção - Análises Clínicas
			Diagnóstico por Imagem
			Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar
			Gestão da Infraestrutura
			Limpeza e Desinfecção de Superfícies

			Processamento de Produtos para Saúde
			Processamento de Roupas/Enxoval
			Contratar profissional especialista full time para o projeto - 40 horas semanais
			Desenvolvimento da Cultura Organizacional - Coaching
		3ª Etapa - Acreditação	Acompanhar Avaliação Diagnóstica realizada pela IAC escolhida
			Tratamento das não-conformidades pós auditoria
			Acompanhar Avaliação Final realizada pela IAC

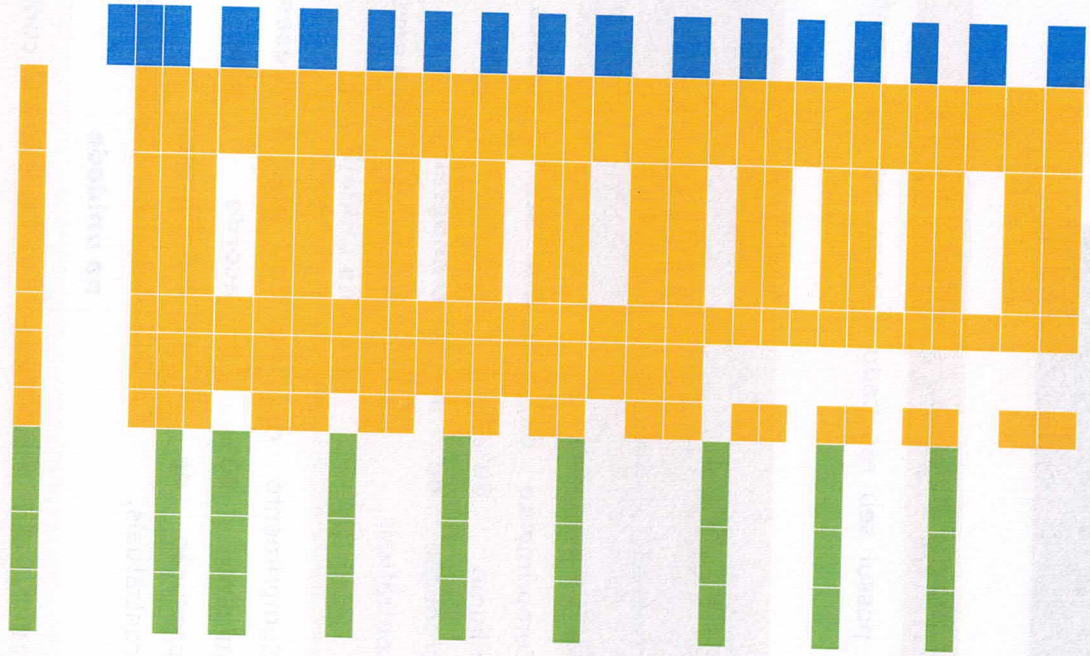
		3ª Etapa - Monitoramento da Acreditação	
Humanização	Atendimento	Projeto de implatação do SAU	
		Classificação de Risco	
		Atendimento usuários e Acompanhantes e visitantes	
		Implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes,	
	Acolhimento	Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais	
		Projeto de Implantação da Ouvidoria	

Gestao eficiente	Gestão da Infraestrutura, Tecnologia e Inteligéncia	Projeto de tecnologia da informapao	
		Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar	
		Analise de dados e projeções	
	Programa de Gestão Administrativa	Implantação de processos administrativos	
		Contratação e acompanhamento de prestadores de serviço	
		Implantação da gestao de suprimentos	
	Programa de Gestão Financeira	Implantação da administração financeira	
		Prestação de Contas	
		Projeto de Gestão de custos	
	Projeto de Desenvolvimento Humano	Desenvolvimento de lideres	
		Treinamentos e Capacitações	
		Pesquisa de clima organizacional	



Gestão e desenvolvimento de Pessoas	Recrutamento e Controle de Pessoal	Recrutamento e seleção interno e externo	
		Definição das lideranças	
		Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos	
		Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho.	
		Definição de Fóruns) periódicos de acompanhamento de 'resultados (conforme diretrizes e metas, - Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos	
		Controle de ponto e escalas de trabalho	
		Processo Seletivo	
Ensino e Pesquisa	Projetos de Pesquisa e Inovação	Implantação de projetos de pesquisa	
		Residéncia Médica Projetos de Estágio	

		Implantação de projetos de inovação	
Incremento de atividades e projetos no Hospital	**Poitica de Educação Permanente**	Proposição de incremento das metas de produção	
		Proposição de outros serviços / especialidades médicas para o ambulatorio	
		Residéncia Médica	
		Residência Multiprofissional	
		Projetos de Estágio	
	Serviços assistenciais	Proposição Atividades Assistenciais	
	Responsabilidade Social	Proposição Atividades Sociais	
	Tecnologia em Saúde	Projeto de implantação do PEC	



14.5 Resultados Esperados

Cada objetivo estratégico possui seu resultado e prazo estipulado, conforme apresentado a seguir:

Implantação de todosos serviços assistenciais do hospital	**implantação de todos os serviços assistenciais hospital**	**Prazo estimado**
Cumprimento de metas e indicadores contratuais	Cumprimento de, no mínimo 80% da produção de metas contratuais,	**Em até 3 meses de acordo com o cronograma de implantaçãodos serviços na unidade**
	Cumprimento de, no mínimo 90% da produção de metas contratuais,	**Em até 6 meses de acordo com o cronograma de implantaçãodos serviços na unidade**
	100% dos indicadores dedesempenho	**de acordo com o cronograma de implantação dos serviçosna unidade**
Qualidade em Saúde	Implantação 30% projetos dos	**Em até 06 meses em até 18 meses de gestão**
	Implantação 100% projetos dos Certificação ONA 1	**em até 18 meses de gestão**

Humanização	Implantação completa de todos os projetos e índice de satisfação do usuário	**acima de 95% em até 6 mesesde Gestão.**
Gestão eficiente	Implantação completa detodos os projetos	**em até 210 dias de gestão.**
Gestão desenvolvimento Pessoas	Implantação completa detodos os projetos	**em até 240 dias de Gestão.**
Desenvolvimento Ensino e Pesquisa de clima	Implantação completa detodos os projetos	**em até 1 ano de gestão.**
Incremento de atividades e projetos no Hospital	A meta é realizar a implantação de todos as propostas e projetos de incremento que não necessitam de investimento	**em até 1 ano de gestão.**
	As propostas de Tecnologia em Saúde necessitam de verba específica para investimento a ser disponibilizada pela SES	**Em até 240 dias**

14.6 Custos

Os custos dos projetos propostos já são embutidos na própria proposta financeira para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO , tendo em vista serem custos quase que de forma integral com recursos humanos e processos assistenciais da unidade.

No intuito de possibilitar o atingimento dos objetivos estratégicos, serão implantados programas dentro do Plano Tático. Esses programas contarão com um coordenador, que, por sua vez, dará suporte aos projetos a serem implantados no nível do Plano Operacional - cabendo também ao referido coorde-nador acompanhar a evolução dos projetos por meio de indicadores e reuniões de planejamento mensais. Dentro do Plano Operacional, cada projeto ou ação contará com um Plano de Ação, os quais serão apresentados de modo sintético.

Para se atingir o planejamento estratégico é necessário desmembrar as ações à nível tático e operacional, à fim de se obter êxito.

Deste modo cada tópico do planejamento estratégico será esmiuçado em subprogramas dentro de um Projeto Tático de Ação. Cada projeto contará com a figura de um supervisor de projeto que abordará as ações em um nível operacional.

Para um acompanhamento eficaz, serão delimitadas ações e definidos indicadores, além de programação de reuniões periódicas que permitam acompanhar de perto a evolução.

15 Recursos financeiros

Considerando a metodologia utilizada, os serviços ofertados e verificados *in loco*, e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albani Faleiros Machado - HERSO** , para os 12 (doze) meses, é de **73.175.794,08 (setenta e três milhões, cento e setenta e cinco mil setecentos e noventa e quatro reais e oito centavos)**, no percentil ***P50***, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 8,16% (extraída de https://www.fipe.org.br/pt-br/indices/ipc/#indice-mensal&macum, em 29 de março de 2023).

Do montante **mensal** estimado, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$ 609.798,28 (seiscentos e nove mil setecentos e noventa e oito reais e vinte e oito centavos)** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

Do montante **mensal** estimado, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$ 5.488.184,56 (cinco milhões, quatrocentos e oitenta e oito mil cento e oitenta e quatro reais e cinquenta e seis centavos)** distribuído percentualmente nos termos indicados

15.1 Metodologia

Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Para o cálculo, a consultoria Planisa forneceu os percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema Key Performance Indicators for Health, ano 2021, aplicando o índice FIPE Saúde, ao final.

Os hospitais pertencentes à base de dados da Planisa utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta- se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25, enquanto o Percentil 50 (P50) se refere à mediana de custo unitário

15.2 Estimativa De Custeio Operacional - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

	Mês1	Mês2	Mês3	Mês4	Mês5	Mês6	Mês7	Mês8	Mês9	Mês10	Mês11	Mês12	Total
1. Pessoal	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**2.442.000,00**	**29.304.000,00**
1.1. Salários	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	1.467.000,00	17.604.000,00
1.2. Outras Formas de Contratação	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	360.000,00
1.3. Enc. Benef de 1.1 e 1.2	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	945.000,00	11.340.000,00
2. Medicamentos	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**12.000.000,00**
3. Materiais	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**627.000,00**	**7.524.000,00**
3.1. Materiais Hospitalares	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	560.000,00	6.720.000,00
3.2. Gases Medicinais	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	67.000,00	804.000,00

4. Materiais Diversos	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**389.750,00**	**4.677.000,00**
4.1. Material de Higienização	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	62.450,00	749.400,00
4.2. Gênero Alimentício	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	2.400.000,00
4.3. Material Expediente	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	46.600,00	559.200,00
4.4 Combustível	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	38.700,00	464.400,00
4.5 Glp	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	504.000,00
5. Serviços de Apoio	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**53.000,00**	**636.000,00**
5.1 Laboratório	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	636.000,00
6. Manutenção	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**72.000,00**	**864.000,00**
6.1. Material / Serviços	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	864.000,00
7.Seguros/Impostos/Taxas	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**9.800,00**	**117.600,00**
7.1. Seguros	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	7.300,00	87.600,00
7.2.Impostos/Taxas	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	30.000,00

8. Telefonia	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	5.600,00	67.200,00
9. Água	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	18.900,00	226.800,00
10. Energia Elétrica	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	47.000,00	564.000,00
11. Prestação de Serviços Terceiros	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	1.404.432,84	16.853.194,08
12. Informática	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	13.500,00	162.000,00
13. Total	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	6.082.982,84	72.995.794,08

Valor Mensal da Proposta R$ 6.082.982,84
Valor Anual da Proposta R$ 72.995.794,08
Valor total da Proposta R$ 218.987.382,24

Esta proposta financeira, tem validade de 90 dias.

Goania 27/09/2023

15.3 Especificações Técnicas Da Gestão Do Trabalho E Dos Servidores Cedidos

O INSTITUTO CEM deverá:

- Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a
- Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;
- Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem c8m registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;
- Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.
- Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, cc quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;
- Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;
- Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

- Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;
- Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo PARCEIRO PÚBLICO;
- Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;
- Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do INSTITUTO CEM o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;
- Estar ciente de que o PARCEIRO PÚBLICO poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao INSTITUTO CEM os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;
- Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o PARCEIRO PÚBLICO somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;
- Considerar que a dedução de que trata o item será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;
- Atentar-se para o fato de que o PARCEIRO PÚBLICO disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

- Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;
- Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por el contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO;
- Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;
- Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;
- Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permi a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo INSTITUTO CEM;
- Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S2220 e S- 2240;
- Assegurar ao PARCEIRO PÚBLICO , livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

- O INSTITUTO CEM poderá indicar o retorno ao PARCEIRO PÚBLICO de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do PARCEIRO PÚBLICO;
- Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o INSTITUTO CEM que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;
- O INSTITUTO CEM em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;
- Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo INSTITUTO CEM têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo INSTITUTO CEM , as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;
- É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo INSTITUTO CEM, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;
- É vedada a contratação pelo INSTITUTO CEM de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha
- reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice- Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

- O INSTITUTO CEM não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;
- Poderá o INSTITUTO CEM atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao PARCEIRO PÚBLICO o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao INSTITUTO CEM , mediante regulamentação da SES-GO;
- Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá o INSTITUTO CEM comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;
- Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO.

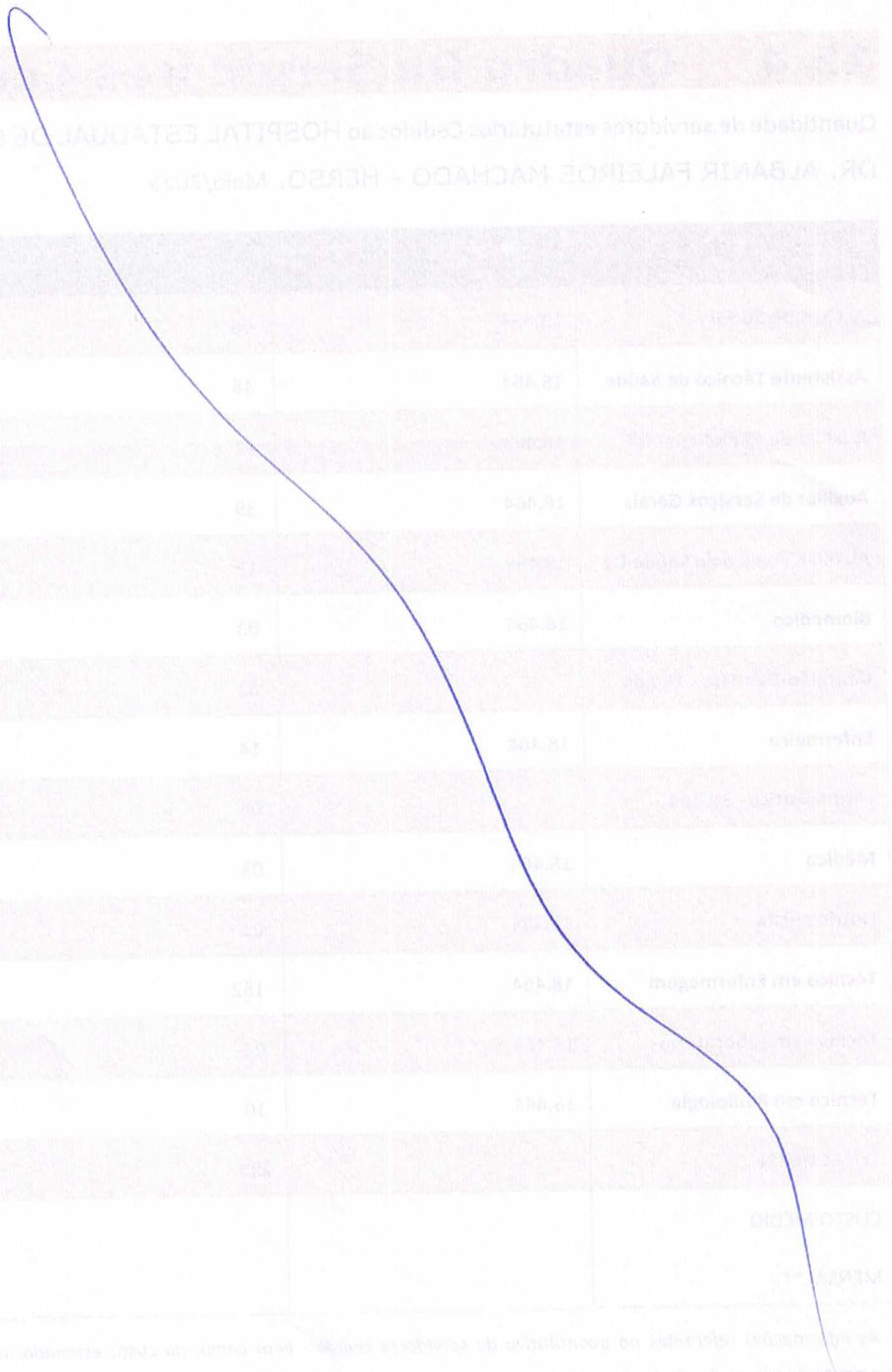
15.4 Quadro De Servidores Cedidos

Quantidade de servidores estatutários Cedidos ao HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO. Maio/2023.

Cargo		Total de Servidores cedidos	Custo Total Estimado
Assistente Social	18.464	06	R$ 62.597,83
Assistente Técnico de Saúde	18.464	46	R$ 299.934,69
Auxiliar de Radiologia- QT	18.464	02	R$ 8.357,12
Auxiliar de Serviços Gerais	18.464	39	R$ 127.057,39
Auxiliar Técnico de Saúde QT	18.464	13	R$ 50.845,03
Biomédico	18.464	03	R$ 35.504,00
Cirurgião-Dentista - 18.464		02	R$ 74.504,10
Enfermeiro	18.464	14	R$ 143.891,85
Farmacêutico - 18.464		04	R$ 38.884,90
Médico	18.464	03	R$ 38.162,02
Nutricionista	18.464	01	R$ 7.510,27
Técnico em Enfermagem	18.464	152	R$ 1.100.210,79
Técnico em Laboratório	18.464	04	R$ 26.313,35
Técnico em Radiologia	18.464	10	R$ 69.476,22
TOTAL GERAL		**299**	**R$ 2.083.249,56**
CUSTO MÉDIO MENSAL**			R$ **1.912.273,17**

** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos de benefícios.*

*** Metodologia de cálculo: média do custo mensal dos 12 (doze) últimos meses.*





HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

ANEXO – PROTOCOLOS MÉDICOS

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

Santa Helena de Goiás -2023

ANEXO –
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques plantões e sobreaviso

Sumário

Sumário

1 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques plantões e sobreaviso 2240

1.1 Definição Dos Serviços..... 2240

2 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS..... 2252

2.1 Rotinas Para o Ambulatório 2255

2.2 Fluxo de Atendimento Ambulatorial 2255

2.3 Normas Gerais..... 2256

2.4 Marcações de Consultas e Exames..... 2259

2.5 Ala Interna do Ambulatório..... 2260

2.6 Marcação de Procedimentos..... 2261

2.7 Unidade Ambulatorial 2261

2.8 Procedimentos Médicos:..... 2262

2.8.1 Procedimentos Médicos: Ambulatório 2262

2.8.2 Procedimentos Médicos: Cardiologia 2264

2.8.3 Procedimentos Médicos: Medicina Interna..... 2279

2.8.4 Procedimento Médico: Residente em Clínica Médica..... 2331

3 ROTINA OPERACIONAL..... 2334

3.1 Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem) 2334

3.2 Solicitação de Medicamento não Padronizado 2335

3.3 Solicitação de Exames de Imagiologia 2337

3.4 Solicitação de Padronização de Medicamentos 2338

4 PROTOCOLOS CLINICOS -AMBULATORIAIS 2340

4.1 INTRODUÇÃO 2340
4.2 PROTOCOLO DE MANCHESTER 2345
5 ANESTESIA 2346
5.1 ANESTESIA LOCAL - PEQUENAS CIRURGIAS 2346
6 CARDIOLOGIA 2349
6.1 CARDIOLOGIA GERAL 2349
6.1.1 Insuficiência cardíaca 2349
6.1.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária 2351
6.1.3 Arritmias 2353
6.1.4 Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico 2356
6.2 CARDIOLOGIA CORONARIANA 2358
6.2.1 Doença aterosclerótica coronariana 2358
6.3 CARDIOLOGIA VALVULAR – 2360
6.3.1 Doença orovalvular 2360
7 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2363
8 ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR 2403
9 BUCOMAXILO 2406
10 HOSPITAL DIA 2408
10.1 FLUXO DE ALTA PARA CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE 2408
10.1.1 INTRODUÇÃO 2408
10.1.2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE 2408
10.1.3 Exame físico: 2409
11 ROTINA MÉDICA DE PLANTÃO DE SOBREAVISO 2413

1 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques plantões e sobreaviso

1.1 Definição Dos Serviços

LINHAS DE SERVIÇOS

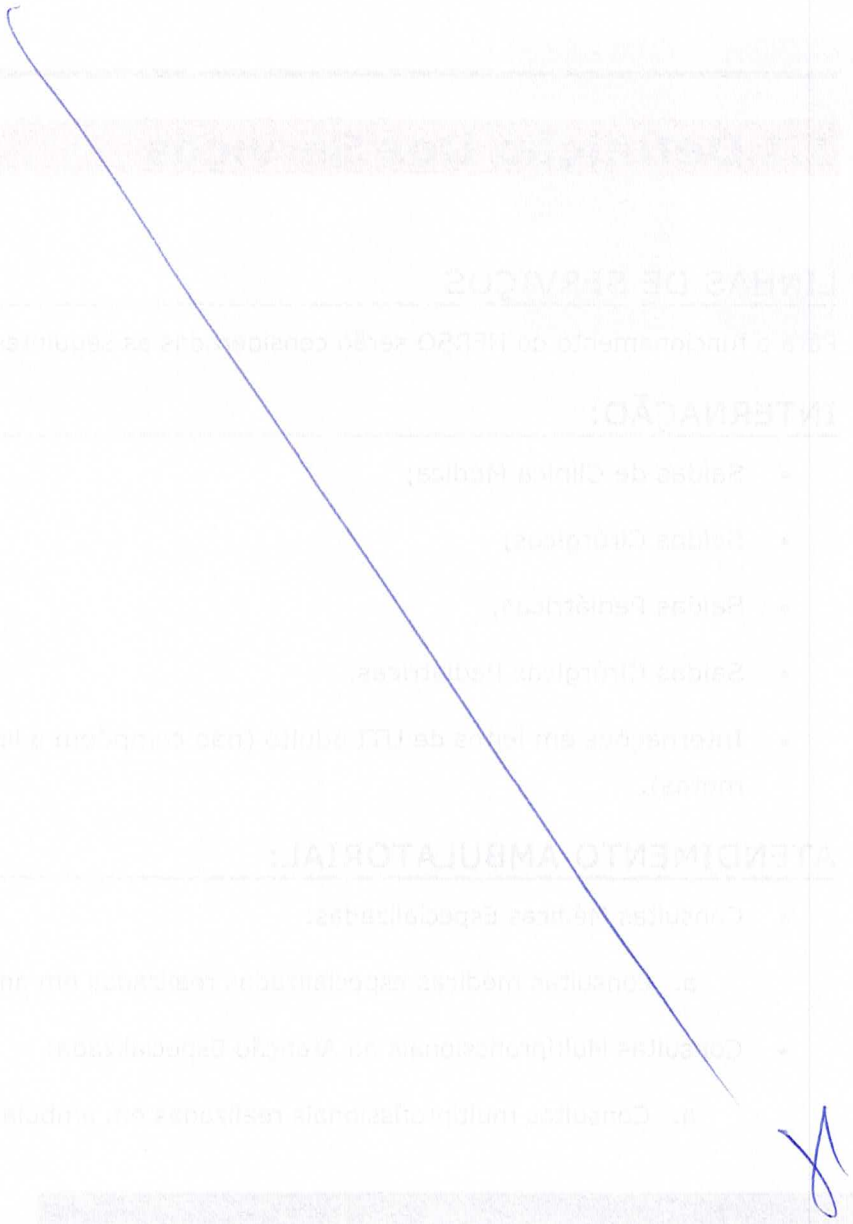
Para o funcionamento do HERSO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

INTERNAÇÃO:

- Saídas de Clínica Médica;
- Saídas Cirúrgicas;
- Saídas Pediátricas;
- Saídas Cirúrgicas Pediátricas.
- Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a linha de serviços para efeito de metas).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

- Consultas Médicas Especializadas:
    a. consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;
- Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada:
    a. Consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório;



- Pequenos Procedimentos Ambulatoriais.

CIRURGIAS ELETIVAS:

- intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar;

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SADT EXTERNO:

corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade;

HOSPITAL-DIA.

Os Atendimentos de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

a. Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida.

No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

- Assistência por equipe médica especializada;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;

- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de enxoval;
- Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- A realização das cirurgias, devendo o **PARCEIRO PRIVADO** evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância.

A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.

ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual.

Para efeito de produção pactuada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

ESPECIALIDADES INICIAIS PARA PORTA DE ENTRADA (URGÊNCIA) A SEREM OFERECIDAS NO HERSO

- Bucomaxilo Cirurgia Geral Clínica Médica

- Ortopedia e Traumatologia Neurocirurgia
- Neurologia clínico Vascular

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

As consultas ambulatoriais compreendem:

- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Regulação** ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de egresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

- É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas.

As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;

- Constitui exceção ao disciplinado no *caput* deste subitem, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

  a. análise dos dados contidos no prontuário;

  b. entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;

  c. diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);

  d. resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;

  e. definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e

  f. registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira à sábado, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de S a ú d e , nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

ESPECIALIDADES MÉDICAS INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HERSO

- Cirurgia Vascular Cardiologia Cirurgia Geral Neurologia
- Ortopedia e Traumatologia Urologia

ESPECIALIDADES MULTIPROfiSSIONAIS DA SAÚDE (INICIAIS) A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HERSO

- Enfermagem
- Fisioterapia
- Farmácia
- Nutrição
- Psicologia
- Cirurgia Bucomaxilo facial

O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela SES-GO;

A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pelo Complexo Regulador Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 60 dias;

Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Termo de Colaboração** , ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

CIRURGIAS ELETIVAS

Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo 04 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser **programado** de acorc com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;

- Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);
- Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;
- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).

Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;

- Instrumento de registro: APAC;
- Autorização para execução: via sistema de regulação;
- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória.

- Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;
- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;
- Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e
- Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 6 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.

As cirurgias eletivas deverão ser realizadas prioritariamente para os pacientes egressos que necessitem do segundo tempo cirúrgico;

Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial autorizada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

Será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência e necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;

A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias

Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - SADT EXTERNO

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e aos que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pelo Complex Regulador Estadual;

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional do SADT;

Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados e executados são:

PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

- Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE Eletrocardiograma
- Radiografia
- Tomografia Computadorizada

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;

Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada.

SERVIÇOS DE APOIO

- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT : corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;
- Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;
- Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;
- Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;
- Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;
- Destaca-se a possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

2 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS

O objetivo da assistência ambulatorial é proporcionar ao paciente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a evolução da enfermidade e suas perspectivas de tratamento.

Para fins de regulação da primeira consulta médica ambulatorial, a marcação deverá ser feita respeitando-se o período de 20 minutos a partir do horário de início do ambulatório, sendo reservada 1 vaga por cada ambulatório para primeira consulta.

Em caso de vagas excedentes para primeira consulta, cada serviço deverá comunicar a Central de Regulação até o dia 10 de cada mês para preenchimento das mesmas, respeitando-se sempre a regra acima de 20 minutos para cada consulta.

A marcação dos retornos ambulatoriais será de responsabilidade de cada serviço, respeitando-se o intervalo de 40 minutos por consulta. As consultas de retorno deverão ser confirmadas pelo serviço responsável no período de até 7 dias antecedentes à data da consulta.

A confirmação das consultas visa evitar horários vagos nos ambulatórios. Uma vez detectado que o paciente não poderá comparecer à consulta, deve-se encaixar outro e seu lugar, a fim de otimizar o atendimento à população.

O encaminhamento poderá ser realizado por qualquer profissional da equipe assistente, mas preferencialmente pelo médico e deverá incluir o motivo do encaminhamento, com descrição dos sintomas físicos não controlados. Em caso de dor, pode-se classificá-la em leve, moderada ou intensa .

O referido encaminhamento poderá, ainda, incluir a capacidade de mobilidade do paciente ou a avaliação funcional , de modo a facilitar a classificação de prioridade .

A ampliação do acesso requer que ele ocorra em tempo oportuno e seja resolutivo

É necessário uma postura acolhedora, desburocratizada de todos os profissionais que atuam na unidade e que permeie qualquer atendimento realizado na Unidade. É fundamental que os profissionais estejam preparados para acolher o usuário que chegar, incluindo as demandas que não foram programadas, ou seja, as eventualidades e os imprevistos. Esta ação poderá ser realizada por qualquer trabalhador da Unidade.

Classificação de prioridade para primeira consulta:

- Prioridade 1 – Paciente com dor intensa (Escala Visual ou Verbal Numérica ≥ 7, numa escala de0 a 10), mesmo após ser medicado pela equipe assistente ou com outro sintoma de difícil controle pela equipe assistente.
- Prioridade 2 – Paciente com restrição de mobilidade (em cadeira de rodas ou maca) ou com Escala de Performance Paliativa (PPS) ≤ 40%. (Quadro abaixo).
- Prioridade 3 – Paciente com dor leve a moderada (Escala Visual ou Verbal Numérica ≤ 6, numa escala de 0 a 10).
- Prioridade 4 – Paciente em Cuidados Paliativos
- Prioridade 5 – Paciente assintomático ou sem demanda especificada.

Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale) – PPS.					
%	Deambulação	Atividatde e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa

80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão

20	Totalmente Acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência Completa	Mínima a pequenos goles	. Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão 0 Morte - -

Fonte: Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de

Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-418

2.1 Rotinas Para o Ambulatório

2.2 Fluxo de Atendimento Ambulatorial

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) DIRETORIA DE MEDICINA	Emissão
Fluxo de Atendimento Ambulatorial		Revisão: Data:

Executante : Diretoria de Medicina

Resultados esperados: Orientação do fluxo de pacientes em atendimento ambulatorial

Recursos Necessários: Mesa, cadeira, caneta .

ETAPAS DO PROCEDIMENTO O paciente com seu atendimento agendado para hospital ao chegar no hospital deve se dirigir a recepção de área referente ao seu agendamento A recepcionista de área confirma o agendamento, confere o documento de identidade, e dá presença por ordem de chegada A recepcionista indica o consultório de atendimento para o paciente se dirigir até o local e aguardar ser chamado pelo seu nome pelo profissional Se tratar-se de paciente sem prontuário no hospital, o mesmo será encaminhado ao balcão do SPP para abertura de prontuário (conforme POP do referido serviço) seguindo o mesmo fluxo dos pacientes que necessitarem de atualização cadastral Nos casos de encaixe, primeiro a recepcionista de área insere na agenda mediante autorização de consulta com a data assinada pelo médico . O paciente tem o prazo de até duas horas do horário agendado de início do atendimento para dar presença na respectiva área. Excepcionalidades serão avaliadas por cada profissional.
Cuidados Ter atenção no artendimento ao usuário Ações em caso de não conformidade
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

2.3 Normas Gerais

1- Iniciar suas atividades laborais no horário preestabelecido entre as partes e constante da distribuição de local de atendimento e horário de trabalho.

2- Nos atendimentos realizados aos usuários deverá ser respeitada a individualidade e a privacidade.

3- Os colaboradores, quando em serviço, deverão estar uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, sendo proibido o uso de roupas decotadas e/ou saias ou bermudas.

4- Todos os colaboradores deverão usar identificação de acordo com a sua função e setor.

5- Organizar sua estação de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral.

6- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades.

7- Todo o usuário deverá ser escutado, objetivando a resolução da sua necessidade, quando possível, sendo proibido o encaminhamento desses para as áreas que não competem às marcações.

8- É vedada a presença de pessoas estranhas e/ou não identificadas no interior da Unidade Ambulatorial.

9- Todo o atendimento desta unidade de saúde será norteado pelo dispositivo do acolhimento e da interdisciplinaridade.

10-É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração da Unidade.

11- Imagens de usuários e/ou aparelhos ambulatoriais sem autorização, colocadas em qualquer site, acarretará punições.

12-Os colaboradores deverão informar aos pacientes idosos (maiores de sessenta anos), menores de dezoito anos, acamados e cadeirantes que deverão comparecer ao ambulatório para realização de consultas e/ou exames com um acompanhante. Somente uma pessoa poderá permanecer junto ao paciente, não sendo permitida circulação em outros andares.

13-Quando houver intercorrências com qualquer paciente, será solicitado aos acompanhantes e visitantes que se retirem momentaneamente para que o trabalho da equipe não seja prejudicado.

14-Evitar deixar objetos e alimentos sobre as bancadas, pois a exposição dos mesmos aos microrganismos hospitalares poderá acarretar em riscos à saúde.

15-Manter a organização de seu setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho.

16-As informações sobre o estado de saúde do paciente, tratamentos, exames e outros somente poderão ser fornecidos pelo médico.

17-Registrar em livro ata as ocorrências da respectiva clínica.

18-Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial.

19-Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente.

20-Zelar pelo patrimônio da instituição.

23-Compete ao profissional responsável pela triagem informar, orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos. 22-Tratar o paciente pelo nome.

abertura de cadastros de pacientes deverá observar o que se segue:

1. Solicitar os documentos necessários para abertura de cadastro de novos pacientes que comprovem a identificação pessoal (documentos com fotos, aceitos por lei).
2. Solicitar o cartão SUS.
3. Solicitar o contato pessoal.e 4. Observar se o paciente se enquadra no pacto macrorregião e/ou municípios conveniados

A marcação de novas consultas deverá observar o que se segue:

1. Casos provenientes da atenção primária ou de serviços secundários nos ambulatórios das especialidades:

1.1- A UBS solicitará a marcação de consultas de acordo com a disponibilidade de vagas.

1.2- A Regulação Estadual marcará a primeira consulta do paciente, via sistema on line.

1.3- A marcação de consultas só será feita mediante as normas estabelecidas.

1.4- - Cabe aos municípios da região de cobertura priorizarem, junto as UBS's, os pacientes a serem encaminhados para marcação de consultas.

1.5- O encaminhamento do paciente de forma equivocada e em desconformidade com as normas aplicáveis, implicará em perda da consulta do paciente e o mesmo deverá retornar à UBS município para ajustar as pendências que impossibilitaram a realização da consulta e/ou ser reencaminhado ao ambulatório adequado.

2- Casos de Interconsultas:

2.1- Deverá ser agendada, no Ambulatório da Unidade, conforme confirmação de atendimento prévio na especialidade.

2.2- O agendamento das consultas de retornos será realizado somente na Unidade Ambulatorial.

Definição das Funções

2.4 Marcações de Consultas e Exames

As marcações de consultas e exames deverão ser realizadas no guichê central da Unidade Ambulatorial, a saber: Ambulatório Especialidades.

1- Agendar consultas e/ou exames (interconsultas, reconsultas e outras condições), observando a especialidade e/ou subespecialidade.

2- Verificar os dados cadastrais do paciente e/ou público geral sempre que for realizada a marcação de consultas e/ou exames, atualizando-os sempre que necessário.

3- Conferir se houve atendimentos anteriores, tendo como objetivo checar o fluxo de atendimentos do paciente.

4- Registrar consultas extras conforme pedido médico. Diariamente as marcações extras deverão ser encaminhadas à Coordenação Ambulatorial para monitoramento sistêmico.

5- Se houver vagas, promover os encaixes correspondentes. As informações sobre ausência ou presença de pacientes serão monitoradas pela equipe do ambulatório, à qual deverá, imediatamente, entregar a senha de controle da ordem de chegada do paciente.

6- Comunicar ao paciente que aguarda o encaixe, no período matutino até às 9hs e no período vespertino até às 14hs, sobre a possibilidade de realização de encaixe.

7- Fornecer dados para atualização da Gestão dos Consultórios.

8- Orientar o paciente sobre o local que deverá comparecer para realização da consulta.

9- Registrar consultas com demandas reprimidas no sistema de acompanhamento.

10-Realizar a triagem do paciente e direcioná-lo ao local de sua consulta.

11- Separar os prontuários de atendimentos e disponibilizá-los nos consultórios com 1 (um) dia de antecedência

2.5 Ala Interna do Ambulatório

1- Solicitar o prontuário do paciente pelo sistema de apoio com 3 (três) dias de antecedência.

2- Separar os prontuários de atendimentos e disponibilizá-los nos consultórios com 1 (um) dia de antecedência.

3- Organizar impressos para atendimento.

4- Registrar a presença ou ausência dos pacientes no sistema .

5- Registrar a presença ou ausência dos profissionais no sistema.

6- Verificar a quantidade de pacientes que não compareceram às consultas previamente agendadas (no período matutino às 8hs e no período vespertino às 13h) para que possam ser promovidos os encaixes até o número de atendimento pactuado n grades.

7- Em caso de ausência imprevista do médico, solicitar ao apoio institucional da Unidade Ambulatorial remarcação do atendimento, conforme orientação do médico responsável pelo paciente. Não dispensar o paciente sem definir remarcação e/ou atualização de cadastro.

8- Direcionar a ala e o consultório de atendimento, conforme impresso da marcação.

9- Verificar presença de pacientes no pátio a fim de redirecioná-los, caso haja necessidade.

10-Solicitar e repor materiais e impresso de escritório.

11- Auxiliar pacientes em caso de dúvidas quanto as localizações.

12-Encaminhar estatística ao setor de Coordenação da Unidade Ambulatorial.

13-Prestar informações à Coordenação da Unidade Ambulatorial sobre inconformidades no uso de salas, dentre outros efeitos que interfiram no bom andamento.

14-Distribuir o impresso de receituário controlado (receita azul) ao profissional.

15-Atualizar os dados da planilha de controle dos talonários de receituário controlado (receita azul), preenchendo, obrigatoriamente, o nome do profissional que recebeu o talonário, contato telefônico, numeração inicial e final, bem como a data e hora da devolução.

16-Prestar informações, por telefone, das marcações que estão sendo realizadas.

2.6 Marcação de Procedimentos

1) Registrar o paciente no sistema de acordo com o procedimento a ser realizado.
2) Verificar, obrigatoriamente, os dados cadastrais do paciente e/ou público geral, atualizandoos sempre que necessário.
3) Orientar o paciente sobre o local que deverá comparecer para realização do procedimento.
4) Registrar procedimentos com demandas reprimidas no sistema de acompanhamento.
5) Encaminhar APAC e/ou estatística ao setor de Coordenação da Unidade Ambulatorial.

2.7 Unidade Ambulatorial

1) Realizar a remarcação de pacientes na ausência imprevista do profissional.
2) Atender as demandas de intercorrências relativas às atividades de marcação de consultas, exames, procedimentos e ala interna da Unidade Ambulatoria.
3) Prestar informações, por telefone, das marcações que estão sendo realizadas.
4) Realizar a marcação de consultas dos pacientes da Unidade (demandas oriundas das UBS's encaminhadas à Unidade Ambulatorial.

5) Realizar a intermediação entre a Regulação Estadual, Coordenação da Unidade Ambulatorial e os recepcionistas lotados na ala interna, tendo como objetivo sanar eventuais dúvidas.

6) Garantir a continuidade da Atenção à Saúde em casos complexos e prioritários (Recepção das demandas). Médico deverá realizar contato com os colegas passando a demanda recebida e/ou caso do paciente.

2.8 Procedimentos Médicos:

2.8.1 Procedimentos Médicos: Ambulatório

PROCEDIMENTO: 1ª Consulta Ambulatorial

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Atender o paciente verificando hipótese diagnostica e procedendo a investigação pertinente.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Realizar o registro do atendimento englobando motivo da consulta, história médica atual, interrogatório sistemático, antecedentes médicos, antecedentes familiares, história social e da personalidade, exame físico;
- Realizar o exame físico do paciente;
- Estabelecer a suspeita diagnóstica;
- Solicitar os exames laboratoriais, radiológicos, etc., necessários à investigação da suspeita diagnostica;
- Programar consulta subsequente, se for o caso;
- Registrar na ficha de atendimento do paciente todos os dados da consulta.

CUIDADOS

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Registrar os exames solicitados no prontuário;
- Checar se há registro de atendimento anterior bem com existência de exames recentes realizados;
- Orientar o paciente quanto à suspeita diagnóstica, condutas e tratamentos a serem prescritos e prognóstico.

PROCEDIMENTO: Consulta Subsequente em Ambulatório

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reavaliar o caso do paciente e tomar decisão terapêutica.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Receber e anotar em prontuário médico os resultados dos exames solicitados anteriormente;
- Encaminhar, se necessário, o paciente para outros especialistas, no caso de tratamento de doenças associadas, fornecendo relatório médico;
- Programar o retorno para acompanhamento, se for o caso.

CUIDADOS

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Verificar a condição de compra de medicamentos pelo paciente;
- Prescrever sempre que possível, medicamentos genéricos.

2.8.2 Procedimentos Médicos: Cardiologia

PROCEDIMENTO: Prevenção da Aterosclerose - Dislipidemia

RESPONSÁVEL: Médico Cardiologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Levantamento bibliográfico no MEDLINE e INDEX MEDICUS Latino Americano. Consulta às Diretrizes europeias do ano de 1998 e Americanas de 2001.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Definir e recomendar os principais procedimentos utilizados na prevenção da aterosclerose.

CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

A aterosclerose é doença multifatorial na qual as dislipidemias são um fator de risco modificável. A diminuição do LDL-colesterol (LDL-C) em indivíduos sob risco diminui morbimortalidade relacionada à aterosclerose coronariana1-5(A)6(D).

CLASSIFICAÇÃO LABORATORIAL 6(D):

- Hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total-CT e ou LDL-C);
- Hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicérides-TG);
- Hiperlipidemia Mista (aumento do CT e dos TG);
- Diminuição isolada do HDL-colesterol (HDL-C) ou associada a aumento dos TG ou LDL-C.

- Os valores de referência para o diagnóstico das dislipidemias em adultos > 20 anos encontram-se na tabela I7(D):

Tabela I

Lipides	Valores	Categoria
CT	<200 200-239 ≥240	Ótimo Limítrofe Alto
LDL-C	<100 100-129 130-159 160-189 ≥190	Ótimo Desejável Limítrofe Alto Muito alto
HDL-C	<40 >60	Baixo Alto
TG	<150 150-200 200-499 ≥500	Ótimo Limítrofe Alto Muito alto

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA 6(D):

Dislipidemias Primárias

Origem genética: hipercolesterolemia familiar (HF), dislipidemia familiar combinada (DFC), hipercolesterolemia poligênica, hipertrigliceridemia familiar e síndrome da quilomicronemia.

Dislipidemias Secundárias

Causadas por outras doenças ou uso de medicamentos: hipotireoidismo, diabetes mellitus (DM), síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteróides, anabolizantes. O tratamento dessas dislipidemias consiste em controlar a doença de base.

AVALIAÇÃO LABORATORIAL DAS DISLIPIDEMIAS

O perfil lipídico é definido pelas determinações do CT, HDL-C, TG e, quando possível, do LDL-C* após jejum de 12 horas. * Fórmula de Friedewald: LDL-C = CT – HDL-C – TG/5 (válida se TG < 400 mg/dL).

VARIAÇÕES NAS DOSAGENS DOS LÍPIDES

As variações podem ser analíticas8(D), quando relacionadas à metodologia e procedimentos utilizados pelos laboratórios, e pré-analíticas, quando relacionadas a fatores intrínsecos do indivíduo, estilo de vida, uso de medicações, doenças associadas, jejum, exercícios e procedimentos de coleta e preparo da amostra.

Deve-se levar em conta a variabilidade biológica para o CT, HDL-C (5%) e LDL-C (em torno de 10%) e para os TG (25%) 6(D). Na presença de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC), o perfil lipídico deve ser obtido nas primeiras 24 horas, pois além deste período seu valor poderá estar reduzido. Doenças infecciosas e cirurgias também podem atenuar os valores lipídicos.

Medicamentos não devem ser suspensos, mas o álcool deve ser evitado nas 72 horas prévias.

NOVOS MARCADORES LABORATORIAIS DO RISCO CARDIOVASCULAR Lipoproteína (a)

Esta lipoproteína tem sido associada a um risco maior de doença aterosclerótica9(B). Todavia, devido a problemas metodológicos, não há indicação de sua determinação rotineira10(C).

Homocisteína (HCY)

Elevações da HCY têm sido associadas à aterosclerose11(B). Não há provas até o momento de que a diminuição da HCY reduza o risco de eventos ateroscleróticos, logo não deve ser determinada rotineiramente.

Fatores hemostáticos:

O fibrinogênio tem sido associado ao risco cardiovascular12(B). Todavia, devido a sua alta variabilidade biológica à problemas metodológicos, não se recomenda sua determinação rotineira13(B).

Proteína C reativa de alta sensibilidade (PCR-as)

A PCR-as é um sensível marcador do processo inflamatório em indivíduos sadios e tem uma estabilidade comparável ao CT. Todavia, sua determinação para estimativa do risco cardiovascular não se aplica para fumantes, portadores de osteoartrose, obesos, diabéticos, mulheres em terapia de reposição hormonal (TRH), uso de antiinflamatórios ou na presença de infecções. A PCR-as tem sido consistentemente associada ao risco, cardiovascular14(B) e sua determinação parece ser de utilidade na estratificação do risco de eventos coronários14(B)15(D). São considerados de alto risco indivíduos com valores acima do

terceiro quintil de distribuição na população15(D). Nesses indivíduos deve ser considerada mudança agressiva do estilo de vida e controle dos fatores de risco presentes(D).

Tabela II[15](D)

QUINTIL	PCR-as
1.	0,1 - 0,7 mg/L
2.	0,7 - 1,1 mg/L
3.	1,2 - 1,9 mg/L
4.	2,0 - 3,8 mg/L
5.	3,9 - 15,0 mg/L

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DE METAS LIPÍDICAS DE T RATAMENTO

PARA A ATEROSCLEROSE

O risco doença aterosclerótica é avaliado baseando-se na análise conjunta dos fatores de risco (FR) ou agentes causais para essa doença16(D). A estratificação é feita pelo risco absoluto, ou seja, risco que tem uma pessoa de desenvolver um determinado evento clínico num período de tempo.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

O LDL-C é considerado fator causal e independente de aterosclerose e sobre o qual devemos agir para diminuir a morbimortalidade1- 5,18(A)7,17(D)9(B). O poder preditor de risco e a meta lipídica adotada para prevenção irão variar dependendo da associação com outros FR. Os principais FR para a aterosclerose7(D) encontram-se na tabela I. A diretriz recomenda para todos os níveis de risco modificações no estilo de vida (MEV). A instituição do tratamento farmacológico dependerá do nível de risco, dos níveis do LDL-C, e da eficácia ou não das MEV em modificar os FR.

Os níveis de prevenção são divididos em: prevenção primária, primária de alto risco (risco absoluto de eventos coronários ≥ 20% em dez anos) e secundária (diabéticos e portadores de aterosclerose).

Tabela III

Fatores de Risco para Aterosclerose que modificam as metas de LDL-C²(D):
Fumo
Hipertensão arterial sistêmica (PA ≥ 140/90 mmHg)
HDL-C* < 40 mg/Dl
Diabetes mellitus (diabéticos são considerados como portadores de aterosclerose)
Idade (≥ 45 anos homens e ≥ 55 anos mulheres)
História familiar precoce de aterosclerose (parentes de primeiro grau < 55 anos homens e < 65 anos mulheres)
*HDL-C > 60 mg/dL são considerados um fator protetor devendo ser descontado um fator de risco da soma

AS RECOMENDAÇÕES PROPOSTAS SÃO AS SEGUINTES:

Baixo risco:

Risco absoluto de eventos < que 10% em dez anos7(D). Geralmente são indivíduos com 1 FR (excetuando DM) além do colesterol (LDL-C > 160 md/dL).

Prevenção Primária Meta: LDL-C < 130 mg/dL 4,5(A)7(D), entretanto, tolerase LDL-C até 160 mg/dL.

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDL-C > 40 mg/dL e TG< 150 mg/dL (tabela IV)(D).

Médio risco:

Risco de evento > 10%, porém menor do que 20% em 10 anos7(D).

Geralmente indivíduos com 2 FR (excecutando DM) além do colesterol (LDLC > 160 mg/dL).

Prevenção Primária Meta: LDL < 130 mg/Dl4,5(A)7(D) (Tabela V)

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDLC > 40 mg/dL e TG< 150 mg/dL. (D).

Tabela IV

Nivel de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
Até 159	MEV	6 meses*
160 -190	MEV	3 meses*
> 190	tratamento farmacológico	

*- O tratamento farmacológico (TF) nessa faixa de risco é opcional e deverá ser iniciado a critério do médico, dependendo da intensidade dos FR: tabagismo importante (> 40 cigarros dia), história familiar importante, HDL-C muito baixo.

Tabela V

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
Até 160	MEV	3 meses
> 160	tratamento farmacológico	

Tabela VI

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
100 - 129#	MEV	3 meses
> 130	tratamento farmacológico	

#- Nesses casos, não é obrigatório o início da TF imediatamente já nesses níveis. Se após 3 meses as metas não forem atingidas, recomenda-se iníciar a TF.

Alto risco:

Risco de evento maior ou igual a 20% em 10 anos ou acima de 20% extrapolando-se a idade para os 60 anosNR1* de vida7,19(D) (Tabela VI).

Geralmente > de 2 FR (excetuando DM) além do colesterol (LDL-C > 160 mg/dL), principalmente homens com idade acima dos 55 anos e outros FR associados20(A). Nessa categoria também se incluem diabéticos23(B) e portadores de doença aterosclerótica coronária ou não (aneurisma de aorta, insuficiência vascular periférica ou doença cerebrovascular sintomática) 7(D). Portadores de síndromes genéticas como a HF e DFC também se encontram nesse grupo. O cálculo do risco absoluto de eventos poderá ser feito pelo uso do escore de risco de Framingham(ERF)22(B) que avalia o risco de eventos coronários em 10 anos. O ERF dá uma ideia do risco de eventos coronários em diabéticos, entretanto, não é recomendado para se estabelecer a meta lipídica, já que a mesma nesses indivíduos é LDL-C < 100 mg/dL. Da mesma forma, o ERF não é indicado para os indivíduos portadores de manifestações clínicas da aterosclerose ou dislipidemias de origem genética.

Tabela VII

Passo 1

Idade	Homens	Mulheres
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

Passo 2

Colesterol Total	Homens	Mulheres
< 160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
≥280	3	3

Passo 3

HDL-C	Homens	Mulheres
< 35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
≥ 60	-1	-3

Passo 4

PAS	PAD	Homens	Mulheres
< 120	< 80	0	-3
120-129	80-84	0	0
130-139	85-89	1	0
140-159	90-99	2	2
≥160	≥100	3	3

Quando os valores da PAS e PAD discordarem usar o mais alto.

Passos 5 e 6

Diabetes	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0
Fumo		
Sim	2	2
Não	0	0

Passo 7: somo os pontos

Idade + CT + HDL-C + PAS ou PAD + DM + Fumo = total de pontos

Prevenção Primária de Alto Risco e Prevenção Secundária Meta: LDL < 100 mg/Dl2,5(A)7(D).

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDLC > 40 mg/dL (HDL-C > 45 mg/dL em Diabéticos) e TG< 150 mg/dL (D).

USO DE ESCORES DE RISCO DE FRAMINGHAM COMO FERRAMENTA

DE AUXÍLIO NA ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE EVENTOS CLÍNICOS CORONÁRIOS

Para uma melhor identificação do risco absoluto de eventos clínicos foi adotado o ERF com guia de avaliação 22,23(B). O ERF calcula o risco absoluto de eventos coronários (morte, IAM e angina pectoris) em 10 anos (tabela VII). São atribuídos pontos para idade, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), CT, HDL-C, fumo (qualquer cigarro no último mês) e presença ou não de DM. Após o cálculo dos pontos deve-se consultar a tabela VIII para ambos os sexos.

Tabela VIII

Passo 8: veja o risco absoluto nas tabelas			
Homens Pontos	Homens Risco de DAC em 10 anos %	Mulheres Pontos	Mulheres Risco de DAC em 10 anos %
<-1	2	≤-2	1
0	3	-1	2
1	3	0	2
2	4	1	2
3	5	2	3
4	7	3	3
5	8	4	4
6	10	5	4
7	13	6	5
8	16	7	6
9	20	8	7
10	25	9	8
11	31	10	10
12	37	11	11
13	45	12	13
≥14	53	13	15
		14	18
		15	20
		16	24
		17	≥27

Tabela IX

	Risco de complicações metabólicas [24](B)	
Sexo	Aumentado	Muito aumentado
Homem	> 94 cm	> 102 cm
Mulher	> 80 cm	> 88 cm

Medida da cintura, e risco aumentado" e muito aumentado" para complicações metabólicas associadas à obesidade em caucasianos*

EXCESSO DE PESO, OBESIDADE E SÍNDROME PLURIMETABÓLICA

O excesso de peso (índice de massa corpórea –IMC> 25 kg/m2), principalmente acúmulo de gordura na região abdominal, do tipo central ou androgênico, está associado a um maior risco de doença aterosclerótica16(D). Geralmente, esses indivíduos apresentam: dislipidemia (TG elevado, HDL-C baixo, padrão tipo B da LDL), resistência à insulina e hipertensão arterial o que caracteriza a síndrome plurimetabólica. Portadores dessa síndrome apresentam risco elevado de aterosclerose7(D). A medida da circunferência da cintura nos permite identificar portadores de obesidade androgênica (tabela IX). A cintura é uma medida que se apresenta como um marcador de risco para alterações metabólicas

independente do índice de massa corpórea3(A)12(B). Nesses indivíduos enfatizamos que a MEV que leve à perda de peso é de extrema importância.

MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA (MEV)

NUTRIÇÃO

A terapia nutricional é importante parte da terapia das dislipidemias.

Hipercolesterolemia

Foi adotada a recomendação da Associação Americana do Coração25(D) (Tabela X)".

Colesterol Alimentar e Ácidos Graxos:

O consumo do colesterol e dos ácidos graxos saturados (AGS) aumenta o LDL-C26(B). Para reduzir a ingestão de colesterol e AGS, deve-se restringir o consumo de alimentos de origem animal (colesterol e AGS) e de óleos de dendê e coco (AGS)27(D).

Os ácidos graxos (AG) insaturados (AGI)25(D) são representados pelas séries ômega-6 (linoléico e araquidônico), ômega-9 (oléico) e ômega-3 (alinolênico, eicosapentaenóico-EPA e docosahexaenóico-DHA). Os ômega 6 são encontrados nos óleos vegetais, exceto os de coco, cacau e dendê. A substituição isocalórica dos AGS por AGI reduz o LDL-C e o HDL-C. Os AG monoinsaturados (ácido oléico) reduzem o LDL-C, sem, no entanto, diminuir o HDL-C. Suas principais fontes são os óleos de oliva e canola, azeitonas, abacate e oleaginosas (castanhas, nozes, amêndoas). O ômega-3 28(D) (EPA e DHA) é encontrado em peixes de águas frias. O ácido alinolênico encontra-se nos tecidos verdes das plantas, óleo de soja e de canola. O ômega-3 tem como efeito farmacológico a diminuição da trigliceridemia plasmática25(D), entretanto, se consumirmos essas gorduras no lugar dos AGS, o colesterol do sangue irá baixar. Fontes de ômega-3: cavala, sardinha, salmão (EPA e DHA) e óleos de soja e canola (ácido linolênico).

Tabela X [25](D)

Recomendações dietéticas para o tratamento das hipercolesterolemias:

Nutrientes	Ingestão recomendada
Gordura total	25 a 35% das calorias totais
Ácidos Graxos Saturados	< 7% das calorias totais
Ácidos Graxos Polinsaturados	> 10% das calorias totais
Ácidos Graxos Monoinsaturados	> 20% das calorias totais
Carboidratos	50 a 60% das calorias totais
Proteínas	Aproximadamente 15% das calorias totais
Colesterol	<200 mg/dia
Fibras	20 a 30 g/d
Calorias	Para atingir e manter o peso desejável

Ácidos graxos trans

Os ácidos graxos trans são sintetizados durante o processo de hidrogenação dos óleos vegetais na produção de margarinas29(B) e elevam o LDL-C e reduzem o HDL-C. As principais fontes são: margarinas duras, óleos e gorduras hidrogenadas e gorduras industriais que devem ser evitadas.

Fibras:

As fibras solúveis ajudam na eliminação do colesterol. A recomendação de ingestão de fibra alimentar total para adultos é de 20 a 30 g/dia, sendo em torno de 25% (6g) de fibra solúvel25(D).

Fitosteróis

Os fitosteróis são esteróides vegetais. A ingestão de 3 – 4 g/dia de fitosteróis promove a redução do LDL-C em 10-15% e é opção para o tratamento da hipercolesterolemia25(D).

Antioxidantes e álcool:

Não há evidência de que a suplementação com antioxidantes previna a doença coronária30(D). Não há indicação para o consumo de álcool para a prevenção da aterosclerose25(D).

Dieta para a Hipertrigliceridemia:

Pacientes com níveis muito elevados de TG e que apresentem quilomicronemia, devem reduzir a ingestão de gordura total da dieta25(D). Na hipertrigliceridemia secundária à

obesidade ou diabetes, recomenda-se, respectivamente, dieta hipocalórica, restrição de carboidratos e compensação do diabetes. Recomenda-se restrição total do consumo de álcool.

EXERCÍCIO FÍSICO

O sedentarismo constitui fator de risco para a aterosclerose31(B). O exercício previne a doença aterosclerótica32(A). Tanto a implementação de exercícios de alta como de baixa intensidade, realizados em faixas de 85 a 90% e em torno de 50 a 70% do consumo máximo de oxigênio, respectivamente, podem reduzir os triglicérides e aumentar o HDL-C. Além disso, há melhora da condição cardiorrespiratória melhora da composição corporal, redução da obesidade, do estresse, do nível de catecolaminas e também do efeito benéfico na pressão arterial33(D). Devem ser adotadas, com frequência de três a seis vezes por semana, sessões de em média 40 min, de atividade física aeróbia. A zona alvo do exercício aeróbio deve ficar na faixa de 60 a 80% da frequência cardíaca máxima, observada em teste ergométrico, realizado na vigência dos medicamentos de uso corrente.

TABAGISMO

O tabagismo deve ser combatido de forma agressiva. O tratamento do tabagismo passa por duas etapas: abordagem cognitivo comportamental e farmacoterapia com nicotina ou bupropiona, segundo o consenso sobre a abordagem e tratamento do fumante promovido pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer em 2001, que pode ser visitado no endereço da internet www.saúde.gov.br (D).

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DAS DISLIPIDEMIAS

VASTATINAS OU ESTATINAS OU INIBIDORES DA HMG-COA REDUTASE

São os medicamentos de escolha para reduzir o LDL-C em adultos (18-55% em média). Elevam também o HDL-C de 5-15% e reduzem os TG de 7-30%. As vastatinas diminuem eventos isquêmicos coronários, necessidade de revascularização do miocárdio, mortalidade cardíaca e total e AVC (nos estudos de prevenção secundária)1-5,34(A). Consideramos que o benefício do uso das vastatinas é decorrente de um efeito de classe secundário à redução do LDL-C, embora alguns mecanismos possam diferenciar os diversos fármacos35(D). Dessa maneira, para o tratamento adequado devem ser atingidas as metas de LDL-C

propostas utilizando-se as doses necessárias (Lovastatina 20-80 mg, Sinvastatina 10-80 mg, Pravastatina 2040mg, Fluvastatina 10-80 mg, Atorvastatina 10-80 mg). Uma vez estabelecido o tratamento, este deverá ser seguido por tempo indeterminado. As vastatinas devem ser suspensas caso haja aumento das aminotransferases > 3 vezes os valores normais, ou se há dor muscular ou aumento da creatinoquinase > 10 vezes o valor normal.

COLESTIRAMINA

A colestiramina nas doses 16-24 g/dia reduz o LDL-C (15-30%) e o risco de eventos coronários7(D)36(A). É fármaco de escolha em crianças e como adjuvante às vastatinas. Não deve ser usada na hipertrigliceridemia.

FIBRATOS

São indicados no tratamento da hipertrigliceridemia endógena quando houver falha das MEV37(D) ou quando esta for muito elevada (>500mg/dL). As alterações lipídicas com as doses habituais de fibratos (Genfibrosila 600-1200 mg, Bezafibrato 400-600 mg/dia, Etofibrato 500 mg/dia, Fenofibrato 200

(micronisado)-250 mg/dia, Ciprofibrato 100 mg/dia),

em média são: redução dos TG 30-60%, aumento do HDL-C 10-30% e diminuição do LDL-C 5-20%. No estudo VA-HIT38(A), a Genfibrosila diminuiu em 22% o risco de eventos coronários em homens com LDL-C < 140 mg/dL (média 111 mg/dL), HDL-C < 40 (média 32 mg/dL) e TG < 300 mg/dL (média 160 mg/dL). Nesse estudo, mais de 70% dos indivíduos apresentavam resistência à insulina e 25% eram diabéticos tipo II. Os efeitos foram atribuídos ao aumento do HDL-C. Dessa forma, os fibratos podem ser úteis na prevenção secundária em indivíduos com as características descritas.

ÁCIDO NICOTÍNICO

O ácido nicotínico diminui o LDL-C de 5%-25%, aumenta o HDL-C 10-35% e diminui os TG 20%-50%7(D). Na forma tradicional, utiliza-se a dose de 2 a 6 g/dia ajustadas conforme o efeito ou a tolerância. A limitação ao uso do ácido nicotínico são frequentes efeitos colaterais que são rubor facial, hiperglicemia, hiperuricemia e alterações do trânsito intestinal. Deve ser utilizado com cuidado em diabéticos. No estudo de prevenção secundária Coronary Drug Project", houve diminuição de 27% de redução nos eventos coronários39(A).

ÔMEGA 3

O ômega-3 reduz os TG. A dose mínima recomendada é de 4 gramas/dia. O estudo GISSI demonstrou que a suplementação de 1g/dia de ômega-3 reduziu em 10% os eventos cardiovasculares em portadores de doença arterial coronária40(A).

FÁRMACOS ADJUVANTES PARA A PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE CLÍNICA

São medicamentos que diminuem a morbimortalidade de indivíduos de alto risco e que devem ser prescritos na ausência de contra indicações.

ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS)

O AAS nas doses acima de 100 mg/dia deve ser prescrito para indivíduos que se encontrem sob alto risco de eventos cardiovasculares. Indivíduos hipertensos devem ter a pressão controlada41-43(A).

INIBIDORES DA ENZIMA DE CONVERSÃO (IECA)

Os IECA devem ser prescritos para indivíduos em prevenção secundária, principalmente os que apresentem disfunção ventricular esquerda ou para diabéticos que apresentem algum outro FR associado ou nefropatia44-45(A).

BETABLOQUEADORES (BB)

Os BB devem ser prescritos para indivíduos que sofreram IAM, principalmente os que apresentam disfunção ventricular46(A).

DISLIPIDEMIAS EM GRUPOS ESPECIAIS

DOENÇA RENAL

A dislipidemia no nefropata aumenta a prevalência de doenças cardiovasculares e favorece a evolução para insuficiência renal terminal47(B). As vastatinas são as drogas de escolha, reduzir o LDL-C. Fibratos são recomendados para o controle da hipertrigliceridemia, mas suas doses precisam ser ajustadas para o nível de função renal, pois podem determinar miosite e rabdomiólise.

SIDA E INIBIDORES DE PROTEASE

Pacientes com SIDA apresentam aumento nos TG e redução do HDL-C48(D). A dislipidemia é agravada pelos inibidores de protease (IP). Os fibratos e o ômega-3 podem ser utilizados nestes pacientes. As vastatinas podem modificar os níveis séricos e eficácia dos IP por compartilharem os mesmos sítios de metabolização hepática.

SÍNDROMES ISQUÊMICAS AGUDAS (SIA)

O perfil lipídico deverá ser determinado em todos os portadores de SIA, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o evento. Após esse período, o LDL-C diminui. As vastatinas estão indicadas para os indivíduos no IAM ou angina instável se o LDL-C ≥ 130 mg/dL 34(A)49-50(B). Para os com LDL-C 100-129 mg/dL o uso fica a critério do médico e se LDL-C <100 mg/dL não há indicação nesse momento. O LDL-C deverá ser reavaliado 2 meses após o evento agudo e seguidas as recomendações do item III (D).

IDOSOS (> 70 ANOS)

Nessa faixa etária, deve ser dada especial atenção ao afastamento de causas secundárias de dislipidemias, principalmente hipotireoidismo, diabetes melito e IRC. Os estudos de prevenção secundária com vastatinas mostram alta eficácia nessa faixa etária51(D). Na prevenção primária, os dados disponíveis são ainda limitados, com benefício sugerido no estudo AFCAPS/TexCAPS

5(A).

MULHERES NO PERÍODO CLIMATÉRICO PÓS-MENOPAUSAL

Prevenção primária

A TRH melhora o perfil lipídico das mulheres após a menopausa e a maioria dos estudos observacionais revela que esta promove redução da morbimortalidade por doença cardiovascular52(D). Entretanto, resultados de estudos prospectivos e controlados ainda não estão disponíveis. Não há indicação no momento da TRH para se prevenir a aterosclerose. A utilização de vastatinas é eficaz em mulheres com HDL-C baixo7(D).

Prevenção secundária

Apesar da evidência de estudos observacionais52(D), não há evidência de estudos prospectivos controlados de que a TRH traga benefício na prevenção secundária da

aterosclerose, logo não está recomendada53-54(A). As vastatinas diminuem a morbimortalidade em mulheres portadoras de aterosclerose1-3(A).

GESTAÇÃO

Mulheres dislipidêmicas em idade fértil e sem contracepção adequada devem seguir orientação dietética e, se necessário, utilizar a colestiramina. Os fibratos devem ser considerados em casos de hipertrigliceridemia muito grave (TG > 1000 mg/dL)7(D).

MULHERES 20-45 ANOS E HOMENS 20-35 ANOS

Nessas faixas etárias, a doença aterosclerótica é rara, exceto para os portadores de síndromes genéticas, fumantes importantes ou diabéticos. A

MEV deve ser enfatizada em adultos jovens com LDL ≥ 130. Entretanto, devese considerar terapia hipolipemiante para indivíduos com LDL-C entre 160189 mg/Dl, principalmente em fumantes. Aqueles com LDL-C> 190 mg/dL devem receber terapia hipolipemiante como os adultos mais velhos7(D).

Tabela XI

Valores de referência para os lipides entre 2 e 19 anos *(D)

Lipides	Idade (anos)	Valores (mg/dL)		
		Desejáveis	Limítrofes	Aumentados
CT		<170	170-199	≥200
LDL-C		<110	110-129	≥130
HDL-C	<10	≥40	-	-
	10-19	≥35	-	-
TG	<10	≤100	-	>100
	10-19	≤130	-	>130

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os lipídios devem ser dosados em crianças com parentes de 1º grau com aterosclerose precoce, parentes de 1º grau com dislipidemias graves (CT≥ 300mg/dL ou TG≥ 400mg/dL); presença de pancreatite aguda, xantomatose, obesidade ou outros FR 6,55(D)(Tabela XI).

Dieta(D)

Confirmada a dislipidemia, o tratamento dietético deverá ser iniciado após 2 anos de idade, priorizando as necessidades energéticas e vitamínicas próprias da idade. Deve-se encorajar a ingestão de fibras e desestimular a de alimentos ricos em colesterol e gordura saturada.

Havendo refratariedade à dieta, o uso de drogas hipolipemiantes para crianças acima de 10 anos pode ser considerado nas seguintes situações: dislipidemia familiar com LDLC>190mg/dL; antecedentes familiares de doença aterosclerótica prematura; 2 ou mais FR com LDL-C>160mg/ dL; na vigência de aterosclerose manifesta, com LDL-C>130mg/dL.

A colestiramina é a droga recomendável por não apresentar efeitos sistêmicos na dose de 2mg/dia com dose máxima de 8mg/dia. As vastatinas, devido à pequena experiência atual, podem ser usadas em casos de HF grave (CT>300mg/dL) e/ou aterosclerose manifesta, nos quais o uso das resinas foi insatisfatório. A quilomicronemia requer somente tratamento dietético.

Em situações excepcionais, considerações sobre outras formas de tratamento incluem a plasmaferese, LDL aférese, anastomose ileal parcial e transplante hepático.

TRANSPLANTE CARDÍACO (TC)

A presença de dislipidemia após TC está associada a maior incidência de doença vascular do enxerto. Por outro lado, o uso de pravastatinas pode reduzir a progressão da vasculopatia, independente de redução do colesterol e também parece reduzir a incidência de rejeição 56(A).

2.8.3 Procedimentos Médicos: Medicina Interna

PROCEDIMENTO: Admissão Médica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Admitir o paciente no Hospital de acordo com a patologia apresentada.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, balança, oftalmoscópio

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Apresentar-se ao paciente e familiares.
2. Atender o paciente na sala de admissão.

3. Fazer anamnese e exame físico no paciente.
4. Preencher a ficha do histórico clínico e avaliação inicial com os dados do exame físico e anamnese e AIH.
5. Descrever as suspeitas de diagnóstico do paciente e solicitar os exames em formulário próprio em duas vias.
6. Realizar prescrição médica do paciente em impresso próprio em duas vias.
7. Informar à equipe de enfermagem os procedimentos a serem realizados de imediato.
8. Informar ao paciente e familiar sobre o diagnóstico e terapêutica realizados.
9. Informar a Enfermeira responsável do Hospital o paciente deverá ser internado.

CUIDADOS

- Certificar-se da vaga na respectiva enfermaria com a Enfermeira responsável;
- Registrar os dados de forma legível;
- Exames de urgência deverão ser informados à equipe de enfermagem para solicitar ao respectivo serviço (laboratórios, radiologia, etc.);
- Caso o paciente necessite de procedimentos invasivos (cirurgias, exames, etc.) deverá assinar o termo de consentimento e ser orientado devidamente.

PROCEDIMENTO: Prescrição Médica e Evolução

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Registrar no prontuário prescrição e evolução médicas diárias de forma legível e sistemática.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, folha de evolução e prescrição médicas, impressos, balança e materiais médicos afins
- Padronização de Medicamentos do Hospital

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Examinar o paciente colhendo as informações do estado de saúde do mesmo.
2. Analisar gráficos de TRP, balanço hídrico e ocorrências de enfermagem.
3. Preencher devidamente a evolução médica, com nome completo do paciente, registro, data, horário e unidade de internação e dados do estado de saúde do paciente.
4. Escrever no prontuário médico os principais achados pertinentes ao caso.
5. Solicitar exames, quando necessário.
6. Preencher a prescrição médica em duas vias, disponibilizando à enfermagem até as 10: 00 horas, diariamente.

CUIDADOS

- Assinar e carimbar a prescrição médica.
- Certificar-se da existência do medicamento na Padronização de Medicamentos do Hospital, antes de prescrevê-lo.
- Caso seja prescrito um antibiótico, será necessário o preenchimento de formulário de programação e quantidade de antibiótico

PROCEDIMENTO: Solicitação de Inter-Consulta

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Obter consulta com especialista.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, receituário.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Solicitar interconsulta à equipe da especialidade requerida, explicitando os respectivos motivos.
2. Entregar solicitação de interconsulta à enfermagem, que o encaminha para a respectiva equipe.
3. Anotar no prontuário a solicitação da referida interconsulta.

4. Verificar anotações feitas em prontuários pelo especialista em questão e seguir recomendações necessárias.

CUIDADOS

- Checar a existência da especialidade médica do Hospital.
- Solicitar que a enfermagem avise imediatamente após o registro da resposta da consulta no prontuário.
- Caso a especialidade médica não esteja disponível no Hospital, preencher solicitação de consulta externa e encaminhar ao Serviço Social para marcação.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Artrite Reumatóide

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Desacelerar progressão da doença e debelar a dor

MATERIAL NECESSÁRIO

- Impressos para prescrição

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- A-Soro-Negativa (Fator Reumatóide negativo) ○ Antinfalmatório não esteróides ○ Corticóides em doses antinfalmatórias: 5 a 10mg/ dia ○ Corticóides de depósito e aplicação intra-articular ○ Avaliar nos casos resistentes o uso de Drogas Controladoras da Doença
- B-Soro-Positivo (Fator Reumatóide positivo)
- Avaliar os marcadores de risco ○ Introduzir precocemente as Drogas Controladoras de Doença (uma ou duas)
  - Methotrexate
  - Hidroxicloroquina
  - Sulfassalazina
  - D.Penicilina
  - Leflunomida (Arava)

- Associar corticóides
- Uso eventual de corticóides intra-articular
- Medicações biológicas quando indicadas (anti-TNF)
- Féreses

CUIDADOS

- Tratar episódios de distúrbio gastrointestinal se ocorrer após início do tratamento.
- Nas manifestações extrarticulares de risco (serosites, vasculites, quadros neurológicos), contemplar o uso de Pulsoterapia com

Metilpredisolona e/ou Ciclofosfamida

AÇÕES CORRETIVAS

- Em casos refratários avaliar transferência para Unidade Hospitalar de referência.

PROCEDIMENTO: Tratamento do Lupus Eritematoso Sistêmico

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Tratar os pacientes com diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Impressos para prescrição e exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Sem lesões viscerais importantes ○ Antinflamatório não esteróides (AINES) ○ Hidroxicloroquina ○ Corticóide em doses baixas ○ Medicações tópicas (forma cutânea)
- Com lesões viscerais importantes (Poliserosites, Vasculites, Alt.:

Neuropsiquiátricas, Renais, Pulmonares, Cardíacas, etc.):

○ Corticóides em doses elevadas (1mg/kg) ○ Pulso de Metilprednisolona ○ Pulso de ciclofosfamida ○ Azatioprina

CUIDADOS

- Terapias Específicas: ○ Féreses ○ Imunoglobina I.V.

○ Fator Estimulador de Colônia (CSF)

AÇÕES CORRETIVAS

- Nos casos de necessidade de terapia específica considerar transferência para unidade hospitalar de referência.

PROCEDIMENTO: Avaliação Inicial do Paciente Diabético

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Introduzir o paciente em programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, espátula, oftalmoscópio, exames laboratoriais e Impressos educativos

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Exame físico completo ○ Peso, TA ○ Fundo de olho ○ Palpação das artérias ○ Avaliar macroangiopatia ○ Avaliar neuropatias ○ Exame cuidadoso dos pés ○ Exame bucodentário
- Solicitar testes bioquímicos ○ Sumário de urina ○ Hemograma – Glicemia ○ Urocultura ○ Colesterol, Triglicérides ○ HDL, LDL

○ Creatinina, Uréia, K

CUIDADOS

- Solicitar glicohemoglobina ou frutosamina (podem ser normais em diabetes recentes), Raio X de tórax e ECG

AÇÕES CORRETIVAS

- Equipe multidisciplinar ○ Iniciar o programa de aprendizagem ○ Consulta com a nutrição para receber sua dieta individualizada ○ Consulta de enfermagem ○ Consulta com o serviço social ○ Avaliação Psicossocial ○ Autocontrole ○ Folhetos educativos, cartão de identificação.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter níveis aceitáveis de glicemia sérica no paciente diabético

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Critérios para o diagnóstico de:

○ Diabetes ○ Critério do ADA - Glicemia plasmática > 126 mg ○ Critério do WHO (World Health Organization) – Glicemia de jejum

> 140mg ou valor glicêmico aleatório > 200mg% ○ Glicemia de Jejum Alterada ○ Glicemia de jejum > 110mg% e < 126mg% ○ Intolerância à Glicose ○ Critério do WHO – Glicemia plasmática de jejum < 140mg% e >

200mg% ○ TTG Gestante ○ Valor normal: 105, 190, 165, 145 mg%

- Terapêutica ○ Dieta ○ A dieta do diabético deve ser individualizada de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividades físicas, hábitos alimentares, etc. num indivíduo normal, calcula-se o gasto calórico como sendo de 30 a 40 calorias/kg/dia.

○ Insulina

○ A insulina está indicada nos diabéticos do tipo 1, nos diabéticos magros, na presença de cetose e em diabéticos do tipo 2 quando os hipoglicemiantes orais já não conseguem um bom controle glicêmico. A insulina é também

indicada em caso de infecções, na gravidez, na insuficiência hepática ou renal e no diabetes secundário à pancreatite.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- A dose a ser utilizada varia conforme o paciente, em média 40u diárias de NPH são suficientes. Para pacientes que nunca tomaram insulina pode ser administrado 0.2 a 0.5u/kg e nos dias seguintes 1u para cada 20mg de glicemia acima de 140mg. Em crianças fazer 0.1u/kg de peso, inicialmente.
- Os esquemas de administração de insulina são vários. Poderá serem utilizadas quatro doses de regular, antes das principais refeições, NPH pela manhã associada com simples, NPH a noite, ou 02 doses de NPH, sendo 2/3 antes do desjejum e 1/3 antes do jantar, associada ou não a insulina simples, tudo vai depender da resposta e aceitação do paciente.
- Hipoglicemiantes Orais
  - O uso de hipoglicemiante oral está indicado nos diabéticos do tipo 2, ou não insulinodependente, quando a dieta e o aumento da atividade física não forem capazes de obter um bom controle.
  - Se o diabético é obeso, a primeira opção é a biguanida ou o inibidor da alfaglucosidade.
  - Se ele tem o peso normal ou pequeno excesso de peso, pode ser testada, inicialmente, uma sulfonilureia, associado ou não à biguanidade ou a um inibidor da alfa-glucosidade.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes III **RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Hipoglicemiantes orais disponíveis no Brasil

Droga

1. Sulfoniluréias	Nome Comercial	Apresentação	Duração de ação	Dose Máxima
Clorpropamida	ClorpropamidaDiabinese	Comp. 250 mg	+ 36h	500 mg
Glibenclamida	Daonil Euglucon Lisaglucon	Comp. 5mg	6 – 12h	20 – 30mg
Gliclazida	Diamicron	Comp.80mg	6 – 12h	240mg
Glipizida	Minidiab	Comp. 5mg	4 – 10h	20mg
Glimepirida	Amaryl	Comp. 2 e 4mg	5 – 8h	8mg
2. Biguanidas				
Metformin	Dimefor Glifage Glucoformin	Comp. 500 e 850mg	9 – 12h	200mg
Fenformin	Debei	Comp. 50mg	4 – 6h	150mg
3. Inibidores da alfa-glucosidade				
Acarbose	Glucobay	Comp. 50 e 100mg	3h	200mg

- Sulfonilureais

- As sulfonilureais de primeira geração, como a clorpropamida tem meia vida mais longa – 36 a 60h, devido formação de metabólitos com excreção mais lenta. Já os de 2ª geração tem meia vida mais curta, 8 a 16h, como glibenclamida, glimepirimida, glicazida e glipizida.
- Deve-se iniciar com um a dois comprimidos, em jejum, observar a resposta por duas a três semanas e, se necessário, aumentar a dose. A dose máxima diária a ser utilizada varia e no caso clorpropamida é de 500mg, no caso da glibenclamida 20 mg e da glicazida, 320mg e da glimepirida 8mg. Estes comprimidos devem ser dados em jejum.
- As sulfonilureias podem ser administradas associadas às biguanidas e/ou a acarbose e à insulina.

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, controle de glicemia

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Continuar o programa educativo
- Peso, TA
- Glicemia em jejum
- Glicemia pós-prandial
- Avaliar mapa de glicosúria
- Procurar hipoglicemia

CUIDADOS

- Esta segunda visita deve ser feita com 15 a 30 dias da avaliação inicial - Orientar o paciente para situações de hipoglicemia

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Exames laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Glicohemoglobina
- Lipídios séricos (se estiverem elevados)
- Glicemia pós-prandial
- Sumário de urina
- Exame dos pés
- Prosseguir com o programa educativo de grupo, já avaliando a educação recebida anteriormente
- Reconsiderar a terapêutica

CUIDADOS

- Esta terceira visita deve ser realizada após 3 meses da avaliação inicial
- Esta avaliação acima deverá ser mantida a cada 3 a 4 meses no paciente que esteja bem controlado.

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético III

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, espátula, oftalmoscópio, exames laboratoriais e RX.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Exame físico completo e particularmente ○ Palpação das artérias (Doppler se necessário) ○ Exame cuidadoso dos pés e unhas ○ Procurar macroangiopatias ○ Procurar neuropatias, hipertensão ortostática ○ Fundo de olho ○ Avaliação buco dentária

CUIDADOS

- Realizar avaliação complementar:
- Clearance de creatinina
- Creatinina, uréia, eletrólitos
- Colesterol, triglicérides, HDL, LDL
- Sumário de urina, urocultura
- Glicohemoglobina ou frutosamina
- Microalbuminúria, Raio X de tórax

AÇÕES CORRETIVAS

- Reconsiderar a terapêutica
- Solicitar consultas especializadas, se necessário
- Rever mapa de glicosúrias
- Revisão com a nutricionista

Revisão de enfermagem

- Revisão psicossocial

PROCEDIMENTO: Transferência de Paciente

RESPONSÁVEL: Equipe Médica RESULTADOS ESPERADOS

- Transferir o paciente para outra unidade hospitalar

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, relatório de transferência.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Certificar-se da vaga no local de destino.
2. De posse da vaga, informar o paciente e/ou familiares sobre sua transferência.
3. Registrar no prontuário indicação de transferência.
4. Preencher relatório de transferência constando resumo da história e exame na admissão, curso de internamento e registro de todos os exames realizados.
5. Informar à equipe de enfermagem quando o relatório estiver pronto.
6. Avisar ao Serviço Social a necessidade da transferência e as providências tomadas.

CUIDADOS

- Certificar-se junto a equipe de enfermagem que haja continuidade na administração dos medicamentos.
- Registrar no prontuário e relatório de transferência o quadro clínico do paciente ao sair da unidade hospitalar

PROCEDIMENTO: Alta Médica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Proceder à alta hospitalar, orientando o paciente quanto aos cuidados pertinentes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, relatório de alta, receita médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Comunicar o paciente da sua alta.
2. Registrar medicação de alta no prontuário.
3. Colocar na prescrição do dia, o aviso de alta do paciente.
4. Fazer o relatório de alta, em 2 (duas) vias, devendo uma delas ficar no prontuário médico do paciente e a outra ser entregue ao paciente.
5. Orientar o paciente e/ou familiares quanto à sua medicação, dieta e cuidados gerais, fornecendo receituário, se necessário.
6. Orientar quanto ao seu retorno no ambulatório, caso haja necessidade.

7. Avisar ao Serviço Social e a Enfermagem, a indicação de alta hospitalar.

CUIDADOS

- Certificar-se do entendimento do paciente em relação as orientações dadas.

PROCEDIMENTO: Conduta no Óbito

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Atestar o óbito do paciente e tomar as providências cabíveis à situação.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, atestado de óbito

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Constatar o óbito do paciente;
2. Descrever no prontuário médico a ocorrência, horário do óbito e medidas adotadas durante a parada cardiorrespiratória.
3. Preencher o atestado de óbito, no caso de morte natural.
4. Entregar o atestado de óbito à enfermagem.
5. Informar a família e/ou responsável juntamente com o Serviço Social sobre o óbito do paciente.

CUIDADOS

- Em caso de suspeita diagnostica de envenenamento, morte violenta ou óbito antes de completar 24 horas de internamento, não poderá ser fornecido atestado de óbito pelo Hospital, devendo o médico entrar em contato telefônico com o delegado regional, para solicitar sua presença no Hospital. O médico deve, ainda, fazer relatório com a ocorrência, em duas vias, onde uma delas ficará no prontuário médico do paciente e a outra será entregue ao delegado.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Infecção do Trato Urinário (ITU) II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Ao se administrar a gentamicina, certificar-se de monitorização a função renal da paciente.

A paciente deverá permanecer internada até 48 horas após o desaparecimento da febre ou normalização do quadro laboratorial, quando poderá receber alta hospitalar, com antibioticoterapia oral prescrita

AÇÕES CORRETIVAS

- Em caso de falha do tratamento (persistência da febre 48 horas após sua introdução), deve-se avaliar a possibilidade de mudança de tratamento.

PROCEDIMENTO: Tratamento das Parasitoses Intestinais

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Assistência médica capacitada a detectar e tratar adequadamente as parasitoses do trato digestivo.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Resultado laboratorial do parasitológico, Impressos para solicitação de exames e prescrição médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Colher amostra parasitológicos de fezes (03 amostras) com Baermann para todos os pacientes com suspeita de parasitose intestinal. Swab retal em casos específicos;
2. Solicitar hemograma para avaliar grau de anemia, eosinofilia, etc.;
3. Em pacientes imunodeprimidos solicitar pesquisa de oportunistas nas fezes e coprocultura;

4. Utilizar anti-helmítico de largo espectro. Mebendazol 100mg de 12/12hs por 03 dias, repetindo com 15 dias após a 1ª dose para a maioria das parasitoses. Em casos de ascaridíase isolada, pode-se usar Levamizole em dose única;
5. Para esquistossomose Mansônica, usar Oxamniquine 15 mg/kg/dia (máxima de 1,5g) em dose única;
6. Para estrongiloidíase, usar Tiabendazol 50 mg/kg/dia (não ultrapassar 03g) por 03 dias. Em caso de imunodepressão tratar por 23 dias;
7. Para teníase, usar Praziquantel 20mg/kg para T. sagnata e 5 mg/ kg para T. solium, dose única;
8. Para amebíase, usar Metronidazol 400mg VO de 8/8 hs por 10 dias – apenas para pacientes com doença intestinal atribuída ao parasito e/ou

E. histolytica. Para giardíase, Metronidazol 250mg VO 8/8hs por 05 dias.

CUIDADOS

- Não demorar de enviar a amostra ao laboratório;
- Corrigir condições associadas, como anemia ferropriva;
- Orientar o paciente quanto a cuidados de higiene no manuseio de alimentos.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Pneumonia Hospitalar

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Aplicação de medidas preventivas da infecção respiratória adquirida no ambiente hospitalar, visando a reduzir a morbimortalidade, os custos e o tempo de internação prolongado associado a essa patologia. Identificação precoce e tratamento bem sucedido dos casos identificados, tentando-se sempre identificar o agente etiológico, para traçar um perfil de sensibilidade da flora hospitalar em questão.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Exames laboratoriais, Laudo do RX, , medicamentos (ver abaixo), controle dos sinais vitais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Implantação de medidas profiláticas básicas, incluindo lavagem das mãos, normas de isolamento, etc. – para toda a equipe de saúde, sob supervisão da SCIH;
2. Ampla divulgação dos resultados das culturas entre as equipes médicas para seleção mais precisa dos antibióticos;
3. Tentar, sempre que possível, corrigir condições o mais rápido possível, que possam predispor à infecção respiratória, como ventilação mecânica, estados de coma, distensão abdominal e vômitos, etc.;
4. Solicitar hemograma completo, bioquímica, glicemia, Raio x de tórax em PA e perfil – sempre que possível - e hemogasometria em casos mais graves e/ou associados a dispnéia. Colher material para culturas;
5. Identificar fatores de risco para determinados grupos de patógenos que podem ajudar na seleção do antibiótico;
6. Iniciar antibioticoterapia empírica de largo espectro, levando-se em conta a gravidade, patologias concomitantes e perfis de sensibilidade;
7. Iniciar tratamento com cefalosporina de 3ª geração (p.ex.: Ceftriaxona), associada ou não a aminoglicosídeo;
8. Usar Ceftiazima como primeira escolha se Pseudomonas for um provável patógeno;
9. Associar Metronidazol ou Clindamicina caso haja suspeita de associação com anaeróbios;
10. Associar Oxacilina ou Vancomicina – conforme perfis de sensibilidade – caso haja suspeita de Stafilococos, baseada no quadro clínico e fatores de risco para essa bactéria, traumatismo grave, diabetes, etc.;
11. Macrolídeos, quinolônicos, etc.; dependendo da avaliação de cada caso individualmente;
12. Orientar posteriormente baseando-se nos resultados das culturas;
13. Instituir fisioterapia respiratória nos casos mais graves, com complicações, ou com excesso de secreção respiratória associada ou não à infecção.

CUIDADOS

- Assepsia rigorosa na coleta do material para culturas, para evitar contaminação;
- Atentar para casos de insuficiência respiratória, necessitando de ventilação mecânica;
- Atentar para casos de tosse crônica, mesmo com agudização e piora recente, para se afastar BK;
- Observar causas de imunodepressão (AIDS, etc.).

PROCEDIMENTO: Manuseio de Pacientes com Insuficiência Renal Aguda

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Assistência Médica e de Enfermagem capacitada para conduzir pacientes com insuficiência renal aguda, visando o restabelecimento da diurese, a correção dos distúrbios hidreletrolíticos e ácido-básicos, além de restaurar a capacidade renal de eliminar adequadamente as escórias nitrogenadas.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Balanço hídrico, resultados dos exames laboratoriais (níveis séricos, uréia e creatinina / eletrólitos)
- Medicamentos apropriados (citados abaixo) e equipamentos necessários para o uso destes medicamentos e para a realização de procedimentos dialíticos caso estes sejam necessários.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Identificar precocemente alterações da função renal, através do controle da diurese, do balanço hídrico e da monitorização dos níveis séricos de uréia e creatinina;
2. Tratar prontamente as condições que possam predispor ao desenvolvimento da IRA – estados de choque, rabdomiólise, hiperbilirrubinemia, etc. – bem como evitando o uso indiscriminado de agentes nefrotóxicos (AINEs, aminoglicosídeos, contrastes iodados, etc.);

3. Dieta com restrição proteína para 0,6-0,8g/kg/dia, rica em AA essenciais, pobre em potássio. Restrição hídrica em casos de oligúria/ anúria e suplementação em caso de poliúria. Hipossódica em caso de HAS ou hipernatremia;
4. Avaliação laboratorial deve incluir dosagem de uréia e creatinina, eletrólitos – inclusive cálcio e fósforo – hemograsometria arterial ou dosagem de reserva alcalina e sumário de urina. Se possível, deve-se dosar o sódio e a creatinina urinários para cálculo da fração de excreção de sódio (FENa) de importância para a classificação da IRA. Outros exames laboratoriais e exames de imagem devem ser individualizados a critério do médico assistente;
5. Com base na história clínica e no resultado da avaliação laboratorial, tentar classificar a IRA em prerrenal, renal e pós-renal, dirigindo a abordagem terapêutica;
6. IRA prerrenal: otimização hemodinâmica e correção de fatores que possam prejudicar a perfusão renal (p.ex.: AINES) ou reduzir a taxa de filtração glomerular (p.ex.: uso de I-ECA);
7. IRA renal: tratar causa intrínseca. As medidas acima também se aplicam;
8. IRA pós-renal: procedimentos desobstrutivos". Em geral requer avaliação de especialistas em Urologia;
9. Se oligúrico ou anúrico, acrescentar além do controle rigoroso dos dados vitais e do balanço hídrico, a monitorização da PVC;
10. Se apresentar poliúrica, deve-se hidratar o paciente adequadamente, orientando-se pelo balanço hídrico. Pode ser necessária a monitorização da PVC para otimização da hidratação;
11. Estar atento aos distúrbios hidreletrolíticos e tentar corrigi-los, principalmente em relação à elevações do potássio, que podem ser fatais;

Quando necessário estimular a diurese, usar diuréticos de alça como a Furosemide, em bolos endovenoso e em doses progressivamente mais altas, repetindo-se sempre que necessário a mesma dose que obteve diurese efetiva. Diuréticos osmóticos, como manitol e associação com tiazídicos para potencializar o efeito diurético, poderão ser prescritos em casos específicos. Solicitar avaliação do Nefrologista em casos mais complexos.

PROCEDIMENTO: Manuseio de Pacientes com Insuficiência Renal Aguda II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Atentar sempre para o balanço hídrico, evitando negativá-lo demais – risco de desidratação como piora da função renal por mecanismo prerrenal – ou positivá-lo demais – risco de sobrecarga hídrica.
- Concentrar as soluções para diluir as medicações em caso de restrição hídrica. Em caso de diálise peritoneal, além dos cuidados com o balanço hídrico da diálise e com a patência do cateter, deve-se verificar o aspecto do líquido drenando do abdômer para diagnosticar precocemente uma peritonite, que nesses casos pode ser oligossintomática. Em caso de hemodiálise com cateter de Sorensen, deve-se ter os cuidados usuais de um acesso venoso central.

AÇÕES CORRETIVAS

- Indicações de procedimento dialítico:
  - Hipercalemia refratária a medidas conservadoras; ○ Congestão pulmonar; ○ Uremia: uréia maior que 200 mg/dl e/ou sintomas neurológicos atribuídos à retenção de escórias nitrogenadas;
  - Acidose metabólica refratária ao tratamento conservador; ○ Pericardite; ○ Neuropatia.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Balanço hídrico, exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, impressos. Em caso de diálise: material para curativo, soluções dialíticas, cateteres.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Assistência Médica e de Enfermagem adequadas para o paciente com ICC, visando sua estabilização hemodinâmica e alívio dos sintomas.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, Medicamentos apropriados para o tratamento da ICC (citados abaixo) e equipamentos para monitorização (aparelho para eletrocardiograma, monitor cardíaco, oxímetro de pulso) e para utilização das medicações.
- Controle dos sinais vitais (T/ P/ PA/ R/ PVC) e balanço hídrico.

Resultados laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Tentar estabelecer sempre a etiologia da ICC (insuficiência coronariana, doença de Chagas, valvulopatia) que podem vir a diferenciar a conduta para cada caso em particular;
2. Detectar e tratar precipitantes: dist. Hidreletrolítico, sepse, intoxicação digitálica, arritmias, etc;
3. Solicitar, se não disponíveis, hemograma completo, função renal e eletrólitos, radiografia simples de tórax, ECG com 12 derivações. Demais exames, como Ecocardiograma, conforme necessário para cada caso em particular;
4. Aferição frequente de dados vitais pela equipe de Enfermagem, em casos mais graves, deve-se instalar monitor cardíaco, oxigênio e monitorizar a PVC, o débito urinário e o balanço hídrico;
5. Atividade física conforme a classe funcional do paciente. Dieta hipossódica, devendo ser suspensa em casos de instabilidade hemodinâmica importante;
6. Medicamentos:
7. Digital: Digoxina (VO) / Lanatosídeo C (IV) em casos de disfunção ventricular sistólica sintomática ou para controle de taquiarritmias supraventriculares;
8. Diuréticos: Furosemida VO (IV para os casos de congestão mais importante). Titular a dose que mantenha o paciente sem sinais ou sintomas congestivos. Associar com tiazídico caso seja necessário potencializar o efeito diurético;
9. Vasodilatadores: I-ECA mesmo em pacientes assintomáticos e com disfunção ventricular. Antagonistas da angiotesina 2 em pacientes que não toleram I-ECA. Titular a dose de ambos para a máxima tolerada pelo paciente. Esquemas outros como nitrato e hidralazina conforme julgamento médico;

10. Betabloquadores: em pacientes com classe funcional II, III e IV. Os únicos devidamente testados para essa finalidade são o carvedilol, metropolol e bisoprolol. Titular a dose conforme tolerado, lentamente;
11. Antagonista da aldosterona: espironolactona em baixas doses em pacientes em classe funcional III e IV;
12. Aminas vasoativas em casos de choque. Ter sempre desfibrilador próximo ao paciente;
13. Em caso de Edema Agudo de Pulmão, fazer furosemida 60 – 100mg e Meperidina 2-3mg, IV. Fornecer 02 sob máscara, sempre que possível. Utilizar técnica de CPAP s houver ventilador capacitado para tal disponível e o paciente encontra-se lúcido e colaborativo. Manter material de intubação orotraqueal – inclusive sedativo e mirrelaxante – prontamente disponível, caso esta seja necessária. Demais medicações a critério do médico assistente.
14. Dar alta quando paciente encontrar-se estável hemodinamicamente e com diurese satisfatória, com fatores desencadeantes corrigidos e com adequada avaliação diagnostica. Prescrever as medicações em uso para casa, com retorno ambulatorial agendado.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Atentar sempre para distúrbios hidreletrolíticos, principalmente os relacionados ao potássio e ao magnésio;
- Em casos mais graves, com choque e/ou congestão pulmonar importante, associar hemogasometria arterial na avaliação laboratorial;
- Não esquecer medidas profiláticas para Trombose Venosa Profunda/ Embolia Pulmonar, para pacientes de risco;
- Ficar atento para a possibilidade de Tromboembolismo Pulmonar, principalmente nos casos de piora súbita e inexplicada e dispnéia mais intensa com ausculta pulmonar pouco alterada. O uso da profilaxia não afasta essa possibilidade;

- Checar rotineiramente se o desfibrilador está funcionando normalmente. Certificar-se de que sabe operá-lo ANTES de fazer-se necessário o seu uso.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Resultado laboratorial (potássio, magnésio), tensiômetro, estetoscópio.

PROCEDIMENTO: Choque

RESPONSÁVEL: Médico Clínico

Choque

Introdução

Com algumas modificações, este enfoque sobre choque, principalmente o

Choque Hemorrágico, tem como base o protocolo do ATLS - Advanced Trauma Life Support (Suporte Avançado de Vida no Trauma, Manual 1993 do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões).

Definição

Define-se choque como uma anormalidade circulatória cuja perfusão orgânica e a oxigenação tecidual estão inadequadas.

Dois passos são importantes no que se refere ao choque;

1. Reconhecer precocemente sua presença.
2. Identificar sua provável causa.

Nos casos de pacientes traumatizados a causa do choque está relacionada ao mecanismo de lesão. Todos os tipos de choque podem estar presentes no paciente politraumatizado. A maioria dos pacientes em choque está em hipovolemia.

O início do tratamento do choque deve ser simultâneo com o reconhecimento do estado de choque. A resposta ao tratamento inicial, além da clínica e exames secundários, direcionam para o diagnóstico da causa. Lembrar que a hemorragia é a causa mais comum de choque no paciente traumatizado.

Os componentes fisiológicos envolvidos nos choques são:

1. pré-carga - representada pela capacitância venosa e pela volemia; 2. bomba - a contratilidade cardíaca é o que mantém o sistema em atividade;

3. pós-carga - é a resistência vascular sistêmiica (periférica).

No tratamento inicial do choque busca-se o restabelecimento das perfusões orgânica e celular com sangue adequadamente oxigenado. No choque hemorrágico isto significa aumentar a précarga o que, por si só, contraindica o uso de drogas vasopressoras.

Classificação dos Estados de Choque

Hipovolêmico - falta conteúdo (baixo volume intravascular):

- sangramentos volumosos (exteriorizados ou não);
- perda líquida excessiva (diarréia, vômito, poliúria, febre);
- sequestro líquido - tecidos inflamados (peritonite, colite, pleuris);
- drenagem de grandes volumes de transudato (ascite, hidrotórax).

Observação

Muitas vezes, mais de um fator associado quando em doentes graves.

Obstrutivo – Bloqueio do fluxo de sangue na pequena circulação ou na circulação sistêmica:

1. embolias pulmonares maciças ou submaciças produzem obstrução direta pe' coágulo (êmbolo) e, indiretamente, pela liberação de vasoconstritores;
2. tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, coartação aórtica - causando restrição mecânica da pré-carga ventricular direita (não há enchimento).

Distributivo - Existe inadequada demanda tecidual e oferta local de oxigênio:

- Fluxo alto/necessidade;
- Fluxo alto/não atendendo à necessidade.
- Séptico
- Neurogênico
- Anafilaxia

- Síndrome de hiperviscosidade - Doencas endócrinas:
- hipotireoidismo
- hipocortisolismo

Cardiogênico – O desempenho cardíaco está limitado (inotropismo e cronotropismo):

- Falência ventricular esquerda
- Lesões valvares
- Infarto do miocárdio
- Shunt arteriovenoso
- Miocardiopatia
- Aneurisma ventricular
- Miocardite
- Alterações elétricas
- Disfunção miocárdica da sepse
- Arritmias
- Defeitos mecânicos
- Distúrbios de condução

Avaliação Inicial

Reconhecimento do choque

Mecanismos compensatórios mantêm a pressão sistólica até uma perda de 30% da volemia. Então, não aguardar queda da pressão arterial, aparecimento de alterações do fluxo renal e do Sistema Nervoso Central para fazer diagnóstico do choque. Taquicardia, pele fria, queda da pressão de pulso (sistólica-diastólica) em pacientes traumatizados, até provar o contrário, devem ser considerados evidências de choque. Idosos, medicamentos como o propranolol, hematócrito, podem ter comportamento não esperado.

Diferenciação clínica da etiologia do choque

Choque hemorrágico

Hemorragia, como já foi dito, é a causa mais comum de choque em pacientes politraumatizados. Outros choques podem responder parcial ou

transitoriamente à reposição volêmica. O fator de grande importância é identificar se o quadro é ou não devido à hemorragia.

Choque não-hemorrágico

Choque Cardiogênico

A disfunção miocárdica pode ocorrer por contusão miocárdica, tamponamento cardíaco, embolia gasosa ou infarto do miocárdio associado ao trauma. Destes o mais comum é o tamponamento cardíaco relacionado ao ferimento penetrante do tórax. Taquicardia, abafamento de bulhas, jugulares ingurgitadas, hipotensão e resposta ruim à reposição volêmica falam a favor do diagnóstico. O pneumotórax hipertensivo pode simular tamponamento cardíaco. Inserção correta de uma agulha alivia estas ameaças.

Pneumotórax Hipertensivo

Mecanismo valvular que causa compressão e colapso pulmonar, com desvio do mediastino para o lado oposto, diminuindo o retorno venoso e o débito cardíaco. Requer tratamento imediato. Clinicamente há enfisema subcutâneo, ausência de murmúrio vesicular, hipertimpanismo à percussão, desvio da traqueia e insuficiência respiratória aguda, manifestações estas que autorizam a descompressão torácica sem esperar confirmação radiológica.

Choque Neurogênico

Lesões cranianas isoladas não causam choque. Já os traumas por lesão modular pode provocar hipotensão pela perda do tônus simpático, mas não há taquicardia nem vasoconstrição cutânea, assim como pulso fino não é visto no choque neurogênico.

Choque Hemorrágico no Paciente Traumatizado

Fisiopatologia

As respostas iniciais à perda de sangue são compensatórias como a vasoconstricção progressiva cutânea, muscular e visceral na tentativa de preservar o fluxo sanguíneo. Taquicardia é o sinal mais precoce.

Nas células, a perfusão e oxigenação inadequadas desencadeiam um mecanismo compensatório que é o metabolismo anaeróbio que resulta em produção de ácido lático e acidose metabólica. No choque prolongado, a parede celular perde a capacidade de manter o gradiente elétrico, e ocorre o edema celular, levando a lesão e à morte celular, e ao edema tecidual. Isto agrava o impacto global da perda sanguínea e da hipoperfusão preexistente. A infusão de soluções eletrolíticas ajudam a combater este processo. Às vezes, a reposição pode ser acompanhada de um aumento significativo do edema intersticial devido à lesão de reperfusão da membrana capilar intersticial, necessitando de volumes maiores de soluções salinas.

Definição de hemorragia

É uma perda aguda de sangue. O indivíduo adulto normal tem um volume sanguíneo de aproximadamente 7% do seu peso corporal enquanto a criança tem cerca de 8 ou 9%. Em caso de obesos considera-se o peso ideal.

Efeitos diretos da hemorragia

O tratamento deve ser orientado mais pela resposta individual do que por uma classificação, pois a distinção entre as classes de choque nem sempre é precisa. Didaticamente divide-se em quatro classes: I - perda de sangue igual ao doador de sangue; II - choque não-complicado que requer reposição de cristalóides; III - estado mais complicado onde há necessidade de reposição de líquidos e provavelmente de sangue e: IV - grave, considerado evento preterminal, se medidas agressivas não forem tomadas. Alguns fatores podem alterar a dinâmica vascular e devem ser lembrados: (1) idade do paciente, (2) gravidade do trauma e localização anatômica, (3) intervalo entre o trauma e início do tratamento e (4) reposição volêmica pré-hospitalar e uso do PASG. Como regra, diz-se que é perigoso aguardar que o paciente traumatizado se enquadre em uma classificação fisiológica precisa antes de iniciar uma terapia agressiva.

Efeitos Diretos da Hemorragia

Alteração	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perda Sanguínea em ml	até 750	750-1.500	1.500 - 2.000	> 2.000
Perda Sanguínea em %	até 15%	15-30%	30-40%	>40%
Freqüência de Pulso	< 100	> 100	> 120	>140
Pressão Arterial	normal	normal	diminuída	diminuída
Pressão de Pulso mmHg	normal ou diminuída	diminuída	diminuída	diminuída
Freqüência Respiratória	14-20	20-30	30-40	>35
Diurese ml/hora	> 30	20-30	5-15	desprezível
Estado Mental/SNC	ansiedade leve	ansiedade moderada	ansiedade e confusão	confusão e letargia
Reposição Volêmica	cristalóide	cristalóide	cristalóide e sangue	cristalóide e sangue

Fonte: ATLS, 1993

Alterações hidroeletrolíticas secundárias a lesões de partes moles

Fraturas e lesões de partes moles, extensas, comprometem a hemodinâmica de dois modos:

- pela perda de sangue nos casos de fraturas extensas (tíbia e úmero podem perder 750 ml cada e fêmur 1.500 ml). Vários litros de sangue podem acumular-se num hematoma retroperitonial associado a uma fratura pélvica;
- edema intersticial obrigatório em partes moles lesadas. Este edema depende da extensão da lesão e consiste de líquido extracelular. Lembrar que o plasma é parte do extracelular e corresponde a 25% do volume do edema e sua perda tem impacto no volume circulatório na presença de grandes edemas. Por exemplo, a perda de 2.000 ml de edema em uma fratura de fêmur corresponde a 500 ml de plasma, volume que somado a outras perdas pode complicar o estado hemodinâmico.

Abordagem do Choque Hemorrágico

O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados em rápida sucessão. Para a maioria dos pacientes traumatizados, o tratamento é instituído como se fosse choque hipovolêmico, até evidente prova em contrário.

Exame físico

Anotar sinais vitais, diurese e nível de consciência para comparação.

Vias aéreas e respiração (A e B do ABC): - estabelecer via aérea prévia; - iniciar oxigênio.

- Circulação e controle da hemorragia (C do ABC):

- verificar circulação:
- controlar hemorragia externa (compressão, garrote. etc.); - estabelecer acesso venoso:
- avaliar perfusão tecidual.
- Exame neurológico:
- avaliar nível de consciência (escala adotada na instituição ou Glasgow), movimentação ocular, resposta pupilar, função motora e sensibilidade.
- Exame completo:
- despir o paciente, identificar lesões. Cuidado com hipotermia.
- Descompressão gástrica:
- não se sabe porque mas a distensão gástrica torna o choque de díficil tratamento e aumenta o risco de aspiração. Deve-se drená-lo sempre (SNG-Sonda Nasogástrica).
- Sondagem vesical:
- mede débito urinário, avalia presença de hematúria. Na presença de sangue uretral ou próstata não-palpável em homem, não sondar.

Acesso vascular

Obter acesso vascular imediatamente por meio de 2 cateteres que devem ser curtos e grossos preferencialmente em braço ou antebraço. Na impossibilidade da punção, dissecar veias (membro superior ou safena) evitando-se danos arteriais e nervosos. Em crianças menores de 6 anos, em casos de inabilidade, utilizar punção óssea. Colher sangue para exames de rotina. Se realizado acesso venoso central via subclávia ou jugular interna, obter Raio X de tórax em seguida.

Reposição liquida inicial

Inicialmente dee ser usada solução eletrolítica isotônica que promove expansão intravascular (transitória) por reposição das perdas que ocorreram para o interstício e compartimento celular. Posteriormente, se necessário, sangue.

O ringer lactato é a primeira escolha e o soro fisiológico a segunda. As reposições à base de soro fisiológico, devido aos grandes volumes, podem acarretar acidose hiperclorêmica que se agravará ainda mais se a função renal estiver comprometida.

Preconiza-se para o adulto cerca de 2.000 ml e na criança cerca de 20 ml/kg de peso, infundidos rapidamente e observando-se a resposta hemodinâmica. Pode-se utilizar a tabela como guia para a reposição (3 ml de solução isotônica para cada ml de sangue perdido) lembrando sempre dos fatores que podem interferir ou modificar as respostas esperadas. Sempre avaliar a resposta à reposição inicial.

Avaliação da Reposição Volêmica e da Perfusão Orgânica

Generalidades

Os dados da manifestação clínica são os parâmetros para avaliação da reposição. Então, regularização da frequência cardíaca, frequência respiratória, palidez, pele fria, pressão de pulso, diurese. Pode-se incluir exames laboratoriais.

Débito urinário

Utilizar o débito urinário como um dos monitores da reposição. 50 ml/hora no adulto ou 1/2 a 1 ml/kg/ hora inclusive para crianças até 1 ano; abaixo de 1 ano e desejável 2 ml/kg/hora. Débitos urinários inferiores sugerem reposição volêmica inadequada, sendo necessária a complementação da reanimação e/ou outras medidas diagnósticas.

Equilíbrio ácido-base

Normalmente o paciente hipovolêmico cursa, no início, com alcalose respiratória ocasionada pela taquipnéia e posteriormente evolui para acidose metabólica (no início é leve e não necessita tratamento). O choque prolongado ou profundo leva à acidose metabólica gra provocada pelo metabolismo anaeróbio indicando reposição inadequada. Acidose metabólica persistente em paciente normotérmico deve ser manejada com aumento da infusão líquida. Só utilizar bicarbonato de sódio com pH abaixo de 7,2.

Resposta à Reposição Volêmica Inicial e as Decisões Terapêuticas

Generalidades : a resposta do doente à reposição volêmica inicial mostra o caminho dos próximos passos da terapêutica. Aumentar, diminuir ou complementar a infusão de líquidos, adição de sangue, novos exames, tomam por base a evolução ao tratamento inicial instituído cujo padrão de resposta pode ser resumido na tabela a seguir (tabela 2):

Respostas e Decisões Terapêuticas			
Tipo de Resposta	Rápida	Transitória	Sem resposta
Sinais Vitais	Retorno ao normal	Melhora Transitória Recidiva PA e FC	Continuam Anormais
Perda Sanguínea Estimada	Mínima – 10 a 20%	Moderada e Persistente 20 a 40 %	Grave (< 40%)
Necessidade de Mais Cristalóide	Baixa	Alta	Alta
Necessidade de Sangue	Baixa	Moderada a Alta	Imediato
Preparo do Sangue	Tipado e com Prova Cruzada	Tipo Específico	Liberado em Caráter de Emergência
Necessidade de Cirurgia	Possível	Provável	Muito Provável
Necessidade de Opinião Cirúrgica	Sim	Sim	Sim

Sangue com provas cruzadas, tipo específico e tipo O (vide tabela anterior).

É sempre preferível o uso de sangue, com todas provas cruzadas realizadas, procedimento que normalmente exige 1 hora.

Sangue tipo específico (ABO e Rh) são encontrados na maioria de bancos de sangue. Aqui a incompatibilidade a anticorpos menores pode ocorrer, mas justifica-se seu uso na presença de choque grave cuja resposta a infusão líquida é transitória.

Na presença de sangramento profuso, exsanguinante e na indisponibilidade de sangue específico, usa-se o tipo O e, se puder, Rh negativo.

Filtros de sangue

Utilizar filtros comerciais de transfusão sanguínea.

Aquecimento dos líquidos

Para prevenir hipotermia ou ajudar a reverter a já existente, infundir líquidos cristalóides a 39 graus centígrados, utilizar cobertores e evitar exposição corporal. Não aquecer em microondas as soluções contendo glicose, plasma e sangue. Vide hemoterapia, Capítulo 26, para maiores informações.

Autotransfusão

Existem equipamentos disponíveis comercialmente para coleta estéril, anticoagulação e retransfusão de sangue drenado utilizados principalmente em hemotórax volumoso. Outros equipamentos com finalidades semelhantes, mais complexos podem ser encontrados comercialmente.

Coagulopatia

Normalmente não é necessário a transfusão de plaquetas, crioprecipitado, plasma fresco e fibrinogênio em atendimentos iniciais. A medida do tempo de protrombina, do tempo de tromboplastina parcial e a contagem de plaquetas são estudos de grande valia em algumas situações especiais em portadores de coagulopatias ou uso de medicamentos anticoagulantes. Estar alerta nos casos que cursam com hipotermia e necessitam de transfusões maciças, pois pode ocorrer alterações dos fatores de coagulação e diluição planetária levando à coagulopatia.

Administração de cálcio

Reposição de cálcio deve ser baseada em dados laboratoriais.

Dispositivo Pneumático Antichoque — PASG (Pneumatic Antishock Garment)

Este equipamento de insuflação age, na extremidade inferior e abdômen, por compressão causando aumento da resistência vascular periférica e da póscarga, elevando a pressão arterial.

Indicado em casos de transporte ou atendimento extra hospitalar para fraturas pélvicas com hemorragia contínua e hipotensão e em traumas abdominais com grave hipovolemia em pacientes que estão sendo removidos.

Está contraindicado seu uso no edema pulmonar, ruptura diafragmática conhecida (impulsiona órgãos da cavidade abdominal para dentro da cavidade torácica) e e hemorragias fora da área da ação do dispositivo como lesões de tórax, extremidades superiores, couro cabeludo, face e pescoço.

Deve ser usado com conhecimento de seus efeitos deletérios no quadro clínico do choque assim coma sua desinsuflação também requer manejo sequencial e protocolar.

Problemas no Diagnóstico e Tratamento do Choque

Equiparação da pressão arterial ao débito cardíaco

Não assumir que obrigatoriamente uma elevação da pressão arterial corresponde a um aumento concomitante do débito cardíaco. Assim, um aumento da resistência periférica sem

aumento do débito cardíaco, por uso de drogas aumenta a pressão arterial mas não, necessariamente, melhora a perfusão e a oxigenação tecidual.

Idade

Os idosos toleram mal a hipotensão, pois pode evoluir para complicações sérias como o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Atletas

Os atletas podem aumentar seu volume sanguíneo em 15 a 20%, elevar o débito cardíaco em até seis (6) vezes, aumentar o volume da ejeção sistólica em ate 50% e baixar a frequência cardíaca a 50 bpm. Por isso tudo, eles suportam perdas sanguíneas maiores sem grandes alterações hemodinâmicas.

Medicamentos

Medicamentos como os bloqueadores beta adrenérgicos e os do cálcio podem alterar a resposta hemodinâmica do paciente frente à hemorragia.

Hipotermia

Já comentado, porém deve ser enfatizado. Processo que junto com a hemorragia torna difícil a reanimação com a infusão líquida e pode caminhar para coagulopatia. Levando-se em conta isso, a temperatura é um bom indicador da eficácia da reanimação. Esofágica, vesical, timpânica ou ainda a retal podem ser usadas. Em alguns casos, dependendo da evolução da reanimação deve-se "lançar mão" das infusões aquecidas tanto em tórax como em abdômen não comprometido. Utilizar todos os dispositivos de aquecimento ambiental.

Marca-passo

Fica evidente que pacientes em uso de marca-passo, cuja frequência cardíaca é determinada pelo dispositivo, alguns sinais precoces do choque hipovolêmico ficam comprometidos.

Reavaliação da Prevenção de complicações

A hemorragia oculta ou não diagnosticada é a principal causa da resposta inadequada a reposição volêmica.

O controle da PVC durante a reanimação tem seu valor relativo estabelecido. Para tanto, o acesso venoso central deve ser providenciado (se já não o foi durante a busca de acesso vascular por dissecção, com introdução de cateter longo). De melhor utilidade é a medida de PVC, inicialmente baixa, que progressivamente se eleva, à medida da progressão da reanimação. Valores altos podem significar problemas com o cateter, com o funcionamento cardíaco, com excesso de volume, além de inúmeros outros. Buscar outras causas sempre que a reanimação não oferecer o resultado planejado no início da infusão do líquidos.

Observação

É recomendável que todos participantes de equipes médicas envolvidas em atendimento de traumatizados obtenham o título do ATLS.

Choque Séptico

Sepse significa uma resposta sistêmica desencadeada por uma infecção evidente. Esta resposta sistêmica é denominada de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS), a qual pode ser desencadeada não só por infecção, mas por outros processos que levam ao estímulo da cascata inflamatória, como um paciente queimado, pancreatite e até mesmo neoplasia, e ainda, doenças reumatológicas. Quando nos referimos à infecção, estamos afirmando que existe a presença de organismos num local previamente estéril.

A SRIS é manifestada como temperatura axilar >38°C ou <36°C, frequência cardíaca >90 batimentos por minuto, frequência respiratória >20 batimentos por minuto ou pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO2) <32 mmHg (<4.3 kPa), contagem de leucócitos r. sangue >12.000 células/mm3 ou <4.000 células/mm3, ou >10 % de formas imaturas, também denominadas de bastões.

A síndrome séptica diz respeito à sepse associada com a evidência de alteração da perfusão orgânica e um dos seguintes estados: hipoxemia, níveis elevados de lactato, oligúria ou alteração do nível de consciência. Já a sepse severa representa a sepse associada com disfunção orgânica, hipoperfusão ou hipotensão. O choque séptico representa a sepse com hipotensão mesmo depois de adequada reposição volêmica. A última definição é a do choque séptico refratário, sendo aquele que persiste por mais de 1 hora sem resposta à reposição volêmica e intervenção com drogas vasoativas.

A incidência anual e o número de óbitos relacionados à septicemia vem aumentando progressivamente, embora a mortalidade relacionada à doença esteja diminuindo. A incidência nos Estados Unidos da América (EUA) tem se aproximado de 240.4 casos por 100,000 habitantes. A mortalidade provocada pela septicemia severa gira em torno de 28%, variando conforme o estudo; é preciso determinar qual a gravidade de sepse para podermos predizer a mortalidade, a qual segue uma hierarquia muito bem definida de SRIS, sepse, sepse severa e choque séptico, cujos níveis de mortalidade são representados por 7%, 16%, 25%, e 46%, respectivamente.

O atendimento do paciente em choque séptico deve seguir uma ordem de raciocínio e algunsconceitos básicos, principalmente nas primeiras horas da identificação. Os critérios diagnósticos e o estado do choque devem estar bem definidos.

Ressuscitação Inicial

Deve iniciar assim que o diagnóstico de sepse com hipoperfusão seja feito, antes mesmo do doente ser encaminhado para a UTI, nas primeiras 6 horas. O volume necessário para a reanimação vai depender da capacidade de atingir algumas metas, independendo do tipo de fluido, cristalóide ou colóide. A vantagem do colóide parece se basear na menor necessidade de volume para se atingir os parâmetros de ressuscitação adequada devido à menor distribuição em relação ao cristalóide, o qual tende a produzir mais edema.

O objetivo desta reanimação é manter uma pressão venosa central (PVC) entre 8 a 12 mmHg, uma pressão arterial média (PAM) maior que 65 mmHg, um débito urinário maior que 0,5 ml/Kg/h e uma saturação venosa central (SVC) acima de 70%. Atingir estes objetivos em menos de 6 horas significa uma redução na mortalidade em mais de 50%. Pacientes submetidos à ventilação mecânica devem ter níveis de PVC entre 12 a 15 devido aumento na pressão intratorácica. Se não houver sucesso inicial em manter uma SVC acima de 70% com a reposição volêmica, pode-se realizar hemotransfusão, a fim de manter um hematócrito acima de 30% ou a utilização de dobutamina em doses crescentes, sempre mantendo uma PAM > 65 mmHg.

Diagnóstico

Em todo paciente séptico devem ser colhidas culturas antes da terapêutica antimicrobiana. Em geral, colhe-se 2 hemoculturas, sendo pelo menos uma delas percutânea e a outra

podendo ser de acesso vascular já instalado. Outras culturas deverão ser obtidas conforme a indicação do quadro do paciente, como cultura de urinas, líquor, ferida, secreção brônquica ou outras. A vantagem da coleta de hemocultura pelo acesso vascular é que se esta cultura apresentar crescimento em tempo maior de 2 horas antes da hemocultura coletada percutânea, indica que o acesso vascular pode ser a fonte de septicemia.

Além da pesquisa microbiana, deve-se realizar estudos de imagem, como Raio X de tórax ou ultrassonografia de abdome, para auxílio no foco de septicemia quando há dúvida diagnóstica. Apesar da importância de exames de imagem no diagnóstico, deve-se levar em consideração o risco de transporte dos pacientes para os locais de exame, considerando a utilização de exames à beira do leito como de eleição em pacientes graves.

Terapia Antimicrobiana

O tratamento com antibióticos não pode ultrapassar 1 hora após o reconhecimento de sepse severa, muitas vezes iniciado junto com a ressuscitação volêmica. Quanto maior a demora na utilização do antibiótico, maior a mortalidade. Devido a esse motivo, os servidos de emergência e UTI devem ter a sua disposição os antimicrobianos de amplo espectro, mais utilizados para se iniciar a primeira dose. A escolha antimicrobiana dependerá de muitos fatores, como a doença de base, doenças associadas, histórico de uso antimicrobiano, infecção nosocomial ou comunitária, critérios esses que vão além de escopo deste capítulo. Mesmo com a terapia correta, nunca esquecer das infecções que necessitam de outro tratamento além do antibiótico, como a drenagem de abscessos (abdominais, torácicos, articulares, colangite, pielonefrite), debridamentos de tecidos necróticos, retirada de dispositivos como prótese, cateter, sondas ou tubos.

Vasopressores

Quando a terapia com volume falha em atingir os parâmetros mínimos mesmo com hidratação vigorosa ou quando o volume infundido esta proporcionando sobrecarga sem alguma vantagem, deve-se se iniciar drogas vasoativas, preferencialmente através de um acesso venoso central. Essas drogas são necessárias não só para manter uma PAM adequada, mas sim uma perfusão tecidual suficiente para os órgãos mais importantes. As drogas mais utilizadas no choque séptico são a noradrenalina e a dopamina. Essas duas catecolaminas apresentam diversas vantagens sobre a adrenalina ou fenilefrina (discutidas

a seguir). A noradrenalina é a catecolamina mais potente e a mais efetiva em reverter quadro de choque séptico, além de menos efeitos adversos que a dopamina.

Em pacientes com baixo débito cardíaco apesar da reposição adequada de fluidos, dobutamina pode ser usada para aumentar o débito cardíaco, sendo droga de primeira escolha nestes casos, uma vez que a pressão de enchimento ventricular esteja normal e a PAM normal ou elevada.

Corticóide

Recomenda-se em pacientes com choque séptico já com terapia vasopressora o uso de hidrocortisona 200 a 300 mg ao dia devido a redução da mortalidade. Este fato foi verificado pela existência de insuficiência adrenal relativa em alguns pacientes com choque séptico. A insuficiência relativa da adrenal pode ser identificada pelo teste de estimulação com ACTH, o qual define os pacientes com choque que respondem ao uso de corticóide. Como o exame não está disponível facilmente e o resultado pode demorar, é sensato utilizar corticóide em todo paciente com choque séptico em terapia vasopressora. A duração da terapia com corticóide não está definida, podendo ser utilizada por 1 semana ou até recuperação do estado de choque e sem o uso de drogas vasoativas. Considerando que o choque da insuficiência adrenal apresenta componente mineralocorticóide mais importante, pode se utilizar a fludrocortisona, que apresenta vantagem de não interferir com a imunidade. Na ausência de choque, o uso de corticóide pode ser maléfico.

Proteína C Ativada Humana Recombinante

Uma das vias inflamatórias da sepse severa refere-se à ativação endotelial e agentes pró-coagulantes, predominando estes no início do quadro séptico. A utilização de agentes anticoagulantes sempre foi estudada com o intuito de diminuir a mortalidade e evolução para CIVD. Dentre as medicações, uma delas, a proteína C ativada vem sendo largamente estudada após demonstração de aumentar sobrevida em pacientes com sepse severa na presença de disfunção orgânica. Conhecida como drotrecogina alfa ou Xigris® é recomendada em paciente com risco de maior mortalidade, definidos polo APACHE II com escore igual ou maior que 25 (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), disfunção múltipla de órgão e sistemas induzidos pela sepse, choque séptico ou SARA (Síndrome da

Angústia Respiratória do Adulto) induzida pela sepse e sem contraindicações absolutas a medicação. Estudos do Xigris® na sepse sem disfunção de órgão não aumentou a sobrevida.

Hemoderivados

Não existe um nível de hemoglobina considerado ótimo. O ideal é a quantidade de hemoglobina que possa carrear oxigênio suficiente para os tecidos, a fim de manter uma oferta tecidual de oxigênio adequada. Em estudos controlados, níveis entre 7 e 9 g/dL são bem tolerados em pacientes com sepse. E óbvio que um nível de 12 g/dL é melhor que 9 g/dL. Estudos comparando mortalidade entre a manutenção de níveis de hemoglobina mais baixos evitando-se transfusão de concentrado de hemáceas contra níveis de hemoglobina > 10 g/dL permitindo-se a transfusão a critério do Intensivista não demonstrou diferença na mortalidade. Apesar do aumento da hemoglobina produzir um aumento óbvio da oferta de oxigênio, parece não haver melhora no consumo do oxigênio. O uso de eritropoetina como agente estimulador na produção/maturação hemática não se justifica na sepse por não apresentar alteração na mortalidade.

O uso de plasma fresco só se justifica para correção de anormalidades na coagulação na vigência de sangramento ou para procedimentos cirúrgicos. Concentrados de plaquetas estão indicados quando contagem de plaquetas menor de 5.000 mm3 independente de sangramento, entre 5.000 e 30.000/mm3 na vigência de sangramento, acima de 50.000 mm3 quando o paciente for submetido à cirurgia.

Controle Glicêmico

Em pacientes com sepse severa o ideal é manter a glicemia menor que 150 mg/dL. Trabalhos recentes têm demonstrado que o ideal seria manter a glicemia entre 80 e 110 mg/dL. Para atingir essa meta é necessário realizar inicialmente de cada 30 a 60 minutos e 3 a 4 horas quando o doente está mais estável. Associado ao controle rígido de glicemia deverá ser utilizada a insulina em infusão contínua. Com este tipo de abordagem a hipoglicemia é frequente, porém, obtém-se diminuição da mortalidade. Aliado ao controle estrito com insulina em infusão contínua, dá-se preferencia à nutrição enteral contínua, o que permite o ajuste de insulina e controle glicêmico mais fácil.

Ventilação Mecânica na SARA

Em pacientes com SARA associada à sepse deve-se evitar altos volumes correntes e pressões de platô altas, tentando utilizar volumes de 6 ml/Kg de peso ideal como alvo, assim como limitar a pressão de platô para máximo de 30 cm H2O. Essa estratégia de ventilação pode se associar com a hipercapnia, a qual teoricamente tende a promover piora do choque por vasodilatação e queda no pH tecidual. Porém, estudos têm demonstrado que os pacientes toleram bem a hipercapnia até um certo nível, denominada então de hipercapnia permissiva. O uso de altos valores de PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final) nestes pacientes auxilia na oxigenação para redução dos níveis de FiO2, evitando lesão pulmonar secundária a radicais livres. Apesar disso, trabalhos recentes têm demonstrado não haver benefícios em altos níveis de PEEP em relação a níveis mais baixos, desde que se mantenha um nível FiO2, suficiente para atingir uma saturação de oxigênio entre 88 e 92%. Além dos parâmetros do ventilador, utilizar manobras de recrutamento alveolar como pronação do paciente, aumento progressivo de PEEP e outros, conforme protocolos de cada serviço. As manobras de recrutamento promovem melhora da saturação de oxigênio sem alterar mortalidade.

Sedação e Analgesia

Devem ser utilizados protocolos de sedação com reavaliações diária dentro de uma escala de sedação, fazendo a retirada da sedação para avaliar o nível de consciência e ajustar a nova dose de sedação, seja em infusão contínua ou intermitente. Esta estratégia diminui o tempo de ventilação mecânica, assim como o tempo de internamento e taxas de traqueostomias. Evita-se o uso de bloqueadores neuromusculares pelo risco de manutenção do bloqueio em pacientes com sepse, mesmo após descontinuação prolongada.

Terapia de Substituição Renal

Em pacientes sem instabilidade hemodinâmica, o uso de hemodiálise contínua ou intermitente não apresenta diferença. Já nos pacientes instáveis, a hemofiltração contínua apresenta-se como de mais fácil manejo. Ainda não existem evidências ou benefícios na utilização de hemodiálise contínua em choque séptico que não seja como terapia de substituição renal.

Uso de Bicarbonato

Não existem vantagens na utilização de bicarbonato em pacientes com choque séptico e pH· 7,15. O mesmo não promove redução da mortalidade e melhoras no sistema cardiovascular quando comparado com cloreto de sódio na mesma proporção de milequivalentes. Tem indicação para melhora de ventilação durante a hipercapnia permissiva e promove redução da carga de drogas vasoativas em pacientes com choque séptico com uso de vasopressores e pH menor de 7,2. Não promove piora da acidose intracelular como a maioria dos trabalhos antigos especulava, porém ainda não apresenta espaço definido na septicemia, sendo seu uso baseado na experiência de cada serviço e profissional até que trabalhos de melhor evidência e com maior número de pacientes sejam realizados.

Profilaxia da Trombose Venosa Profunda

O uso de baixas doses de heparina não fracionada ou de baixo peso molecular é indicado para pacientes com sepse severa. Quando contraindicados, devem ser substituídos por dispositivos profiláticos mecânicos.

Profilaxia de Ulceras de Estresse

Deve ser realizada em todos os pacientes com sepse severa. Os antagonistas de receptor H2 são mais eficazes que o sucralfato. O uso de inibidores de bomba de prótons não se justifica pela ausência de trabalhos comparativos com os antagonistas de receptor H2.

Choque Pirogenico

É um quadro clínico apresentado por alguns pacientes submetidos a infusõe principalmente via endovenosa, mais comum de ocorrer com medicamentos, sangue, plasma, trocas de soro, troca de equipo.

Então, nestas condições, sempre que um doente começar a apresentar:

- calafrios (arrepios de frio);
- tremores (abalos musculares);
- febre de início súbito (que pode não aparecer); - queda de pressão arterial ou choque.

PROTOCOLO

1. Retirar todos equipos, frascos, etc. que estiverem conectados ao doente, substituindo por outros, inclusive os de PVC e PAM.
2. Avisar o médico.
3. Ern casos de infusão endovenosa, proceder como protocolo para hemoderivados e SPGV.

Observações

- Alguns pacientes corn febre podem ter convulsões.
- A reação com o sangue deve-se a tipos diferentes (reação hemolítica).
- Às vezes, os causadores do choque pirogênico não são os medicamentos e sim as substâncias que compõem os plásticos dos equipos, frascos, etc.

Choque Anafilático

Reações alérgicas com prurido intenso, vermelhidão no corpo, edemas (inchaços) ou problemas respiratórios, muitas vezes acompanhados de choque (queda da pressão arterial), são geralmente muito graves e necessitam de atendimento médico imediato.

É o quadro de anafilaxia que, quando acompanhado de choque, recebe o nome de choque anafilático. Apresenta risco de morte e normalmente é medicado como abaixo:

Epinefrina (adrenalina), via subcutânea, na concentração 1: 1.000:

- adultos: 0,2 a 0.5 ml;
- crianças: 0,1 a 0,3 ml.
- Se o doente apresentar uma queda de pressão arterial, a epinefrina (adrenalina) é utilizada por via intravenosa na concentração mais diluída: 1: 10.000.
- adultos: 0,3 a 0,5 ml, em aplicação lenta, durante 5 rninutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 15 rninutos.
- crianças: 0,1 a 0,2 ml, em aplicação lenta, durante 5 minutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 30 minutos.
- Além disso, medidas específicas de urgência (ventilação, intubação, traqueotomia) podem ser necessárias para garantir a vide do doente.

Drogas Vasoativas

Noções básicas

O funcionamento celular depende de oferta de oxigênio e de nutrientes. A oferta de oxigênio depende do débito cardíaco, pressão de perfusão tissular, fluxo tissular e conteúdo arterial de oxigênio.

Na situação de estresse ocorre Centralização da Circulação, isto é, prioriza-se a oferta de nutrientes e oxigênio para o pulmão, cérebro e coronárias.

O Débito Cardíaco (DC) é o volume de sangue impulsionado pelo coração por minuto. Ele depende diretamente da frequência cardíaca (FC) e do volume sistêmico (VS), sendo est. último o volume de sangue que e impulsionado pelo coração a cada contração (DC = FC x VS).

O Volume Sistêmico depende da précarga (pressão e volume de enchimento), pós-carga (resistência ao esvaziamento) e contratilidade (capacidade contrátil). Desta forma, podemos concluir que vários fatores influenciam no débito cardíaco e, consequentemente, na oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos.

A distribuição de oxigênio para os tecidos, assim como o consumo, podem ser calculados indiretamente (Tabela 3). Por intermédio da aferição de parâmetros gasométricos colhidos de sangue arterial e venoso, e medindo-se o débito cardíaco por meio de técnica mais invasiva com a utilização de cateter central tipo Swan-Ganz, conforme técnica, teremos os dados para o cálculo correto de oferta e consumo de oxigênio. A finalidade primordial é manter um equilíbrio entre o que é ofertado e o que é consumido, evitando desta forma, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Tabela 3. 24

Cálculos de Oferta e Consumo de Oxigênio
Oferta de O_2 = DC x CaO_2 X 10 donde CaO_2 = Hb x 1,39 x SaO_2 + PaO_2 x 0,0031
Consumo de O_2 = DC x D (a-v)O_2 X 10; D(a-v)O_2 = CaO_2 - CvO_2, CvO_2 = Hb x 1,39 x SvO_2 + PvO_2 x 0,0031

Drogas vasoativas e os receptores adrenérgicos

Aplica-se o termo adrenérgico a um neurônio pré-sináptico que libera noradrenalina como transmissor, e chama-se de receptor adrenérgico os receptores de adrenalina e noradrenalina (divididos em ·1, ·2, ·1 e ·2). As principais drogas vasoativas são:

Noradrenalina, Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Dopexamina, Isoproterenol, Nitroprussiato de Sódio,

Nitroglicerina, Amrinone, Milrinone.

Receptores alfa 1 adrenérgicos

Apresentam a função de constrição arteriolar (pele, rins e órgãos abdominais), aumenta pressão arterial, perfusão cerebral e coronária.

Receptores alfa 2 adrenérgicos

São receptores pré-sinápticos que quando estimulados promovem feed-back negativo de (noradrenalina) NOR nas terminações nervosas levando a vasodilatação.

Receptores beta 1 adrenérgicos

São responsáveis basicamente por aumentarem a contratilidade cardíaca.

Receptores beta 2 adrenérgicos

Promovem dilatação arteriolar, principalmente em nível muscular, além de broncodilatação eacentuar os efeitos cronotrópicos promovidos pelos receptores Beta 1.

Receptores dopa 1 (dopaminérgicos)

Fornecem vasodilatação arteriolar e inibe aldosterona e ADH (hormônio antidiurético).

Receptores dopa 2

Estão relacionados a alterações hormonais.

As drogas vasoativas são drogas que têm sua ação fisiológica induzida, mensurável e podem ser divididas em:

- catecolaminas - Naturais – Noradrenalina, Adrenalina e Dopamina;
- Sintéticas – Isoprenalina, Dobutamina e Fenilefrina;
- vasodilatadoras - Nitroprussiato de Sódio, Nitratos, Nifedipina, Inibidoras da ECA;
- nao-digitálicas - Dopexamina, Amrinone e Milrinone.

Noradrenalina (NOR)

A NOR aumenta o VS, diminuindo a taquicardia reflexa por meio de efeito vagal reflexo, diminuindo FC. Aumenta a pressão arterial (PA) sistólica, diastólica e média. Promove vasoconstrição renal, cutânea e esplâncnica, sendo que o fluxo renal é mantido, exceto quando usada em altas doses por tempo prolongado. A meia-vida é de 2 a 3 minutos o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. A NOR é pouco menos potente em receptor alfa que a adrenalina, tem pouco efeito beta 2 e é equivalente à adrenalina na ação beta 1. (Tabela seguinte)

Indicação:

- choque séptico (1ª escolha);
- outros choques como droga de resgate.
- Dose: 0.05 ·g/Kg/min 2 ·g/Kg/min
- 1 ampola = 4 mg · 5 ampolas = 20 mg · 20 mg (5 ampolas) em 500 mL Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40 ·g/mL
- Exemplo: Paciente de 60 Kg 4,5 ml/h ate 180 ml/h

Adrenalina (ADR)

Em doses < 0,2 ·g/Kg/min tem efeito beta 1 e beta 2, diminuindo a pressão diastólica. Em doses > 0,2 ·g/Kg/min tem efeito alfa 1 mais importante, aumentando a pressão diastólica, DC e FC. O trabalho cardíaco é aumentado, mas a eficiência é ruim (relação trabalho consumo de oxigênio pelo miocárdio). Faz broncodilatação e vasoconstrição renal. Apresenta efeitos hormonais mais pronunciados que a NOR; além de hiperglicemia, aumenta a renina, a lipólise e diminui potássio, aldosterona e aminoácidos.

Apresenta meia-vida de 2 a 3 min, o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. Tem as mesmas indicações que a NOR.

Indicação:

- choque séptico (3ª Escolha);
- outros choques como droga de resgate.
- Dose:

- 0,05 ·g/Kg/min a 2 ·g/Kg/min · 1 ampola = 1 mg · 20 ampolas = 20 mg · 20 mg (20 ampolas) em 500 mL Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40 ·g/mL
- Exemplo: Paciente de 60 Kg - 4,5 ml/h ate 180 ml/h.

Comparação entre ADR e NOR

Efeito	Adrenalina	Noradrenalina
FC	+	-
VS	++	++
DC	+++	0
Fluxo Coronário	++	++
PAS	+++	+++
PAM	+	++
PAD	-	++
PAP	++	++
RVS	-	++

Efeito	Adrenalina	Noradrenalina
Fluxo Cerebral	+	0
Fluxo Muscular	+++	-
Fluxo Cutâneo	- -	- -
Fluxo Renal	-	-
Fluxo Esplâncnico	+++	0
Consumo de O_2	++	0
Glicemia	+++	0
Ácido Lático	+++	0

Dopamina (DOPA)

Seus efeitos são complexos e dose dependente. Tem efeitos dopaminérgicos (dopa 1), beta 1 e 2, alfa 1.

- Os efeitos dopa 1 (1-3 ·g/Kg/min) levam a vasodilatação renal e esplâncnica, levando ao aumento da diurese, não só pelo aumento da vasodilatação, mas também pela natriurese, devido à inibição de ADH e aldosterona.
- Os efeitos beta (3-10 ·g/Kg/min) aumentam DC, FC e PA sistólica

(discreta).

- Os efeitos alfa (>10 µg/Kg/min) aumentam a pressão arterial de forma importante, semelhante à noradrenalina. Estas doses (não-rígidas), dependem de outros fatores e devem ser ajustadas conforme avaliação clínica e hemodinâmica do paciente, e a dose ajustada conforme a resposta desejada.

A meia-vida de 2 a 3 minutos, permite o reajuste a cada 10 minutos.

Apesar de aumentar a diurese, não há "proteção" renal e nem mesmo reversão da insuficiência renal aguda, mas continua-se indicando em casos de choque com insuficiência renal, pelo efeito farmacológico de natriurese e aumento da taxa de filtração glomerular, o que poderia tornar uma insuficiência renal oligúrica em não-oligúrica.

Considerando suas ações e a disponibilidade de Noradrenalina e Dobutamina, a Dopamina não teria lugar em UTI, a não ser como droga de resgate em choque refratário. Tem as mesmas indicações que a Noradrenalina e a Dobutamina.

Indicação:

- choque séptico (2ª escolha);
- outros choques como droga de resgate:
- choque cardiogênico (2ª escolha).
- Dose:
- 1 ·g/Kg/min a 3 ·g/Kg/min dose dopa 1
- 3 µg/Kg/min a 10 ·g/Kg/min dose beta 1 e 2 (manor)
- >10 ·g/Kg/min dose alfa 1
- 1 ampola = 50 mg : . 10 ampolas = 500 mg · 500 mg (10 ampolas) em

500 mL S. Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9 % = 1.000 ·g/mL - Exemplo:

- Paciente de 60 kg – 3,5 ml/h até 11 ml/h dose dopa
- Paciente de 60 kg - 11 ml/h ate 36 ml/h dose beta
- Paciente de 60 kg - 36 ml/h dose alfa

Isoprenalina

Apresenta efeitos beta 1 e 2 puros, aumentando DC e VS. Aumenta FC e PAS (Pressão Arterial Sistólica) com diminuição da PAD (Pressão Arterial Diastólica). Potente vasodilatador pulmonar e broncodilatador, por isso parar ou diminuir infusão quando sinais e sintomas colaterais (FC e PA).

Indicação:

- choque com baixo débito e RVS (Resistência Vascular Sistêmica) aumentada (mesmo da Dobutamina), hipertensão pulmonar ou broncoconstrição que justifique o sal uso (diminui perfusão coronárias devido a queda de PAD);
- casos de bradicardia ou torsades de pointes aguardando marcapasso.
- Dose: 0,05 ·g/Kg/min a 2 ·g/Kg/min

- 1 amp = 1 mg · 10 amp = 10 mg : . 10 mg (10 amp) em 250 ml SG 5% ou SF 0,9%= 40 ·g/ml
- Exemplo: Paciente de 60 kg - 4.5 ml/h ate 180 ml/h.

Dobutamina

Droga com efeitos quase beta 1 exclusivos, se não fosse pelo discreto Beta 2, o qual pode piorar uma hipotensão preexistente, principalmente em casos de choque hipovolêmico e séptico (vasodilatação). No choque séptico ainda piora o efeito de "shunt" periférico (piora o consumo de O2 - VO2), isto é, mantém uma relação boa de DO2 / NO2, mas. na realidade, a pressão de fluxo capilar é baixa (dado não-aferido). Aumenta o DC e VS, sem alterar FC.

Indicação:

- choque com RVS aumentada, como no choque cardiogênico; - droga de resgate em pacientes euvolêmicos.
- Doses:
- inicial - 1 ·g/Kg/min a 2 ·g/Kg/min.
- manutenção - 5 ·g/Kg/min a 10 ·g/Kg/min;
- diluição - 250 mg (1 ampola) em 250 mL SG 5% on SF 0.9% = 1.000 ·g/mL;
- Exemplo: Paciente de 60 Kg -3,5 ml/h até 36 ml/h.

Fenilefrina

Droga alfa agonista adrenérgica que age aumentando a atividade pressora com baixo estímulo da FC e de arritmias.

Dopexamina

Catecolamina sintética com atividade B2 e B1 muito fraca, além de atividade de dopa 1 fraca. Com esse perfil farmacológico, apresenta capacidade de aumento do DC por redução do pós-carga e aumento do fluxo renal.

A meia-vida é menor que as catecolaminas naturais, permitindo o ajuste de dose em curtos espaços de tempo (1 minuto).

Indicação:

- choque com RVS (Resistência Vascular Sistêmica) aumentada, como o choque cardiogênico. Doses: 0,5 ·g/Kg/min a 6 ·g/Kg/min
- 1 amp=50 mg e 10 amp=500 mg · Diluição 10 amp em 500 ml S.G. 5% ou S.F. 0,9%.

Nitroprussiato de sódio

Existem muitas etiologias para o choque (falência circulatória), porém se baseiam em apenas 3 mecanismos: a diminuição do volume circulante, diminuição do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica.

Um estado de baixo débito com resistência aumentada ocorre no choque cardiogênico, pode ocorrer em cirurgia cardíaca e pós-infarto agudo de miocárdio apesar de toda terapêutica pressora. Apesar da pré-carga ser o fator mais importante para o DC, em casos de insuficiência cardíaca, o DC fica muito dependente da resistência ao esvaziamento cardíaco. O estado de baixo fluxo estimula receptores alfa, aumentando a resistência vascular periférica, sendo o uso de vasodilatadores indicados nesses casos para diminuir a pressão de enchimento esquerdo e a congestão pulmonar.

A diminuição da resistência vascular periférica diminui o trabalho cardíaco mais do que a PA diastólica, melhorando a perfusão miocárdica. Apresenta efeito veno e arteriodilatador devido aumento de óxido nítrico com relaxamento da musculatura lisa. Os efeitos são em circulação pulmonar e sistêmica.

Meia vida de 1 minuto (ajustes cada 3 a 5 minutos).

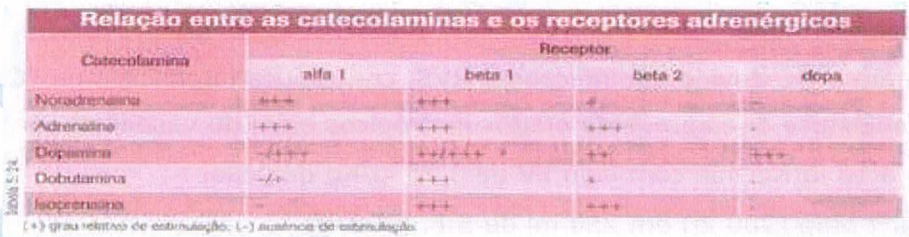
Usar por até 72 horas, devido risco de intoxicação por cianetos (tiocianato) e trocar a solução a cada 12 horas com equipo protetor de luz.

Indicação:

- emergências hipertensivas;
- choques com resistência vascular periférica aumentada ou com pressão de enchimento ventricular elevada (hipervolemia e congestão pulmonar); - aneurisma dissecante de Ao.
- Dose: 1 ·g/Kg/min ate 5 ·g/Kg/min e titulada conforme necessário.

- 50 mg (1 ampola) em 250 mL SG 5% ou SF 0,9% = 200 ·g/mL

Exemplo: Paciente de 60 Kg - 18 ml/h ate 90 ml/h.



Relação entre as catecolaminas e os receptores adrenérgicos

Catecolamina	Receptor			
	alfa 1	beta 1	beta 2	dopa
Noradrenalina	+++	+++	+	-
Adrenalina	+++	+++	+++	-
Dopamina	-/+++	++/+++ *	++	+++
Dobutamina	-/+	+++	+	-
Isoprenalina	-	+++	+++	-

(+) grau relativo de estimulação; (-) ausência de estimulação.

Nitratos

- São vasodilatadores preferencialmente venosos (agem também nas artérias). Diminuem o tônus venoso reduzindo a pré-carga e o diâmetro ventricular, diminuindo a tensão da parede ventricular e finalmente redução do Pós-carga.
- Útil na Insuficiência Cardíaca aguda sem hipotensão, com pressão capilar pulmonar elevada e sinais clínicos de congestão pulmonar. Seu tempo de ação é curto.
- Uso SL ou EV.

Nifedipina

- Atuam bloqueando os canais de cálcio, inibindo a contração da musculatura lisa dos vasos (vasodilatação).
- Aumentam o transporte de O2 miocárdico por sua atividade vasodilatadora coronariana.
- Indicados na Insuficiência Cioronariana (ICO) com discreta disfunção ventricular, bradicardia sinusal, doença do nó sinusal e bloqueio ÁtrioVentricular.
- Tem vida média de cerca de 6 horas.
- V.O. e S.L
- Inibidoras da ECA

- São potentes hipotensores que agem no ciclo renina (rim), angiotensinogênio, angiotensina I (ECA) e angiotensina II.
- Apresentações oral e endovenosa.
- Amrinone/Milrinone
- Aumentam o DC devido diminuição da RVS, corn pouca interfência na FC. É inibidor de fosfodiestase que apresenta efeitos inotrópicos além de vasodilatador.
- Dose 5 a 10 ·g/Kg/min com bolo EV de 0,75 ·g/Kg de peso.
- Diluição 2 amp (200 ·g) em 250 ml de S.F. (800 ·g).

Parada Cardíaca

Introdução

Morte Cardíaca súbita é definida como uma parada cardíaca inesperada (que geralmente leva morte biológica), ocorrendo dentro de 1 hora após o início dos sintomas.

A morte biológica é definida como a perda irreversível da capacidade de respirar e sustentar os batimentos cardíacos. A parada cardíaca (PC) pode se apresentar de uma forma súbita ou progressiva, por meio da falência múltipla de órgãos e sistemas.

Abordaremos aqui apenas a PC intrahospitalar.

Em aproximadamente 1/3 dos casos, a arritmia encontrada é a fibrilação ventricular; o restante corresponde a assistolia e atividade elétrica sem pulso. Essa predominância de 2/3 é justificada pela gravidade das doenças que levam a PC. Em 80% das PC a doen aterosclerótica coronariana é a causa, sendo 10 % de cardiomiopatia e o restante por outras causas.

Manejo

O manejo destes pacientes deve seguir uma sequência para que atinja uma maior chance de sobrevida, seguindo protocolos de atendimento básico e avançado, sendo os mais difundidos o BLS (Basic Life Support) e o ACLS (Advanced Life Support). Em geral, o ACLS segue-se do BLS, porém, se o paciente encontra-se já intubado e monitorizado quando ocorre a PC, podemos pular alguns passos e proceder às medidas avançadas, como o uso de drogas e desfibrilação. (Tabela FV/TV e Assistolia, página 280).

Ações da Enfermagem

BLS

Deve-se, em uma suspeita de PC, conferir se o paciente realmente se encontra inconsciente. Caso monitorizado, verificar a posição dos transdutores e eletrodos do monitor cardíaco para não promover uma iatrogenia. Se já em ventilação mecânica, verificar se está sendo eficaz ou há problemas com o respirador ou até mesmo a existência de pneumotórax que exija outra abordagem.

Após verificar a real existência de uma PC, chama por ajuda e solicita o desfibrilador, caso contrário não será possível realizar a reanimação de forma eficaz.

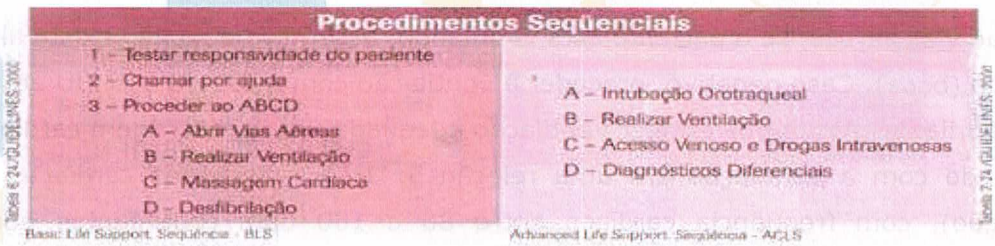
Verifique vias aéreas, se o paciente está ventilando, assim como se não existe algum corpo estranho (boca). Caso negativo, proceder à ventilação com máscara e AMBU até a chegada do desfibrilador. Assim que obtiver ventilação adequada, inicie massagem cardíaca externa alternando com a ventilação em uma relação 5: 1 (5 massagens cardíacas para uma ventilação), com frequência cardíaca entre 80 e 100 bpm (batimentos por minuto). Chegando o desfibrilador, verifique o ritmo e siga os protocolos conforme o ritmo identificado.

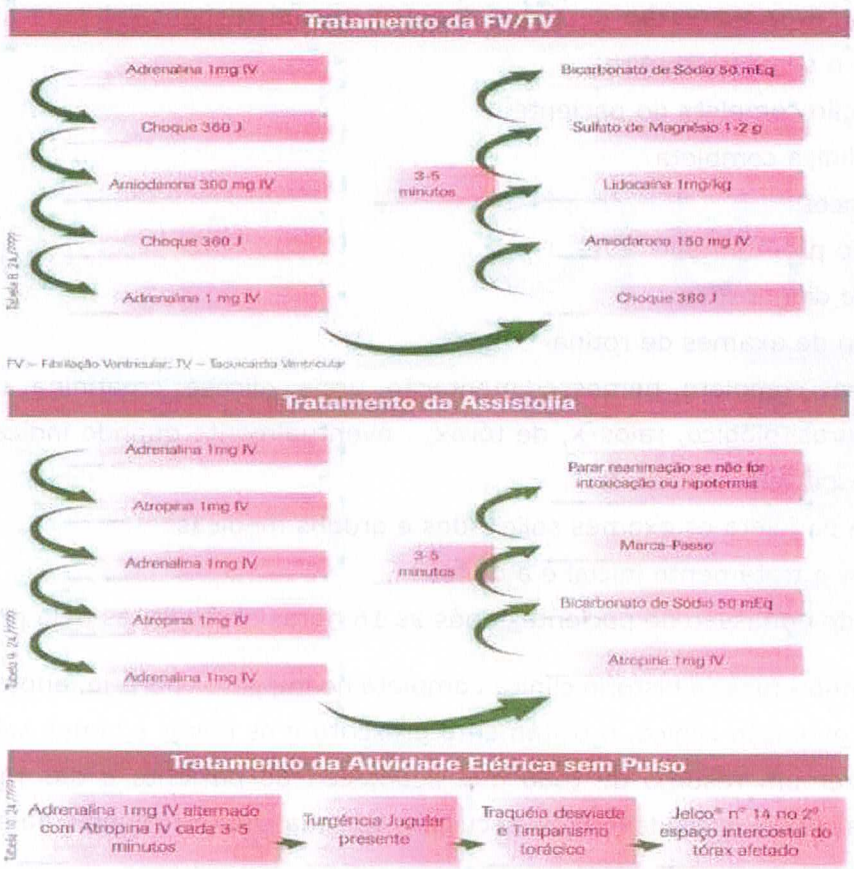
Antes mesmo de iniciar o ACLS, se for encontrado o ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TV), deve-se proceder ao choque com o desfibrilador com carga inicial de 200 J. Verifique o pulso e ritmo, se há sucesso, proceder aos passos conforme o ritmo obtido e manter dados vitais estáveis. Caso não haja sucesso, proceder a novo choque com 300 J e se continuar em FV ou TV, repetir com carga de 360 J.

ACLS

Caso os eventos do BLS não tenham sucesso, deve-se proceder ao ACLS. O primeiro passo é a intubação endotraqueal (via aérea definitiva), verificar sua posição correta e iniciar ventilação com AMBU, não necessitando mais sincronismo com a massagem cardíaca, mantendo uma frequência respiratória entre 12 e 14 vezes por minuto. Busca-se um acesso venoso e realiza-se a infusão de 40 U de vasopressina ou 1 mg de adrenalina. Se não houver sucesso no acesso venoso, aplica-se a droga pelo tubo endotraqueal e aplicase 2,5 vezes a dose indicada. Após isso, devemos prosseguir a identificação do ritmo e tratar a arritmia

conforme os protocolos. Deve ser observado que essa sequência serve para lembrar os eventos que devem ser realizados no paciente em PC, porém, a ordem pode ser alterada conforme a situação encontrada. Esta ordem torna o procedimento de reanimação mais efetivo na maioria das vezes. Durante a infusão das drogas e o tratamento das arritmias, devemos buscar causas alternativas para a PC. Quando não encontramos turgência (ingurgitamento) jugular, devemos pensar em hipovolemia, hipóxia, hipercalemia, acidose, hipotermia e intoxicação exógena. Nos casos em que há turgência jugular, pensar em tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo pulmonar e trombose coronariana. Cada uma destas causas apresenta tratamento específico que deve ser tentados caso a reanimação não tenha sucesso após todas as manobras.





2.8.4 Procedimento Médico: Residente em Clínica Médica

- Acompanhar os pacientes no Serviço ou em outros Serviços,.
- Atender nos ambulatórios especializados, se possível sob supervisão direta do estafe.
- Participar, se programado, das atividades de laboratório elou de procedimentos especializados.
- Participar de todas as reuniões da Seção e do Serviço.
- Participar dos plantões do Serviço.
- Supervisionar, participando ativamente os residentes.
- Responsabilizar-se pelas ocorrências médicas da enfermaria onde estiver lotado e zelar pelo cumprimento das rotinas do serviço.

- Fazer a nota de admissão de todos doentes de sua responsabilidade até as 16hs, utilizando o seguinte roteiro
- Identificação completa do paciente
- Historia clinica completa
- Exame físicos
- Revisão do prontuário
- Impressão diagnostica
- Solicitação de exames de rotina
- Hemograma completo, hemossedimentação, ureia, glicose, creatinina, urina - EAS fezes – parasitológico, raios-X, de tórax, . eventualmente quando indicado solicitar exames especiais
- Anotar na papeleta os exames solicitados e ordens medicas
- Prescrever o tratamento inicial e a dieta.
- As notas de admissão de pacientes após as 16 horas serão feitas pelo plantonista

Na rotina da manhã - fazer a história clínica completa no impresso próprio, anotar detalhada e diariamente a evolução clínica, o tratamento prescrito e os novos exames solicitados. Às sextas-feiras fazer um resumo de tudo que aconteceu ao paciente e das mudanças de conduta eventualmente ocorridas, após discussão de cada caso na reunião da seção.

Por ocasião da alta, preencher o sumário em todos os seus campos e fazer um resumo do caso no verso da folha do Sumário de altas deverão ser dadas até às 11 horas e entregues na sala da chefia do Serviço.

Participar das escalas de plantão e cumprir as normas do regulamento dos plantonistas.

Responsabilizar-se pelas ocorrências médicas das enfermarias onde estiver lotado e zelar pelo cumprimento das rotinas do Serviço.

Consultar o plantonista administrativo do hospital, o chefe do plantão geral, a chefia do serviço I seção ou a chefia da Residência em caso de ocorrências que escapam à sua competência.

Encerrada a visita da manhã, os residentes deverão:

- Estudar detalhadamente os casos sob sua responsabilidade, de modo que possam relatá-los de memória quando solicitado ou couber discutir nas reuniões;
- . Fiscalizar a execução das ordens médicas e visitar os doentes que necessitam de cuidados especiais (fora do horário da rotina) inclusive;
- . Fazer revisão de prontuários e observações, preparar os sumários de alta e os casos para apresentações em reuniões;
- . Procurar, se necessário, no laboratório ou em outros serviços os resultados de exames elou as respostas a pareceres solicitados, fixando-os nas papeletas e prontuários;
- Se necessário, fazer a colheita de material para exames de urgência, a qualquer hora do dia ou da noite; levá-lo pessoalmente ao laboratório, ou providenciar sua entrega imediata, bem como tomar conhecimento dos resultados tão logo estejam prontos e transcrevê-los ou anexá-los à papeleta; deverão ser contornados todos os obstáculos e envidados todos os esforços para a realização imediata dos exames de urgência, inclusive radiografias,

Anotar no livro de ocorrências todos os fatos e situações que mereçam registro.

IMPORTANTE: As escalas para atendimento nos plantões, ambulatórios e enfermarias devem ser rigorosamente cumpridas e só poderão ser alteradas com o conhecimento prévio a Chefia do Serviço.

Constitui falta grave o não cumprimento das escalas e desrespeito ao horário de trabalho.

3 ROTINA OPERACIONAL

3.1 Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem)

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) DIRETORIA DE MEDICINA	Emissão
Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem)		Revisão: Data:

Executante

Diretoria de Medicina

Resultados esperados

Solicitação de Exames (exceto exames de imagem)

Recursos Necessários Mesa, cadeira, caneta .

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. Para solicitar exames ,exceto exames laboratoriais, o médico deverá preencher a solicitação padrão de exames e a solicitação de procedimentos especiais constando justificativa clínica completa, sendo necessária assinatura do médico responsável pelo paciente (staff)

2. A solicitação será entregue na recepção da Direção (SAAD) que encaminha para avaliação da Diretoria de

Medicina (DM), que poderá autorizar, ou solicitar informações complementares, ou mesmo negar autorização e devolver justificativa ao solicitante

3. Após autorizado pela DA, a secretaria da direção deve avisar a Unidade Solicitante, que deverá buscar a solicitação autorizada para efetuar agendamento.

Cuidados Ações em caso de não conformidade		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

3.2 Solicitação de Medicamento não Padronizado

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) DIRETORIA DE MEDICINA	Emissão
Solicitação de Medicamento não Padronizado		Revisão:
		Data:
Executante Diretoria de Medicina Resultados esperados Estabelecer o fluxo para solicitação de medicamentos não padronizados no hospital **Recursos Necessários**		

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

O médico da unidade ou Serviço solicitante deve preencher a solicitação completa e anexar pelo menos duas referências com nível de evidência e encaminhar ao Serviço de Farmácia

O Serviço de Farmácia recebe, avalia (quanto ao preenchimento do formulário e envio da literatura científica, quanto a disponibilidade em programas do Ministério da Saúde, quanto ao saldo em estoque resultante de compras anteriores, quanto a disponibilidade comercial e/ou manipulação e encaminha para análise da CFT

A médica presidente da CFT analisa, emite parecer técnico e encaminha para Diretoria de Medicina (DM)

A DM avalia a solicitação com base no parecer da CFT, emite seu próprio parecer e encaminha novamente ao Serviço de Farmácia

O Serviço de Farmácia providencia os encaminhamentos necessários conforme parecer final da DM: se aprovada a solicitação, providencia o pedido de compras e encaminha ao Serviço de Compras se negada a solicitação, encaminha a cópia do parecer da CFT e DM para ciência do médico solicitante

O Serviço de Compras realiza a cotação com pelo menos três fornecedores, encaminha ao Serviço de farmácia para análise técnica do medicamento

O Serviço de Farmácia analisa as cotações recebidas e identifica o fornecedor que apresentou a melhor proposta (compatibilidade com a especificação do medicamento solicitado e menor preço)

O Serviço de Compras emite o empenho ao fornecedor para a entrega do medicamento no Serviço de Farmácia

O Serviço de Farmácia recebe o medicamento solicitado e comunica à Unidade onde o paciente está internado

O médico solicitante prescreve diariamente o medicamento conforme rotina de prescriçãomédica para paciente internado

A enfermagem encaminha a segunda via da prescrição médica ao Serviço de Farmácia, diariamente, para retirada do medicamento para 24 horas até a alta hospitalar.

Cuidados

Ações em caso de não conformidade

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

3.3 Solicitação de Exames de Imagiologia

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) DIRETORIA DE MEDICINA	Emissão
Solicitação de Exs de Imagiologia		Revisão: Data:

Executante

Diretoria de Medicina

Resultados esperados

Fluxo de solicitação de exames **Recursos Necessários**

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

. 1. O médico solicitante deve preencher a solicitação de exames padrão e a solicitação de procedimentos especiais que se encontra no prontuário do paciente, com a devida justificativa clínica e indicação do exame completa contendo todas as informações relevantes.

Os dois documentos devem ser levados para a Secretaria da Direção (em caso de procedimentos especiais) , conforme fluxo de entrega de documentos de cada Unidade de Internação. Os documentos serão avaliados pela Diretoria de Medicina (DM), que poderá autorizar, ou solicitar informações complementares chamando a equipe solicitante.

Após autorizado pela DM, a secretaria da direção coloca o carimbo contendo a clínica para a qual o exame foi autorizado . Esta orientação será dada pela DM.

4. As unidades de internação são avisadas de que a solicitação está autorizada para que possam buscá-las e providenciar o agendamento do exame solicitado.		
Cuidados Ações em caso de não conformidade		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

3.4 Solicitação de Padronização de Medicamentos

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) DIRETORIA DE MEDICINA	Emissão
Solicitação de Padronização de Medicamentos		Revisão: Data:
Executante Diretoria de Medicina Resultados esperados Estabelece o fluxo de Padronização de Medicamentos n **Recursos Necessários**		

ETAPAS DO PROCEDIMENTO		
. 1. O médico ou outro profissional de saúde deve preencher a solicitação completa e anexar pelo menos duas referências com nível de evidência e encaminhar à CFT A solicitação de padronização de medicamentos poderá ser entregue à CFT. A análise da solicitação será realizada em reunião ordinária mensal da CFT. Quando necessário, uma outra reunião extraordinária poderá ser realizada em conjunto com o médico solicitante e/ou chefia da especialidade e ainda outros profissionais convidados Após deliberação da CFT se aprovada a padronização, a relatora da CFT cadastra o medicamento,		
especificando e codificando no Sistema Hospitalar, comunica a Chefia da Seção de Dispensação e Central de Abastecimento Farmacêutico/Serviço de Farmácia através de memorando para providências de aquisição. Caso seja negada a inclusão do medicamento, a CFT irá emitir um parecer técnico e a relatoria irá encaminhar ao solicitante , para ciência da análise realizada pela CFT		
Cuidados Ações em caso de não conformidade		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

4 PROTOCOLOS CLINICOS - AMBULATORIAIS

4.1 INTRODUÇÃO

Esta publicação se destina aos profissionais da área de saúde, em especial àqueles que trabalham na área de especialidades clínicas, das unidades Hospitalares. Esses protocolos são guias de orientação sucinta para auxiliar na prática diária e foram construídos a part da colaboração principal dos Coordenadores das áreas técnicas e de colaboradores do "***setor de qualidade do INSTITUTO CEM***".

Outra fonte amplamente consultada foi a obra publicada pelo Ministério da Saúde – "Protocolos da ambulatoriais" que serviu de modelo. Contudo, procuramos com os atuais protocolos refletir problemas vividos pelas unidades já em funcionamento geridas pelo **INSTITUTO CEM** e, além de tratar de situações mais prevalentes, abordamos temas do dia-a-dia com foco nos ciclos de vida da criança, a mulher e o idoso.

Considerando o direito, à saúde, estabelecido pelo artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde prestados pelo poder público, previsto no artigo 196 da Carta Magna. Cabe ao sistema público de saúde propiciar os recursos e meios para o exercício de boas práticas em saúde e com isso a necessidade da padronização de condutas, idealmente respaldad em evidências científicas e, para isto é preciso um envolvimento de todos.

Esta é uma edição pioneira que deverá ser revista e enriquecida, periodicamente, com a ampla participação de profissionais da saúde, buscando atualização permanente para a elaboração de protocolos e condutas baseados em evidências científicas bem como sua implantação em toda a nossa rede de atendimento uma vez que procurou-se abordar os temas mais frequentes e de forma objetiva para facilitar consultas rápidas e esclarecedoras.

Balizadores:

1. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ENCAMINHAR A CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

1) HAS de difícil controle terapêutico

- PAS > 180 mmHg

- PAD > 110 mmHg

- PAD > 100 mmHg associada a insuficiência

2) Infarto prévio do miocárdio

3) ICC classe funcional II e III

4) Angina

5) Cardiopatia congênita

6) Valvopatia grave

7) Revascularização miocárdica

8) Cirurgia cardíaca prévia

** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg

- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar

Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina

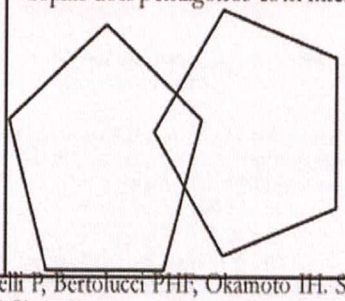
Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

2. MEEM

Quadro 1 – Miniexame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
	Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: 100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	"Nem aqui, nem ali, nem lá"
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

3. ESCALA DE DOR


A ESCALA DA DOR
0 - sem dor.
Dor leve - irritante, mas não interfere nas atividades diárias.
1 - A dor é muito leve, quase imperceptível. Na maioria das vezes você não pensa sobre isso.
2 - Dor menor. Irritante e pode ter ocasionais pontadas mais fortes.
3 - A dor é perceptível e distrai, no entanto, você pode se acostumar e se adaptar.
Dor Moderada - Interfere significativamente nas atividades da vida diária.
4 - Dor moderada. Se você está profundamente envolvido em uma atividade, ela pode ser ignorada por um período de tempo, mas ainda assim é uma distração.
5 - Dor moderadamente forte. Não pode ser ignorado por mais do que alguns minutos, mas com esforço você ainda consegue trabalhar ou participar de algumas atividades sociais.
6 - Dor moderadamente forte que interfere nas atividades diárias normais. Dificuldade de concentração.
Dor Severa - Desativadora; incapaz de realizar atividades de vida diária.
7 - Dor intensa que domina os sentidos e limita significativamente sua capacidade de realizar atividades diárias normais ou manter relações sociais. Interfere com o sono.
8 - Dor intensa. A atividade física é severamente limitada. Conversar requer grande esforço.
9 - Dor excruciante. Não é possível conversar. Chorando e / ou gemendo incontrolavelmente
10 - Dor indizível. De cama e possivelmente delirante. Muito poucas pessoas experimentarão esse nível de dor.
SEM DOR
DESCONFORTÁVEL
ANGUSTIANTE
INTENSA
TOTALMENTE HORRÍVEL
INIMAGINÁVEL INDESCRITÍVEL

4.2 PROTOCOLO DE MANCHESTER



5 ANESTESIA

5.1 ANESTESIA LOCAL - PEQUENAS CIRURGIAS

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ANESTESIA LOCAL PEQUENAS CIRURGIAS	
POP 01/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo: aplicação do procedimento de sedação ambulatorial/anestesia local

Melhorar a qualidade do cuidado e satisfação do paciente através do alívio da dor e da ansiedade, facilitando procedimentos terapêuticos ou diagnósticos oportunos e bem-sucedidos, especificamente em pequenas cirurgias ambulatoriais, exames endoscópicos e de imagem em pacientes não cooperativos.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante;
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Monitorizar os sinais vitais.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6 CARDIOLOGIA

6.1 CARDIOLOGIA GERAL

6.1.1 Insuficiência cardíaca

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL Insuficiência cardíaca	
POP 02/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento de Insuficiência cardíaca

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70%

Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, test ergométrico e cateterismo.
Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.1.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária.	
POP 03/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional

Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, microalbuminúria, ECG. Se necessário, Mapa
Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.1.3 Arritmias

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES

	CARDIOLOGIA GERAL Arritmias	
POP 04/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento de Arritmias

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, ECG, RX de tórax, ecocardiograma, espirometria, holter, teste ergométrico
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.1.4 Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico	
POP 05/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, TAP, PTT, glicemia de jejum, ureia, creatinina, TGO e TGP, ECG, RX de tórax
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.2 CARDIOLOGIA CORONARIANA

6.2.1 Doença aterosclerótica coronariana

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	CARDIOLOGIA CORONARIANA Doença aterosclerótica coronariana.	
POP 06/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e Tratamento de Doença *aterosclerótica coronariana*

Recursos necessários:
EPI's;

Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas e cateterismo.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contra referência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.3 CARDIOLOGIA VALVULAR –

6.3.1 Doença orovalvular

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	CARDIOLOGIA VALVULAR Doença orovalvular.	
POP 07/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:

diagnóstico e tratamento da doença orovalvular.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo
Permanecer no nível especializado.

Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia. .	
POP 01/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:	
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica	
Orientar procedimento ao PACIENTE;	
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;	
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)	
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);	
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução. Determinação da classe funcional.	
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em duas incidências	
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência	
Retirar as luvas e lavar as mãos;	
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;	
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)	
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)	
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.	
Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Deformidades (MMII, cifose e escoliose). .	
POP 02/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Deformidades (MMII, cifose e escoliose).

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de "pé torto" ou "pé plano rígido" deverão ser encaminhados para diagnóstico. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dor localizada para esclarecimento (articular, tendinites).	
POP 03/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Dor localizada para esclarecimento (articular, tendinites).

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em AP e perfil.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dor localizada e/ou deformidade em quadril	
POP 04/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Dor localizada e/ou deformidade em quadril

Recursos necessários:
EPI's;

Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em panorâmica, TC
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Artrose do quadril.	
POP 05/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:

Diagnóstico e tratamento da doença *Artrose do quadril.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil,
Permanecer no nível especializado

Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Epifisiólise. HFI: somente pacientes acima de 16 anos.	
POP 06/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Epifisiólise. HFI: somente pacientes acima de 16 anos.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão
Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil, TC

Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Cirurgias de revisão de ATQ realizadas na unidade que não necessitem de enxerto ósseo.	
POP 07/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Cirurgias de revisão de ATQ realizadas na unidade que não necessitem de enxerto ósseo.

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil, TC
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dor localizada e/ou deformidade em joelho.	
POP 08/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23

		Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Dor localizada e/ou deformidade em joelho.

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após

tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em AP e perfil.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Gonartrose ; Soltura de prótese.	

POP 09/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Gonartrose ; Soltura de prótese.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX: AP, perfil e axial sem carga, AP e perfil com carga. Todos em filme 30/40.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES

	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Lesão meniscal;Osteonecrose;Rotura de tendão quadriceptal e tendão patelar.	
POP 10/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Gonartrose ; Soltura de prótese. Lesão meniscal;Osteonecrose;Rotura de tendão quadriceptal e tendão patelar.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX: AP e perfil, USG e RNM.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Lesão ligamentar (LPF medial) (ligamento patelo-femural-medial).	
POP 11/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Lesão ligamentar (LPF medial) (ligamento patelo-femural-medial).

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX: AP, perfil e axial, RNM, TC de patela (TA-GT).
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Genovalgo e genovaro.	
POP 12/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Genovalgo e genovaro.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX: AP, perfil e panorâmico com carga de membros inferiores
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dor localizada e/ou deformidade em pé/ tornozelo	
POP 13/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Dor localizada e/ou deformidade em pé/ tornozelo

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70%

Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em AP e perfil.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dor localizada e/ou deformidade em ombro	
POP 14/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Dor localizada e/ou deformidade em ombro

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70%

Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em AP e perfil.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

POPS – PARTE VIII–NOVOS PROJETOS 2023

18. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Lesão do manguito rotator e síndrome do impacto;	
POP 15/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Dor localizada e/ou deformidade em om Lesão do manguito rotator e síndrome do impacto;

Recursos necessários:

EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar, USG do ombro.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Fraturas e luxações da cintura escapular.	
POP 16/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Fraturas e luxações da cintura escapular.

Recursos necessários:

EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar ou Velpeau axilar, Zanca para patologias na articulação AC. Apical oblíqua para instabilidades.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Fraturas e luxações do cotovelo; Processos degenerativos do cotovelo.	
POP 17/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:

Diagnóstico e tratamento da doença Fraturas e luxações do cotovelo; Processos degenerativos do cotovelo

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da área em AP, perfil, oblíquas

Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Processos degenerativos do ombro.	
POP 18/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Processos degenerativos do ombro.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil axilar
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Todas as patologias, sem exigência de prérequisitos.	
POP 19/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23

		Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença Todas as patologias, sem exigência de prérequisitos.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados

significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8 ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Logo SES
	8 Angiologia e Cirurgia Vascular	
POP 02/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento para Angiologia e Cirurgia Vascular

Principais motivos para o encaminhamento: aterosclerose de aorta, aterosclerose de artéria renal, aterosclerose de extremidades, aterosclerose não especificada, aneurisma dissecante de aorta qualquer porção, aneurisma de aorta torácica, roto aneurisma de aorta torácica, sem sinais de ruptura aneurisma de aorta abdominal, roto aneurisma de aorta abdominal, sem sinais de ruptura, aneurisma de aorta intra-abdominal, roto aneurisma de aorta de localização não especifica, roto aneurisma de aorta de localização não especifica, sem sinais de ruptura, aneurisma de artéria carótida aneurisma de artérias dos membros superiores,

aneurisma de artéria renal, aneurisma de artéria ilíaca, aneurisma de artéria de membros inferiores aneurisma de outras artérias especificadas, aneurisma de outras artérias especificadas, aneurisma de localizações não especificadas, síndrome de nataudara,

tromboangeíte obliterante, tromboangeíte obliterante, doenças vasculares periféricas especificadas, embolia e trombose de aorta abdominal, embolia e trombose de aorta abdominal, embolia e trombose de artérias dos membros superiores, embolia e trombose de artérias dos membros inferiores, embolia e trombose de artérias dos membros não especificadas, embolia e trombose de artéria ilíaca, embolia e trombose de outras artérias, embolia e trombose de outras artérias, embolia e trombose de artéria não especificada, outros transtornos das artérias, das arteríolas e dos capilares em doenças classificadas em outra parte, flebite e tromboflebite dos vasos superficiais dos membros inferiores, flebite e tromboflebite da veia femoral, flebite e tromboflebite de outros vasc profundos dos membros inferiores, flebite tromboflebite dos membros inferiores, não especificadas, flebite e tromboflebite de outras localizações, flebite e tromboflebite de localização não especificada, trombose de veia porta, embolia e trombose de veia cava, embolia e trombose de veia renal, embolia e trombose de veia renal, embolia e trombose de outras veias especificadas, embolia e trombose venosas de veia não especificada, varizes dos membros inferiores com úlcera, varizes dos membros inferiores com inflamação, varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação, compressão venosa, outros transtornos venosos especificados, transtorno venoso não especificado, outras linfadenites não específicas, linfadenite não especificada, linfangite, síndrome de linfedema pôs mastectomia, transtornos do aparelho circulatório, subsequentes a procedimento não especificado hemangioma e linfangioma de qualquer localização, diabetes mellitus com complicações circulatórias periféricas, outras vasculopatias necrotizantes especificadas, vasculopatia necrotizante não especificada, traumatismo da artéria carótida, traumatisr da artéria vertebral, traumatismo da veia jugular externa, traumatismo da veia jugular interna, traumatismo de outros vasos sanguíneos a nível do pescoço, traumatismo da aorta torácica, traumatismo da artéria subclávia ou braquiocefálica (inominada), traumatismo de veia cava superior, traumatismo de vasos sanguíneos pulmonares, traumatismo de múltiplos vasos sanguíneos do tórax, traumatismo de vaso sanguíneo não especificado do tórax, traumatismo de aorta abdominal, traumatismo de veia cava inferior, traumatismo da artéria celíaca ou mesentérica, reumatismo de veia porta ou esplênica, traumatismo de vaso sanguíneo renal, traumatismo de vaso sanguíneo ilíaco, traumatismo de vasos múltiplos ao nível do abdome, dorso e da pelve, traumatismo da artéria axilar, traumatismo da artéria braquial, traumatismo da veia axilar ou braquial.

9 BUCOMAXILO

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP Bucomaxilo	Logo SES
POP 02/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/23 Revisão: xx/xx/23

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento para fraturas na face

Principais motivos para o encaminhamento: fratura dos ossos nasais, fratura dos ossos malares e maxilares, fratura de mandíbula, fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face, outras fraturas do crânio e dos ossos da face; transtornos da articulação temporomandibular, síndrome da dor e disfunção da articulação temporomandibular, click dos mandibulares, deslocamento e subluxação recorrentes da articulação temporomandibular, dor na articulação temporomandibular, não classificada em outra parte, rigidez da articulação temporomandibular, não classificada em outra parte, osteófito da articulação temporomandibular, outras doenças especificadas da articulação temporomandibular, distúrbio da articulação temporomandibular, não especificada cistos odontogênicos de desenvolvimento, erupção, gengival, queratocisto [primordial], folicular

[dentígero], periodontal lateral, outros cistos odontogênicos de desenvolvimento especificados, cisto odontogênico de desenvolvimento, glóbulo maxilar, meso palatino, nasopalatino [canal dos incisivos], papila palatina, outros cistos de desenvolvimento das regiões bucais especificadas, cisto de desenvolvimento da região bucal, não especifica, cisto ósseo aneurismático, cisto ósseo solitário [traumático] [hemorrágico], cistos epiteliais dos maxilares não identificáveis como ontogênicos ou não odontogênicos, outros cistos dos maxilares especificados, granuloma central de células gigantes, lesões granulomatosas e granulomatoses da mucosa oral, neoplasia benigna da boca e da faringe, neoplasia benigna dos lábios, neoplasia benigna da língua, neoplasia benigna do assoalho da boca, neoplasia benigna de outras partes da boca e as não especificadas, neoplasia benigna da amígdala, neoplasia benigna de outras partes da orofaringe, neoplasia benigna da nasofaringe, neoplasia benigna da hipofaringe, neoplasia benigna da faringe, não especificada, outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação, perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas, esfoliação dos dentes devida a causas sistêmicas, atrofia do rebordo alveolar sem dentes, raiz dentária retida, outros transtornos especificados dos dentes e das estruturas de sustentação, transtorno dos dentes e de suas estruturas de sustentação, sem outra especificação, , lesão atual, síndrome dolorosa da disfunção da articulação temporomandibular, celulite e abscesso da boca, abscesso periamigdaliano, outras malformações congênitas dos ossos do crânio e da face, abscesso periapical sem fístula, periodontite aguda, Ausência de consolidação da fratura (pseudo-artrose).

10 HOSPITAL DIA

10.1 FLUXO DE ALTA PARA CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE

Pacientes com procedimento cirúrgico sem intercorrências e/ou de pequeno porte, estáveis hemodinamicamente poderão ser encaminhadas para enfermaria de observação a critério do médico anestesiologista;

As pacientes deverão estar acompanhadas por familiar ou responsável para deixar o hospital.

10.1.1 INTRODUÇÃO

O ginecologista que trabalha com criança e adolescente deve ter um preparo técnico e psicológico para capacitá-lo a fazer um exame satisfatório. O êxito do seu relacionamento com a paciente dependerá da sua habilidade, experiência e sensibilidade. Conversar diretamente com a paciente, não somente com os pais, pode causar empatia e melhorar a relação médica com a pequena paciente. Cada fase deve ser tratada de maneira individualizada.

10.1.2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE

– CID10

Infância:

Queixas mais frequentes: corrimento e/ou prurido vulvar, coalescência de ninfas, sangramento vaginal, crescimento precoce das mamas e/ou aparecimento precoce de pelos axilares e pubianos.

Antecedentes pessoais: Condições do parto, doenças prévias, assim como hábitos higiênicos, alimentares e tipo de moradia.

Local do Exame: claro, arejado e aconchegante. A presença da mãe é importante para garantir à criança tranquilidade e confiança. O profissional deve ter uma atitude calma, delicada e firme. Dependendo da idade da criança a abordagem deve ser feita através de brinquedos que lhe distraiam a atenção ou, em crianças maiores, através de diálogo claro, simpático e direto que lhes fará sentir importantes e participativas. Quando necessário, pode-se deixar o exame físico para uma visita posterior.

10.1.3 Exame físico:

Geral: Visão geral do desenvolvimento pondero-estatural além de sinais de obesidade ou desnutrição. Observar sinais sindrômicos.

Mamas: Observar desenvolvimento prematuro da glândula ou anomalias congênitas. Estadeá-las através dos cinco estádios de Tanner.

Estágios de Tanner – mamas:

M1 – Estágio 1: Pré-púbere (somente elevação da papila, ausência completa de desenvolvimento mamário);

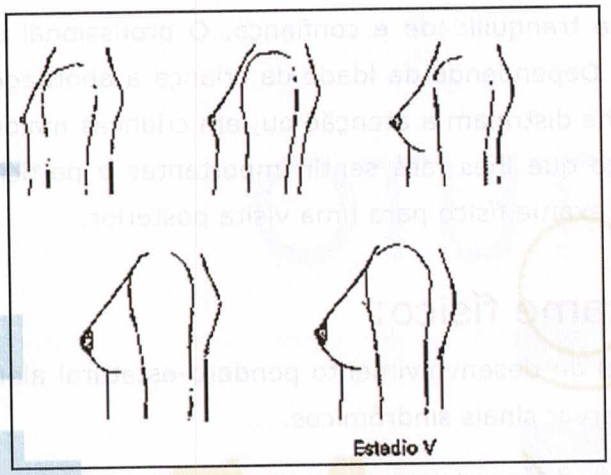
M2 – Estágio 2: Broto mamário;

M3 – Estágio 3: Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos;

M4 – Estágio 4: Projeção da aréola e da papila, com aréola saliente em relação ao contorno da

mama;

M5 – Estágio 5: Aréola volta ao contorno da mama, saliência somente da papila. Mama adulta.



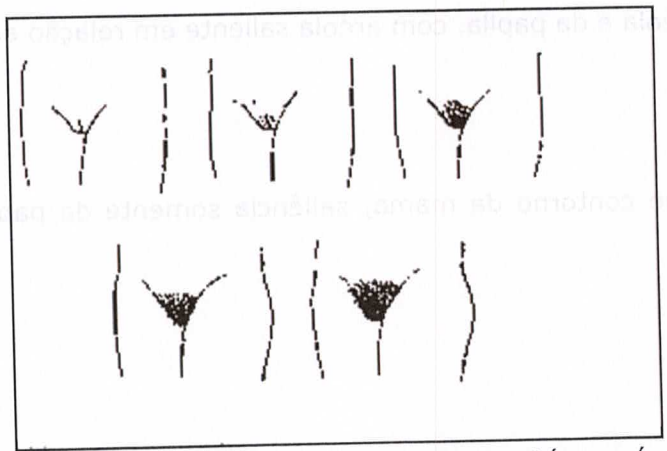
Estágios de Tanner – pelos pubianos:

P1 – Estágio 1: Pré-púbere (ausência de pelos);

P2 – Estágio 2: Pelos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios;

P3 – Estágio 3: Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados parcialmente sobre o púbis;

P4 – Estágio 4: Pelos mais escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingiras raízes das coxas;



P5 – Estágio 5: Pelos estendendo-se até as raízes das coxas.

:

Abdome: Observar abaulamentos, massa palpáveis, pontos dolorosos ou vascularização aumentada.

Ginecológico: Aqui o ginecologista deve ser tranquilo e persuasivo para garantir um bom exame. Aproveitar a presença da mãe para orientá-la sobre os cuidados higiênicos e também tranquilizá-la a respeito da inocuidade do exame quanto ao hímen. A posição da criança para o exame da genitália é o decúbito dorsal com as pernas dobradas e os calcanhares juntos. Às vezes, a paciente pode se sentir mais confortável no colo da responsável. Com a criança bem posicionada, os grandes lábios são afastados, mantidos com o indicador e o dedo médio e puxados suavemente para fora e para trás para visualizar o hímen, o orifício uretral e o clitóris.

Observar a integridade himenal, que pode se apresentar de formas variadas, conforme gráfico abaixo:

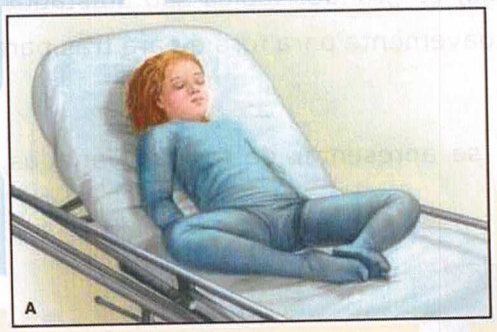


Figura 1. 28/B. IMAG. N. M.
Sistema coletor de liquor.

Algumas características anatômicas da vulva da criança propiciam a contaminação genital e a instalação de infecções: a vulva é mais anteriorizada, os grandes lábios desprovidos de coxim gorduroso, o que faz com que o vestíbulo fique entreaberto; além de ausência de pelos (fator protetor). Uma vez iniciado a puberdade, o aumento do número de camadas epiteliais da mucosa vulvar, por ação dos estrogênios e a modificação dos fatores acima, diminui esta predisposição.

A coleta de material para pesquisa de conteúdo vaginal a fresco e bacterioscopia é feita com um cotonete. Deve-se colher da parte mais interior da vagina para evitar contaminação do meio externo e aproveita-se para ver profundidade da vagina. É importante que o ginecologista explique tudo que vai fazer, mostre o que tem na mão e que nada vai machucá-la ou provocar dor.

O exame retal está praticamente proscrito do exame ginecológico na criança e quando feito, deverá ser realizado sob narcose ou em crianças maiores com seu consentimento.



Exame especular e colpovirgoscopia: É rara a necessidade de um exame interno. Devem ser realizados quando necessários, como em caso de sangramento vaginal, suspeita de corpo estranho, traumatismo, corrimentos persistentes ou suspeita de tumor vaginal.

11 ROTINA MÉDICA DE PLANTÃO DE SOBREAVISO

DEFINIÇÃO:

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Estipulação do valor:

- O valor de remuneração dos plantões de sobreaviso deve ser estipulado em comum acordo entre o contratante (direção técnica da instituição) e o profissional médico.
- Não há relação de valores entre plantões presenciais e plantões de sobreaviso, assim sendo, o valor acordado pode ser igual, maior ou menor em relação ao plantão presencial, podendo variar de acordo com a especialidade.
- Conforme a Resolução CFM n. 1834/2008:

Art. 2º A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados.

Parágrafo único. A remuneração prevista no *caput* deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada.

OBS: Segundo a Resolução 142/2006 do Cremesp, o profissional deve ser remunerado com, pelo menos, 1/3 do valor pago para o plantonista presencial;

- Considerando estar o médico durante toda a jornada do plantão de sobreaviso disponível a qualquer momento em que for requisitado, para a remuneração deve-se considerar tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.

- Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a comparecer ao local de plantão, deve receber o valor correspondente e acertado pelas partes. Mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, estava ele à disposição para os atendimentos que, se não ocorreram, o impossibilitaram de outras atividades.
- O médico ainda deve receber os honorários pelos procedimentos praticados, quando requisitada sua presença na instituição.
- Não, pois há risco de necessidade momentânea de urgência nas duas especialidades, o que certamente colocaria em risco o exercício ético e a saúde/vida do paciente, que não pode ocorrer.

O médico de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Os pareceres do CRM são unânimes ao alertar para os riscos de **omissão de socorro**, especialmente nos casos de sobreaviso.

Portanto, se o médico de sobreaviso é chamado e protela o atendimento, demorando ou mesmo não comparecendo, resultando danos ao paciente, o profissional poderá ser responsabilizado civilmente, eticamente e penalmente.

O profissional deve comunicar **com antecedencia ao diretor técnico para que haja a devida substituição no periodo ausente**, para evitar quaisquer intercorrências responsabilidades.

O médico deve procurar o diretor técnico da instituição, pois conforme estipulado pela Resolução n. 1834/2008: "Cabe aos diretores técnicos das instituições o cumprimento desta resolução".

Caso, ainda encontre adversidades, o médico poderá requisitar judicialmente o pagamento dos honorários não recebidos.

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO DE PLANTÕES MÉDICOS

O presente Regimento Interno destina-se a estabelecer normas para a prestação de serviços de Plantões Médicos.

CAPÍTULO I – DA COMPOSIÇÃO DOS PLANTÕES

ARTIGO 1º. Este regimento se aplica aos médicos, que vierem a exercer atividades de plantonista em serviços do Hospital

Parágrafo Primeiro. O plantão médico presencial caracteriza-se pela prestação de 12 (doze) horas contínuas e ininterruptas de trabalho, nas unidades de abrangência desto Hospital.

Parágrafo Segundo. O médico que pretender exercer a atividade de plantonista deverá observar as regras deste Regimento.

Parágrafo Segundo. A não observância do Regimento implicará o afastamento do plantonista em exercício para o semestre seguinte, ocupando o seu lugar outro médico, desde que atenda as normas contidas no presente Regimento Interno e os requisitos exigidos para sua inclusão.

ARTIGO 2º. A equipe de plantonistas que prestará o serviço será elaborada com base nos requisitos e necessidades da unidade de saúde, que informará o número de profissionais necessários, suas especialidades, assim como as condições gerais de prestação dos serviços.

ARTIGO 3º. O serviço de plantão prestado pelo médico será feito obrigatoriamente no recinto do estabelecimento de saúde, de forma presencial, não sendo admitido, em nenhuma hipótese, regime de "prontidão" ou "sobreaviso".

Parágrafo Primeiro. Somente será permitido o afastamento temporário para o acompanhamento de paciente, em caso de emergência. Durante o afastamento do plantonista, deverá permanecer no serviço o Socorrista ou Plantonista substituto, conforme a situação.

Parágrafo Segundo. Qualquer outro tipo de afastamento fora da hipótese acima é de inteira responsabilidade do plantonista sujeitando-se o mesmo às penalidades cabíveis pela Comissão Técnico-Disciplinar e pelo chefe dos plantões.

ARTIGO 4º. Será admitida a substituição de um determinado plantonista por um colega, obedecendo os critérios do presente Regimento e do Regimento Interno do estabelecimento de saúde, se houver, desde que comunicado previamente o chefe da equipe de plantão.

Parágrafo Primeiro. As trocas, sempre em caráter eventual, deverão ser comunicadas e registradas por escrito, em folha de receituário, com anuência dos dois envolvidos, ficando, desta maneira, a responsabilidade do plantão com o colega, respeitando-se o disposto no parágrafo segundo deste ARTIGO.

Parágrafo Segundo. A troca efetuada sem a comunicação conforme estabelecido acima causará problemas administrativos na contabilização da produção mensal, atrasando o pagamento dos honorários devidos e sujeitando o plantonista substituído e substituto às penalidades cabíveis, se necessário.

Parágrafo Terceiro. A comunicação de troca deverá ser feita preferencialmente em até 24 (vinte e quatro) horas antes da realização do plantão, em duas vias, ficando a primeira na recepção do Pronto Atendimento e a segunda, visada pela recepcionista, com médico titular do plantão, para sua conferência e controle.

ARTIGO 5º. Nos casos em que o plantonista faltar sem aviso prévio, por motivo qualquer, o médico plantonista que for chamado a substituí-lo terá direito aos honorários devidos pelo plantão, mesmo que o titular venha a comparecer ao plantão, se o assim quiser.

ARTIGO 6º. Após a 2ª (segunda) ausência sem justificativa, ou com 2 (duas) justificativas não aceitas pela Diretor responsável pelo serviço, o médico plantonista poderá ser destituído do quadro de plantonistas cooperados em atividades no local ou será punido conforme decisão superior.

ARTIGO 7º. É vedado aos plantonistas noturnos terem mais de uma escala de plant semanal, salvo autorização do chefe dos plantões, em casos excepcionais.

ARTIGO 8º. Os médicos plantonistas que quiserem renunciar aos plantões deverão comunicar, por escrito, num prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes de abandoná-los.

ARTIGO 9º. É permitido pedido de afastamento por doença, viagem ou férias, que ultrapassarem 15 (quinze) dias.

Parágrafo Primeiro. A substituição do plantonista afastado se dará seguindo a sequência dos médicos inscritos.

Parágrafo Segundo. O plantonista que se afastar por mais de 90 (noventa) dias, mediante comprovação, para participar de cursos de especialização, para exercer cargos públicos (eletivo ou não) ou serviço militar, terá seu direito de médico plantonista resguardado quando de seu retorno.

CAPÍTULO II – DAS SANÇÕES

ARTIGO 10º. A infringência de qualquer ARTIGO deste Regimento, além de comportamento técnico, ético ou social inadequado à imagem de respeitabilidade do local onde o serviço está sendo prestado, submeterá o plantonista, a critério da Comissão Técnico-Disciplinar do Hospital às seguintes sanções:

- advertência por escrito, protocolada ou com aviso de recebimento;
- suspensão das atividades no Pronto Atendimento, por um ano e substituição por outro colega Cooperado, atendendo-se o disposto no ARTIGO 8ª e seus Parágrafos;
- eliminação definitiva de quadro de plantonistas e substituição por colega Cooperado, após devido processo disciplinar.

Parágrafo Primeiro - O estabelecimento destas sanções ficará a critério da Comissão Técnico Disciplinar do Hospital, atendendo-se os seguintes critérios:

- o fato do infrator ser primário;
- ser reincidente;
- negar-se peremptoriamente a cumprir quaisquer das normas deste Regimento.

Parágrafo Segundo - As reclamações e denúncias realizadas por escrito por parte dos usuários, colegas ou funcionários serão analisadas pela Direção do estabelecimento de saúde que, após ouvir o chefe da equipe, poderá formalizar uma denúncia contra o plantonista à Comissão Técnico-Disciplinar do Hospital para apurar a culpabilidade do mesmo e aplicação das sanções acima previstas.

CAPÍTULO IV – DAS INCUMBÊNCIAS

ARTIGO 11º. Os plantonistas deverão cumprir rigorosamente o Regimento Interno do estabelecimento de saúde onde está sendo prestado o serviço.

§único. Independentemente das normas estabelecidas no Regimento Interno do estabelecimento de saúde, que devem ser rigorosamente cumpridas, é vedado o uso de cigarros ou similares e bebidas alcoólicas dentro das dependências do local do serviço.

ARTIGO 12º. Os plantões médicos serão de 12 (doze) horas por dia

§único. Poderão os Plantões serem organizados de outras formas, dependendo das necessidades do Hospital.

Parágrafo Primeiro. Em nenhuma hipótese poderá o médico plantonista negar o atendimento de sua especialidade, encaminhando o paciente para atendimento posterior em seu consultório.

Parágrafo Segundo. Também não poderá o médico plantonista, atender ou fazer procedimentos em seus pacientes, previamente encaminhados de seu consultório, no horário de seu plantão.

Parágrafo Terceiro. Todo e qualquer caso de atendimento serão atendidos pelo plantonista, sempre buscando a resolução dos problemas dentro da operacionalidade do serviço, quando for possível técnica e eticamente assim proceder.

ARTIGO 13º Prestar assistência aos pacientes da unidade assistencial procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos

ARTIGO 14º Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos sejam encaminhados.

ARTIGO 15º Atender aos pacientes de outros setores da unidade de saúde que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente

ARTIGO 16º Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico residente do plantão da mesma clínica o do médico plantonista.

ARTIGO 17º conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

ARTIGO 18º Na ausência de médicos assistente, conforme as circunstâncias, fornece atestado de óbito de paciente se necessário, no período diurno o atestado de óbito dever ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente . Anotar no livro de ocorrência todos os fatos e situações que mereçam registro.

ARTIGO 19º Comparecer ao local onde foi escalado cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e estando de plantão não deixar o local de tabalo antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa

ARTIGO 20º O plantonista que receber o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e em caso de reincidência de atraso por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades, cabíveis

ARTIGO 23º. Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição crachá funcional.

ARTIGO. 22º. O plantonista deverá se manter alcançável durante todo o seu horário de plantão

ARTIGO 23º Os formulários ou guias on line utilizados pelos plantonistas deverão ser os específicos, timbrados, do Hospital , constando o carimbo do médico com sua assinatura.

§único. O não cumprimento destas incumbências sujeitará o plantonista às sanções previstas neste Regimento.

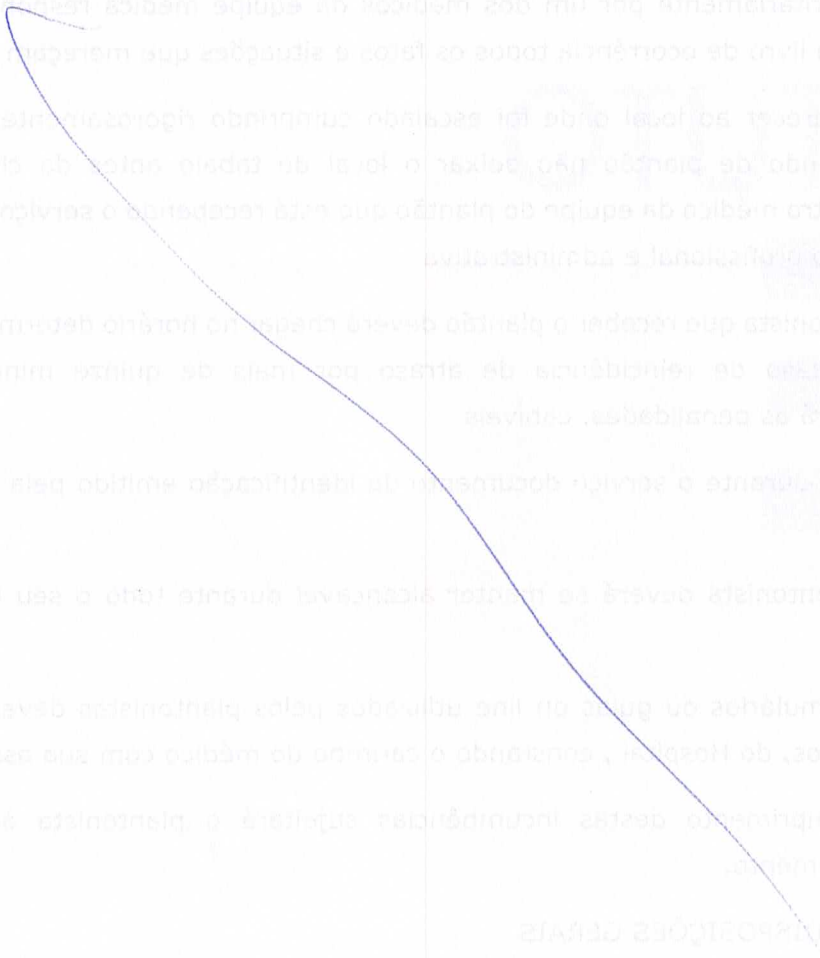
CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 24º Todo e qualquer documento referente ao serviço plantão deverá ser arquivado em pasta no Hospital .

ARTIGO 25º O médico plantonista deverá assinar cópia do Regimento Interno em 2 (duas) vias, uma das quais será arquivada no Hospital . Tal assinatura implicará na aceitação pura e simples deste Regimento.

ARTIGO 26º. Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria do Hospital,

ARTIGO 27º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.





HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

ANEXO – PROTOCOLOS MÉDICOS

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

Santa Helena de Goiás -2023

ANEXO – Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto

Sumário

1 Protocolos assistenciais de atenção médica 2420
1.1 FLUXOS E ROTINAS DE ATENDIMENTO NO HERSO. 2420
1.1.1 Rotina de atendimento da demanda espontânea na unidade..... 2420
1.1.2 Rotina de atendimento do paciente conduzido via serviço de regulação, serviços de urgência e emergência. 2424
2 PROTOCOLOS MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 2429
2.1 Politrauma 2429
2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica na Emergência 2435
2.3 Emergências Hipertensivas 2440
2.4 Urgências Hiperglicêmicas 2444
2.5 Dengue com sinais de Grave..... 2448
2.6 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico 2451
2.7 Transporte Intra Hospitalar De Pacientes Graves ... 2454
2.8 Trauma maxilofacial 2468
2.9 ABSCESSO ANORRETAL 2475
2.10 APENDICECTOMIA..... 2478
2.11 ASMA 2482
2.12 CÓLICA URETERAL 2486
2.13 CONTENÇÃO FÍSICA DOS PACIENTES EM QUADRO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA..... 2490
2.14 DIVERTICULITE AGUDA 2497
2.15 DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA 2500
2.16 FECALOMA 2509
2.17 PROTOCOLO CRISE CONVULSIVA – PRONTO SOCORRO 2514
3 PROTOCOLOS MÉDICOS CIRURGICOS 2516

3.1 PROTOCOLO CIRÚRGICO PARA LITÍASE BILIAR 2516
3.1 HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL/BILATERAL 2524
3.2 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA 2527
3.3 TAQUIARRITMIAS 2534
3.4 EDEMA AGUDO DE PULMÃO 2538
3.5 MANUSEIO DE VIA AÉREA DIFÍCIL 2543
3.6 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL 2548
3.7 INTOXICAÇÕES EXÓGENAS 2552
3.8 SEPSE 2555
3.9 PANCREATITE AGUDA GRAVE 2560
3.10 INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA 2565
3.11 SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS 2569
3.12 PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE 2581
3.13 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO 2585
3.14 ATUAÇÃO EM HEMOTERAPIA 2588
3.15 ROTINAS PARA INTERNAÇÃO: 2594
3.16 CUIDADOS PALIATIVOS 2596
4 PROTOCOLOS MÉDICOS DE ATENDIMENTO DE UTI 2604
4.1.1 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UTI QUEM E QUANDO ADMITIR ... 2604
4.1.2 MODELO DE PRIORIDADES 2604
4.1.3 MODELO DE PARÂMETROS OBJETIVOS 2606
4.1.4 CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI COVID 2607
4.1.5 CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI 2609
4.1.6 CONTRAINDICAÇÕES PARA ALTA DA UTI 2612

1 Protocolos assistenciais de atenção médica

Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto

1.1 FLUXOS E ROTINAS DE ATENDIMENTO NO HERSO

1.1.1 Rotina de atendimento da demanda espontânea na unidade.

OBJETIVO

Padronizar e organizar o fluxo de atendimento na urgência e emergência na unidade.

TERMOS E ABREVIAÇÕES

HOSPITAL;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Não aplicável.

RECURSOS NECESSÁRIOS:

Humanos: (Administrativo; Enfermeiro (a); Técnico (a) de enfermagem; médico, condutor de maca);

Equipamento / Materiais / Insumos: (Maca de transporte, Cadeira de rodas; Esfignomanômetro, Estetoscópio, Termômetro, Monitor Multiparamétrico; Luvas de Procedimentos, otoscópio, lanterna clínica,).

5. PROCEDIMENTO

Ação/Descrição	Agente Executor
Recepcionar, acolher e orientar a paciente, acompanhantes e/ou familiares de acordo com a necessidade de atendimento.	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Encaminhar a paciente imediatamente a sala de Reanimação;	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Orientar acompanhantes e/ou familiares a fazer ficha de atendimento de urgência e emergência na recepção;	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Realizar a classificação de risco conforme protocolo do ministério da saúde na sala de Reanimação e identificação da paciente (pulseira);	**Enfermeiro (a)**
Orientar a paciente classificada com as cores VERMELHO e LARANJA aguardar atendimento médico na sala de Reanimação e paciente classificada com as cores AMARELO, VERDE e AZUL aguardar atendimento médico no hall da recepção;	**Enfermeiro (a)**
Convocar imediatamente a equipe médica de obstetrícia à sala de urgência e emergência para atendimento à paciente classificada com as cores VERMELHO e LARANJA;	**Enfermeiro (a), Técnico de enfermagem**
Realizar atendimento médico conforme prioridade da classificação de risco e definir conduta de acordo com o diagnóstico específico: Paciente sem sinais de gravidade clínico, sem indicação de internação, observação e/ou transferência, após atendimento estabelecer alta médica do serviço de urgência e emergência com receita/atestado médico, solicitações de exames complementares e/ou orientações de retorno se necessário a unidade de urgência e emergência de referência e à unidade básica de saúde; (registrar alta médica em ficha de atendimento). Paciente sem sinais de gravidade clinico, ou indicação de internação no momento da avaliação médica, mas com necessidade de ser reavaliada nas seguintes situações: após medicação parenteral, após realização de exames complementares ou reavaliação posterior para definição de conduta obstétrica. A paciente aguardará por reavaliação no hall da urgência/emergência sob os cuidados da equipe multidisciplinar (médico e enfermagem) devidamente identificada (crachá). Após a REAVALIAÇÃO médica será definido conduta definitiva (alta médica, transferência e/ou internação hospitalar). Em caso de alta médica e transferência o crachá será retirado pelo segurança no momento da liberação da paciente e	**Médico**

em caso de internação hospitalar substituir o crachá pela pulseira de identificação. (Devidamente registrado na ficha de atendimento). Paciente com indicação de internação que se enquadra no perfil de atendimento, realizar preenchimento da AIH, ficha de prescrição médica, ficha de admissão, folha de evolução multiprofissional e solicitar exames seguindo os protocolos de acordo com o diagnóstico específico, entregar prontuário devidamente preenchido ao enfermeiro (a) / técnico (a) de enfermagem da urgência e emergência: Paciente com indicação de internação, que não se enquadra no perfil de atendimento e/ou em situação de superlotação da unidade, preencher AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência solicitando vaga para transferência via regulação do município de Goiânia, entregar AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência devidamente preenchido ao enfermeiro (a) / técnico (a) de enfermagem da urgência e emergência: exceto casos de extrema urgência e emergência, sem tempo hábil para aguardar transferência.	
1- Paciente sem sinais de gravidade, sem indicação de internação, observação e/ou transferência:	
Caso haja solicitação de exames laboratoriais e/ou imagem sem urgência/emergência orientar paciente a retirar vale exame na recepção;	**Médico / Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Realizar agendamento de exames solicitando no sistema e imprimir guia específica para o exame.	**Recepcionista**
Orientar paciente e acompanhante sobre o processo de realização de exames ambulatoriais (sem urgência);	**Recepcionista**
2- Paciente sem sinais de gravidade e/ou indicação de internação no momento da avaliação médica, mas com necessidade de ser reavaliada:	
Em caso de solicitação de exames laboratoriais convocar equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico para coleta de exames,	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Coletar amostra de sangue da paciente no hall da sala de medicação e levar ao laboratório para processamento do material;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório**
Imprimir resultados de exames, anexar na ficha de atendimento de urgência/emergência e comunicar enfermeiro (a) / Médico da urgência emergência;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório / Assistente administrativo do laboratório**
3- Paciente com indicação de internação que se enquadra no perfil de atendimento	
Comunicar a equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico para imprimir os resultados de exames;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Imprimir os resultados de exames 1 e 2 e anexar ao prontuário da paciente;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório / Assistente administrativo do laboratório**

Avaliar resultados de exames e solicitar exames conforme protocolo do ministério da saúde e indicação clínica;	**Médico / Médico Residente / Enfermeiro (a)**
Convocar equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico e solicitação de exames para coletar amostra de sangue do paciente;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Coletar amostra de sangue da paciente e levar ao laboratório para processamento do material;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório**
***Realizar exames laboratoriais conforme protocolo do ministério da saúde e indicação médica, anexar os resultados ao prontuário da paciente que está sendo internada.**	**Biomédico / Enfermeiro (a)**
Comunicar equipe do NIR (por rádio ou telefone) sobre a solicitação de internação hospitalar / solicitação de transferência;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Realizar internação hospitalar no sistema de CRE – Complexo Regulador Estadual, imprimir espelho da AIH do sistema e coletar assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido de internação para anexar ao prontuário, definir leito de internação da paciente, tirar cópia dos documentos pessoais e comprovante de residência da paciente e orientar acompanhante sobre os procedimentos e rotinas da unidade;	**NIR**
Informar o serviço sobre a internação (leito, tipo de procedimento, etc.)	**NIR**
Preparar, orientar a paciente e acompanhante e convocar o condutor de maca para conduzir a mesma até unidade de internação acompanhado pela enfermeiro (a) ou técnico (a) de enfermagem.	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Conduzir o paciente preferencialmente em cadeira de rodas ou maca até leito definitivo juntamente com o acompanhante;	**Condutor de maca**
4-Paciente com indicação de internação, que não se enquadra no perfil de atendimento e/ou em situação de superlotação da unidade	
Definir local de permanência e monitorização da paciente no hall da urgência/emergência e/ou sala de reanimação até a transferência;	**Médico / Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Comunicar equipe do NIR (por rádio ou telefone) sobre a solicitação de internação hospitalar / solicitação de transferência;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Solicitar vaga para transferência hospitalar no CRE - Complexo Regulador Estadual para unidade de referência;	**NIR**
Acompanhar continuadamente a liberação da vaga no CRE - Complexo Regulador Estadual e após liberação imprimir espelho da AIH e	**NIR**

transcrever código de liberação para a AIH e/ou ficha de encaminhamento de urgência e emergência;	
Entregar AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência com código de autorização e espelho aos cuidados do enfermeiro (a) da urgência e emergência	**NIR**
Acionar imediatamente serviço móvel de transporte de pacientes (ambulância) de acordo com quadro clínico e gravidade de cada paciente obedecendo protocolo de transporte da instituição, podendo ser ambulância comum do município, SAMU ou empresa terceirizada.	**Enfermeiro (a)**
Descrever na ficha de urgência e emergência e/ou prontuário horário de acionamento da empresa de transporte, nome do atendente, número da ocorrência, horário da transferência, nome dos responsáveis pelo transporte, condições clínicas no momento da transferência e preenchimento do formulário de liberação de ambulância. Assinar e carimbar.	**Enfermeiro (a)**

6- CONTROLE DE REGISTROS

Não aplicável.

7- CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não aplicável.

8- ANEXOS

Não aplicável.

1.1.2 Rotina de atendimento do paciente conduzido via serviço de regulação, serviços de urgência e emergência.

OBJETIVO

Padronizar e organizar o fluxo de atendimento na urgência e emergência da unidade.

TERMOS E ABREVIAÇÕES

HOSPITAL;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Não aplicável.

RECURSOS NECESSÁRIOS:

Humanos: (Administrativo; Enfermeiro (a); Técnico (a) de enfermagem; médico; médico residente, internos de medicina, condutor de maca);

Equipamento / Materiais / Insumos: (Maca de transporte, Cadeira de rodas; Esfignomanômetro, Estetoscópio, Termômetro, Monitor Multiparamétrico; Luvas de Procedimentos, otoscópio, lanterna clínica, foco clínico).

5. PROCEDIMENTO

Ação/Descrição	Agente Executor
Recepcionar, acolher e orientar a paciente, acompanhantes e/ou familiares de acordo com a necessidade de atendimento e regulação.	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Encaminhar a paciente imediatamente a sala de Reanimação caso apresente critérios de instabilidade clínica previamente relatados;	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Orientar acompanhantes e/ou familiares a fazer ficha de atendimento de urgência e emergência na recepção;	**Recepcionista Enfermeira, Técnico de enfermagem**
Realizar a classificação de risco conforme protocolo do ministério da saúde na sala de Reanimação e identificação da paciente (pulseira);	**Enfermeiro (a)**
Orientar a paciente classificada com as cores VERMELHO e LARANJA aguardar atendimento médico na sala de Reanimação e paciente classificada com as cores AMARELO, VERDE e AZUL aguardar atendimento médico no hall da recepção;	**Enfermeiro (a)**
Convocar imediatamente a equipe médica à sala de urgência e emergência para atendimento à paciente classificada com as cores VERMELHO e LARANJA;	**Enfermeiro (a), Técnico de enfermagem**
Realizar atendimento médico conforme prioridade da classificação de risco e definir conduta de acordo com o diagnóstico específico:	**Médico**

Paciente sem sinais de gravidade clínico, sem indicação de internação, observação e/ou transferência, após atendimento estabelecer alta médica do serviço de urgência e emergência com receita/atestado médico, solicitações de exames complementares e/ou orientações de retorno se necessário a unidade de urgência e emergência de referência e à unidade básica de saúde; (registrar alta médica em ficha de atendimento). Paciente sem sinais de gravidade clinico e/ou indicação de internação no momento da avaliação médica, mas com necessidade de ser reavaliada nas seguintes situações: após medicação parenteral, após realização de exames complementares ou reavaliação posterior para definição de conduta. O paciente aguardará por reavaliação no hall da urgência/emergência sob os cuidados da equipe multidisciplinar (médico e enfermagem) devidamente identificado (crachá). Após a REAVALIAÇÃO médica será definido conduta definitiva (alta médica, transferência e/ou internação hospitalar). Em caso de alta médica e transferência o crachá será retirado pelo segurança no momento da liberação do paciente e em caso de internação hospitalar substituir o crachá pela pulseira de identificação. (Devidamente registrado na ficha de atendimento). Paciente com indicação de internação que se enquadra no perfil de atendimento, realizar preenchimento da AIH, ficha de prescrição médica, ficha de admissão, folha de evolução multiprofissional e solicitar exames seguindo os protocolos de acordo com o diagnóstico específico, entregar prontuário devidamente preenchido ao enfermeiro (a) / técnico (a) de enfermagem da urgência e emergência: Paciente com indicação de internação, que não se enquadra no perfil de atendimento e/ou em situação de superlotação da unidade, preencher AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência solicitando vaga para transferência via regulação estadual, entregar AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência devidamente preenchido ao enfermeiro (a) / técnico (a) de enfermagem da urgência e emergência: exceto casos de extrema urgência e emergência, sem tempo hábil para aguardar transferência.	
1- Paciente sem sinais de gravidade sem indicação de internação, observação e/ou transferência:	
Caso haja solicitação de exames laboratoriais e/ou imagem sem urgência/emergência orientar paciente a retirar vale exame na recepção;	**Médico / Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Realizar agendamento de exames solicitando no sistema e imprimir guia de exame específico.	**Recepcionista**
Orientar paciente e acompanhante sobre o processo de realização de exames ambulatoriais (sem urgência);	**Recepcionista**
2- Paciente sem sinais de gravidade e/ou indicação de internação no momento da avaliação médica, mas com necessidade de ser reavaliado:	
Em caso de solicitação de exames laboratoriais convocar equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico para coleta de exames,	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Coletar amostra de sangue do paciente no hall da sala de medicação e levar ao laboratório para processamento do material;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório**

Imprimir resultados de exames, anexar na ficha de atendimento de urgência/emergência e comunicar enfermeiro (a) / Médico da urgência emergência;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório / Assistente administrativo do laboratório**
3- Paciente com indicação de internação que se enquadra no perfil de atendimento	
Comunicar a equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico para imprimir os resultados de exames;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Imprimir os resultados de exames e anexar ao prontuário do paciente;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório / Assistente administrativo do laboratório**
Avaliar resultados de exames e solicitar exames laboratoriais conforme protocolo do ministério da saúde e indicação clínica;	**Médico / Médico / Enfermeiro (a)**
Convocar equipe do laboratório imediatamente após atendimento médico e solicitação de exames para coletar amostra de sangue do paciente;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Coletar amostra de sangue do paciente e levar ao laboratório para processamento do material;	**Biomédico / Técnico (a) laboratório**
***Realizar exames laboratoriais conforme protocolo do ministério da saúde e indicação médica, anexar os resultados ao prontuário do paciente que está sendo internada.**	**Biomédico / Enfermeiro (a)**
Comunicar equipe do NIR (por rádio ou telefone) sobre a solicitação de internação hospitalar / solicitação de transferência;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Realizar internação hospitalar por meio do CRE - Complexo Regulador Estadual, imprimir espelho da AIH do sistema e coletar assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido de internação para anexar ao prontuário, definir leito de internação do paciente, tirar cópia dos documentos pessoais e comprovante de residência da paciente e orientar acompanhante sobre os procedimentos e rotinas da unidade;	**NIR**
Informar o serviço de internação (leito, tipo de procedimento, etc.)	**NIR**
Preparar, orientar a paciente e acompanhante e convocar o condutor de maca para conduzir a mesma até unidade de internação acompanhado pelo enfermeiro (a) ou técnico (a) de enfermagem.	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Conduzir a paciente preferencialmente em cadeira de rodas ou maca até leito definitivo juntamente com o acompanhante;	**Condutor de maca**
4-Paciente com indicação de internação, que não se enquadra no perfil de atendimento e/ou em situação de superlotação da unidade	

Definir local de permanência e monitorização da paciente no hall da urgência/emergência e/ou sala de reanimação até a transferência;	**Médico / Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Comunicar equipe do NIR (por rádio ou telefone) sobre a solicitação de internação hospitalar / solicitação de transferência;	**Enfermeiro (a) / Técnico (a) de enfermagem**
Solicitar vaga para transferência hospitalar no CRE - Complexo Regulador Estadual para unidade de referência;	**NIR**
Acompanhar continuadamente a liberação da vaga no CRE - Complexo Regulador Estadual e após liberação imprimir espelho da AIH e transcrever código de liberação para a AIH e/ou ficha de encaminhamento de urgência e emergência;	**NIR**
Entregar AIH e/ou encaminhamento de urgência e emergência com código de autorização e espelho aos cuidados do enfermeiro (a) da urgência e emergência	**NIR**
Acionar imediatamente serviço móvel de transporte de pacientes (ambulância) de acordo com quadro clínico e gravidade de cada paciente obedecendo protocolo de transporte da instituição, podendo ser ambulância comum do município, SAMU ou empresa terceirizada.	**Enfermeiro (a)**
Descrever na ficha de urgência e emergência e/ou prontuário horário de acionamento da empresa de transporte, nome do atendente, número da ocorrência, horário da transferência, nome dos responsáveis pelo transporte, condições clínicas no momento da transferência e preenchimento do formulário de liberação de ambulância. Assinar e carimbar.	**Enfermeiro (a)**

6- CONTROLE DE REGISTROS

Não aplicável.

7- CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não aplicável.

8- ANEXOS

Não aplicável.

2 PROTOCOLOS MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1 Politrauma

OBJETIVO:

Promover a diminuição da morbimortalidade e minimizar as sequelas resultantes de trauma em pacientes atendidos na unidade, estabelecendo diretrizes para uma abordagem multidisciplinar de assistência ao paciente com múltiplas lesões desde o momento da chegada do paciente ao hospital até a sua alta. Essa abordagem inclui a implementação de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde, com o objetivo de ampliar e aprimorar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado.

CONCEITO:

TRAUMA MAIOR

Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios:
1.Parâmetros vitais: ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.
2. Anatomia da lesão:
Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho;
Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus;
Suspeita clínica de instabilidade da pelve;
Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero);

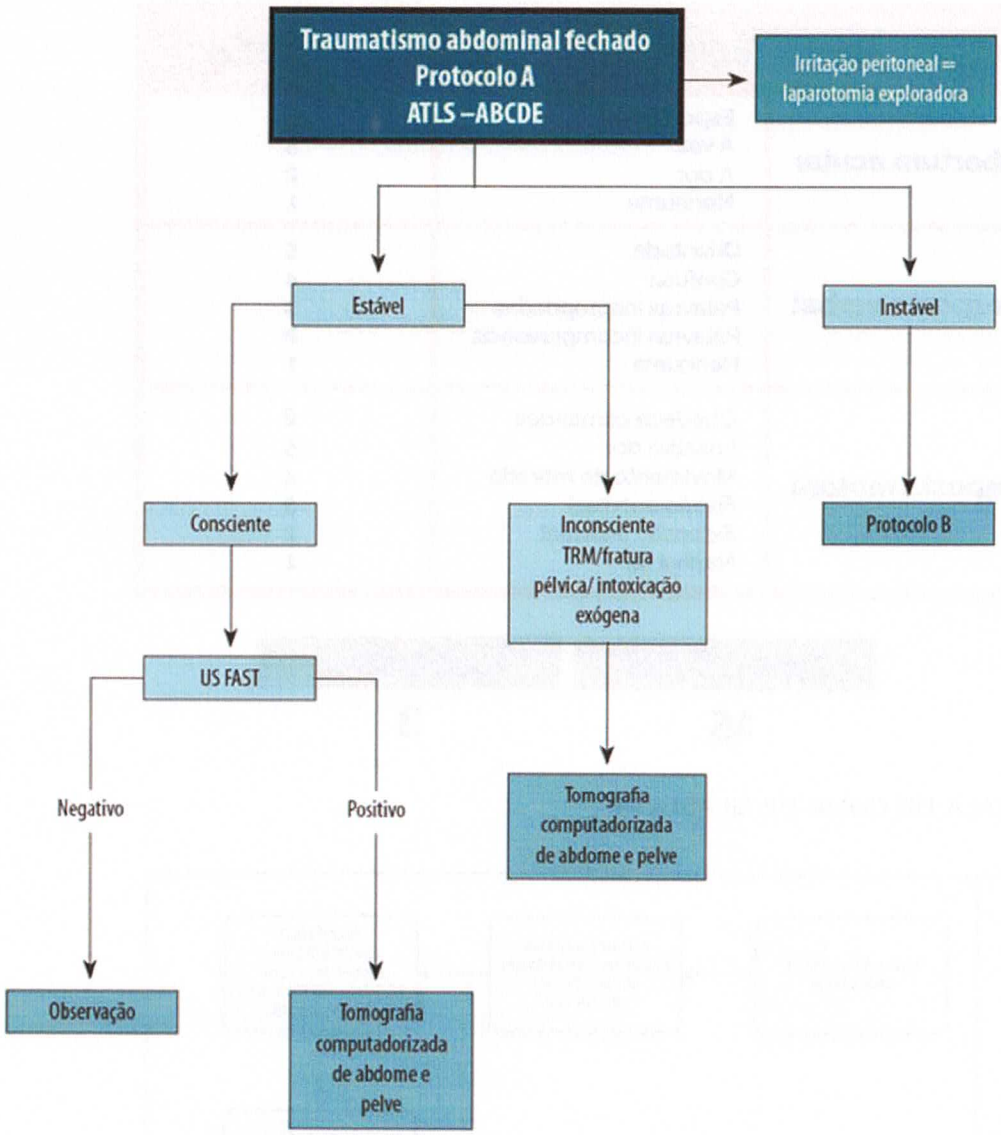
TRAUMA MENOR

Trauma menor é aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadra em um ou mais dos critérios:
Dados vitais normais
Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada
Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível
Trauma torácico com dor leve sem dispnéia
Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias
Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior.
Dados vitais normais
Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada
Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível
Trauma torácico com dor leve sem dispnéia
Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias
Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior.
Dados vitais normais
Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada
Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível
Trauma torácico com dor leve sem dispnéia

FLUXO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR:

O atendimento a uma vítima de trauma deve contemplar todos os passos do atendimento ao politraumatizado. A sistematização proposta pelo ATLS do Colégio Americano de Cirurgiões é de fundamental importância, pois garante pronto diagnóstico e tratamento com um ganho de tempo fundamental.

A (Airway)	Manutenção de vias aéreas pérvias e controle cervical
B (Breathing)	Avaliação e manutenção da respiração e mecânica ventilatória
C (Circulation)	Manutenção da circulação e controle da hemorragia
D (Disability)	Avaliação do estado neurológico
E (Exposure)	Exposição do paciente (retirada das roupas) e controle do ambiente (por exemplo, evitar hipotermia)

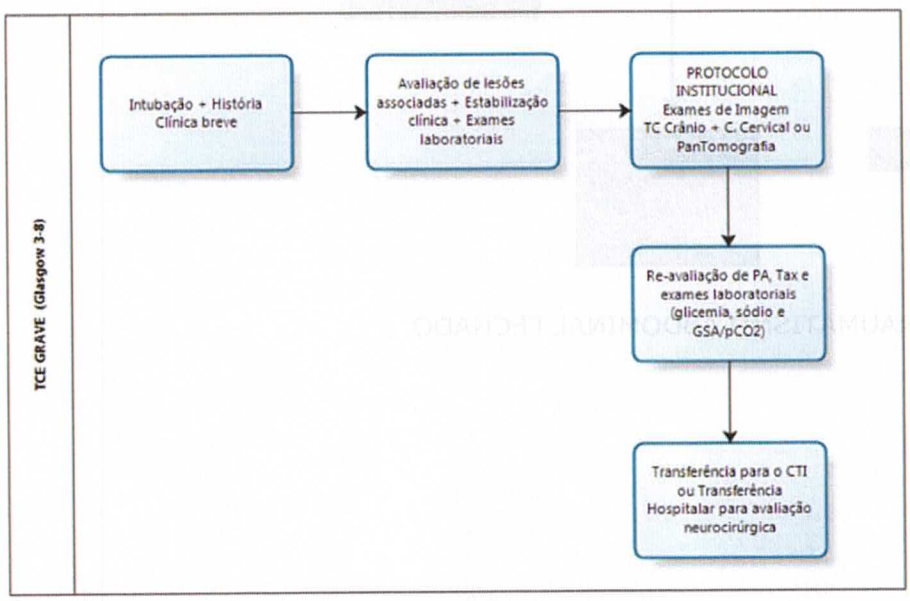


FLUXO 1 – TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO

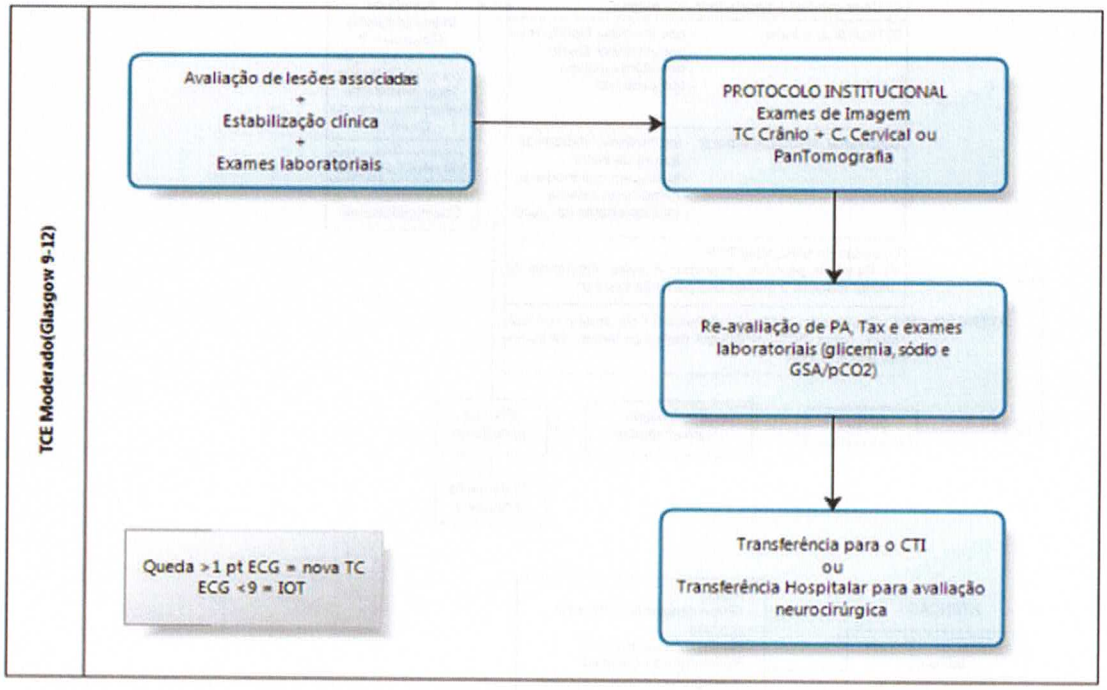
Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreesivas	2
	Nenhuma	1
Reposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo	Total mínimo
15	3

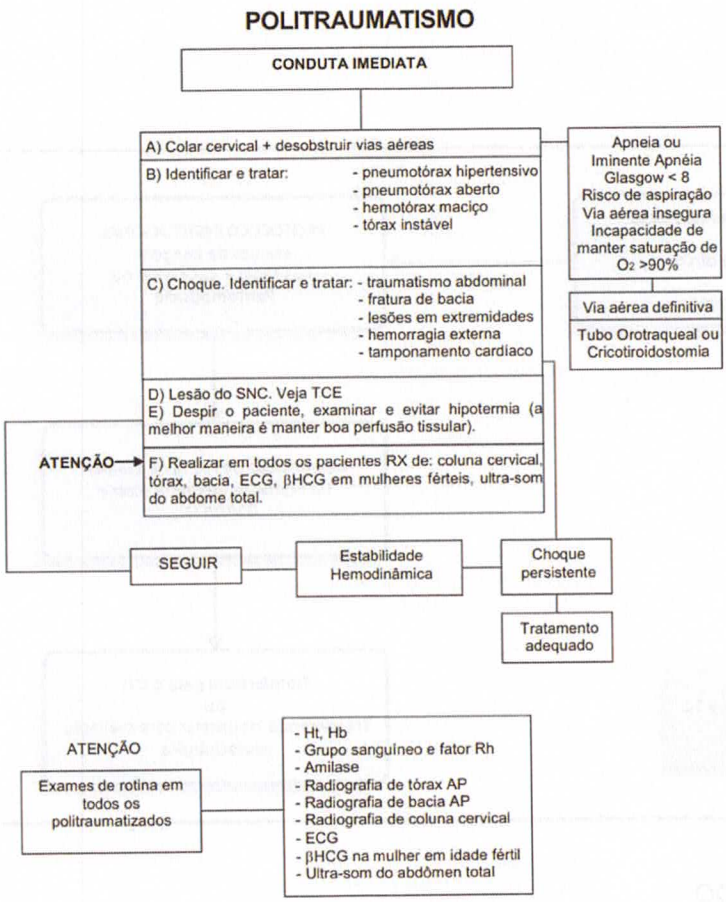
ESCALA DE COMA DE GLASGOW



FLUXO 2 – TCE GRAVE



FLUXO 3 – TCE MODERADO



FLUXOGRAMA 4 - CONDUTAS NO POLITRAUMA

REFERÊNCIAS:

Chiara, O.; Cimbanassi, S.. Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

.Iunes, RF. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 38-46, 1997. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v31n4s0/3136.pdf. Acesso: junho de 2023

VIEIRA, C.A.S.; MAFRA, A.A.. et al / Secretaria Estado de Saúde de Minas Gerais. Protocolo Clínico sobre Trauma. – Belo Horizonte 2011 . Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Diretrizes.pdf. Acesso em 13 de junho, 2023 .

Manual Instrutivo da Atenção ao Trauma - Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Instrutivo.pdf. Acesso em junho, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. :

2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica na Emergência

OBJETIVO:

Padronizar a assistência nos episódios de Hipertensão Arterial (focado na Emergência – Pronto Socorro, porém com conceitos importantes podendo ser aplicado em demais setores quando for necessário)

RESPONSABILIDADE:

Pronto Socorro

Unidade de Terapia Intensiva

DEFINIÇÕES:

CRISE HIPERTENSIVA: Entidade clínica com aumento súbito da pressão arterial - PA (≥180 x 120 mmHg), acompanhada por sintomas, que podem ser leves (cefaleia, tontura, zumbido) ou graves (dispnéia, dor precordial, coma e até morte) com ou sem lesão aguda de órgãos-alvos.

DIAGNÓSTICO

URGÊNCIA X EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Urgência Hipertensiva: Sintomas são leves, sem lesão aguda de órgãos-alvos. A pressão arterial pode ser controlada em até 24h.

Emergência Hipertensiva: Quadro clinico pode apresentar risco de vida e refletir lesão aguda de órgãos- alvos.

Situações mais comuns na UPA: encefalopatia hipertensiva, acidente vascular cerebral, síndromes coronárias, edema agudo de pulmão, dissecção aorta, eclampsia;

Nestas condições se faz necessário o rápido abaixamento da pressão arterial, não necessariamente para valores normais.

** Muitos pacientes também apresentam uma PA mais elevada quando estão usando irregularmente suas medicações, tratando-se apenas de hipertensão arterial sistêmica crônica não controlada.

CONCEITO DE AUTO-REGULAÇÃO

- É o conceito que protege os órgãos (coração, rins, cérebro) da isquemia quando a pressã arterial cai abruptamente.

- Nas primeiras horas é prudente reduzir os níveis diastólicos para **100 mmHg a 110 mmHg ou 25% da pressão arterial média**, e progressivamente, dependendo das condições clinicas, levar os níveis tensionais em direção a **140/90mmHg**.

TERMINOLOGIAS:

PA: Pressão Arterial

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

Nitroprussiato de Sódio;

Nitroglicerina;

Metoprolol;

Captopril;

Nifedipina;

Hidralazina.

ABRANGÊNCIA:

Todos os setores assistenciais do HOSPITAL.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Usar definições para classificar como Emergência Hipertensiva;

EXAMES COMPLEMENTARES (Todos os pacientes com emergências hipertensivas devem realizar os seguintes exames):

Hemograma;

Ureia;

Creatinina;

Eletrólitos (sódio, potássio, magnésio);

Radiografia de tórax;

Eletrocardiograma;

Glicemia capilar;

Urina tipo I (pesquisa de proteinúria ou hematúria microscópica)

TRATAMENTO

ENDOVENOSOS

- O nitroprussiato de sódio é a droga de escolha devido a facilidade de manejo e efeito rápido.

Dose inicial recomendada de 0,25mcg/kg/min com ajuste a cada 2 minutos até atingir os valores pressóricos alvo. Efeito anti- hipertensivo desaparece poucos minutos após a interrupção da medicação. Em alguns casos pode ser preferido uso de nitroglicerina EV principalmente nas síndromes coronárias agudas (dose 5-100mcg).

Contraindicações: infarto de ventrículo direito e pacientes que usaram sildenafil nas últimas 24h. Os betabloqueadores (mais comum metoprolol 5mg – feito em bolus por até 3 vezes até obter frequência cardíaca alvo) podem ser usados quando o objetivo maior for a redução da frequência cardíaca como, por exemplo, na dissecção aguda de aorta.

VIA ORAL

Os diuréticos não estão indicados nas crises hipertensivas de modo geral, salvo exceção em casos de edema agudo pulmonar. Principais medicações utilizadas são captopril (dose 25-100mg), nifedipina (dose 5-10mg) e hidralazina (dose 25-200mg), todas com início de ação 10-15 min e duração de cerca de 4 a 6 horas.

REFERÊNCIAS:

The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993;153:154-208.

Mann SJ, Atlas SA. Hypertensive emergencies. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and

Management. 2nd ed. New York: Raven Press, 1995;pp.3009-22.

Calhoun DA, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. N Engl J Med 1990;25:1177-83.

Kaplan NM. Hypertensive crises. In: Kaplan NM, ed. Clinical Hypertension. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994;pp.281-97.

Gifford Jr RW. Management of hypertensive crises. JAMA 1991;266:829-35.

Herzog E, Frankenberger O, Aziz E, Bangalore S, Balaram S, Nasrallah EJ, et al. A novel pathway for the management of hypertension for hospitalized patients. Crit Pathw Cardiol. 2007; 6(4):150-60.

Lopes RD, Feitosa Filho GS. Crise hipertensiva. Rev Soc Bras Clin Med. 2005; 3:113-6.

Haas AR, Marik PE. Current diagnosis and management of hypertensive emergency. Semin Dial. 2006; 19(6):502-12.

Stewart DL, Feinstein SE, Colgan R. Hypertensive urgencies and emergencies. Prim Care. 2006; 33(3):613-23. v. Review.

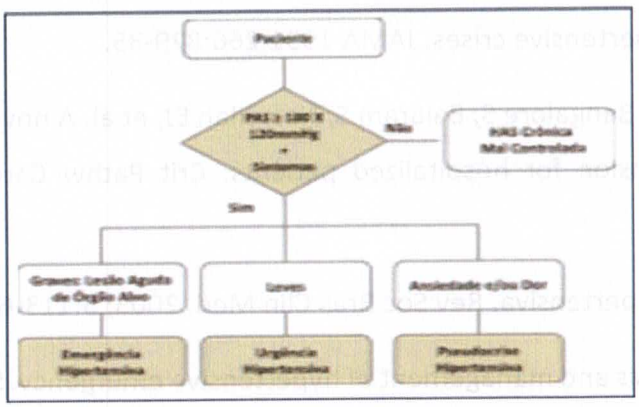
1. Furtado RG, Coelho EB, Nobre F. Urgencias e emergencias hipertensivas. Medicina (Ribeirao Preto). 2003; 36(2/4):338-44.
2. Elliott WJ. Clinical features in the management of selected hypertensive emergencies. Prog Cardiovasc Dis. 2006; 48(5):316-25. Review.
3. Sociedade Brasileira de Hipertensao; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensao Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004; 82(Supl 4):7-22.

Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. Hypertension. 1996 Jan;27(1):144-7

9. HISTÓRICO DE REVISÕES:

Data da Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações
08/02/2023	**00**	**Elaboração do documento inicial.**

ANEXOS:



FLUXOGRAMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

2.3 Emergências Hipertensivas

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Equipe médica e multiprofissional da UTI.

ECG de 12 derivações.

Equipamento para ventilação mecânica não invasiva (VMNI).

Monitor MULTIPARAMÉTRICO com módulo de mensuração de pressão arterial não invasivo ou esfigmomanômetro manual

ou Kit para acesso arterial e mensuração de pressão arterial invasiva.

Medicamentos padronizados na instituição para tratamento de Emergências Hipertensivas descritos nesta rotina.

2. TAREFAS CRÍTICAS

Reconhecer diagnóstico de Emergência Hipertensiva.

Prescrever fármacos que promovem benefício e redução de mortalidade com atenção especial aos níveis

Tensóricos de pressão arterial de segurança na UTI.

3. PROCEDIMENTOS

A crise hipertensiva é classificada em emergência e urgência hipertensiva.

Na urgência hipertensiva, Não há comprometimento de órgão-alvo e a redução da PA pode, portanto, ser processada mais lentamente, com o uso de drogas hipotensoras por via oral, podendo o tratamento ser conduzido em enfermaria ou mesmo em nível ambulatorial. Nesses pacientes, a melhor abordagem é a utilização de medicações orais para diminuir a PA gradualmente ao longo de 24 a 48 horas.

Na emergência hipertensiva ocorre comprometimento de órgão-alvo (cérebro, rins, coração). Estes pacientes necessitam de rápida redução dos níveis pressóricos (anti-hipertensivo parenteral).

Classificação das emergências hipertensivas

Encefalopatia hipertensiva. O melhor critério diagnóstico é a pronta resposta ao tratamento anti-hipertensivo. Se isso não ocorrer, deve-se questionar o diagnóstico. O tratamento objetiva a redução da PA para níveis de 160/100 mmHg.

Hipertensão acelerada- maligna. Pacientes com hipertensão arterial grave (PD em geral > 130 mmHg), associada a retinopatia (edema de papila) e à insuficiência renal. O tratamento visa reduzir a PA para níveis que não ocasionem redução do fluxo sanguíneo para os órgãos-alvos, normalmente para níveis em torno de 160/110 a 100 mmHg.

Aneurisma dissecante da aorta

POP específico.

Crise Adrenérgica

A crise adrenérgica induzida pelo feocromocitoma é tratada utilizando-se, preferencialmente, os bloqueadores alfa ou alfa e beta-adrenérgicos como a fentolamina e o labetalol, respectivamente. Como estas drogas não estão disponíveis no Brasil, na prática, usa-se com muito bons resultados o nitroprussiato de sódio, eventualmente associado a betabloqueadores como o esmolol, metoprolol ou propranolol.

As drogas de escolha para o tratamento das crises adrenérgicas induzidas por cocaína, *crack,* anfetaminas, derivados tricíclicos etc, também são os bloqueadores alfa ou alfa e beta adrenérgicos como a fentolamina e o labetalol. Entretanto, não sendo disponíveis, o nitroprussiato de sódio constitui uma opção segura e eficaz.

Os betabloqueadores, contudo, devem ser evitados para prevenir o antagonismo isolado de beta receptores vasculares o que resultaria em atividade alfa-adrenérgica sem oposição com potencial aumento da PA. A associação benzodiazepínicos e nitratos endovenosos podem ser usadas nestes casos.

Pré-Eclâmpsia Grave / Eclâmpsia

A hidralazina é a droga de eleição para o tratamento da hipertensão: 0,5 a 10 mg/hora, EV, após dose de ataque de 5 mg.

O sulfato de magnésio é utilizado para a prevenção das convulsões:

MgSO4 - 50%: 1 ampola = 10 mL = 5 g.

MgSO4 - 10%: 1 ampola = 10mL=lg.

<u>Dose de ataque</u>: 5 g EV em 20 minutos 1 ampola de MgSO^ 50% em 20 minutos (diluído em 100mLdeSG5%).

<u>Dose de manutenção (manter por 24 horas)</u>: 1 ampola de MgSO^ 50% em 500 mL de SG5% a 28 gotas/minuto.

Monitoração durante a fase de manutenção:

Controle da diurese: > 30 mL/hora

Presença de reflexos tendinosos profundos (mais usado: patelar): a abolição do reflexo patelar é um bom parâmetro clínico para impedir o efeito tóxico do magnésio, orientando a suspensão da infusão (indica nível sérico de magnésio entre 9 -12 mg%; parada respiratória: 15 -17 mg%; parada cardíaca: 30-35 mg%).

Freqüência respiratória: mínimo 16 irpm; a depressão respiratória pode ser revertida pelo emprego de gluconato de cálcio a 10%, 10 mL em 3 minutos.

Acidente vascular cerebral

POP específico.

Insuficiência coronariana aguda

POP específico.

Edema agudo de pulmão

POP específico.

AGENTES ANTI-HIPERTENSIVOS PARENTERAIS

Nitroprussiato

Potente vasodilatador arterial e venoso com início de ação em segundos e duração de ação de 1 a 2 minutos e meia vida plasmática de 3 a 4 minutos

Dosagem:

50 mg (1 ampola) em 250 ou 500 mL de SG 5% ou SF 0,9% (200 mg/ml e 100mg/ml, respectivamente); envolver em papel alumínio (fotossensível).

Dose: iniciar com 0,1 a 0,2 mg/kg/minuto (na prática, 5 a 10 mL/hora), com aumentos de 0,2 mg/kg/minuto a cada 3 a 5 minutos até alcançar resposta clínica ou até ocorrer hipotensão (dose máxima: 10 mg/kg/minuto).

Trocar a solução cada 3 a 6 horas.

Introduzir, concomitantemente, anti-hipertensivos orais.

Precauções:

Hipotensão.

Não está indicado no IAM devido ao risco de fenômeno de roubo do fluxo coronariano (fluxo sanguíneo preferencial para áreas não isquêmicas).

O nitroprussiato contém 44% de cianeto. O cianeto é metabolizado no fígado em tiocianato. O tiocianato é 100 vezes menos tóxico que cianeto. O tiocianato gerado é excretado principalmente através dos rins. A remoção do cianeto, portanto, exige funções hepáticas e renais adequadas.

Esmolol (ampolas com 10 mL com 2.500 mg [250 mg/ mL] ou 100 mg [10 mg/mL])

Bloqueador beta-adrenérgico cardiosseletivo de ação ultrarrápida (início de ação: 60 segundos; duração de ação: 10 a 20 minutos)

Administração:

Dose inicial de 0,5 a 1 mg/kg em 1 minuto, seguido por uma infusão contínua com início em 50 |ig/kg/min e aumentada até 300 ng/kg/min, conforme necessário.

Solução a 10 mg/ml: Duas ampolas de 2.500 mg em 500 ml ou uma ampola de 2.500 mg em 250 ml de uma solução intravenosa compatível (glicose a 5%, soro fisiológico a 0,9% ou solução de Ringer-Lactato).

Contra-indicações: pacientes portadores de bradicardia sinusal, bloqueio cardíaco superior ao de primeiro grau, choque cardiogênico ou insuficiência cardíaca manifesta.

4. INDICADORES

- **Controle da pressão arterial em até 48 horas.**

- **Redução de mortalidade associada a emergência hipertensiva na UTI.**
- **Acidente vascular cerebral isquêmico secundário a redução abrupta da PA.**

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- **Registro de óbitos do hospital.**
- **Laudo de exames laboratoriais.**

6. SIGLAS

PA - Pressão Arterial

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Belfort MA, Anthony J, Saade GR, Allen Jr JC. A Comparison of Magnesium Sulfate and Nimodipine for the Prevention of Eclampsia. The New England Journal of Medicine, 2003; 348:304-311.**
- **FEBRASGO. Urgências e emergências maternas. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.**
- **Marik PE and Varon J. Hypertensive crises. Chest 2007; 131:1949-1962.**
- **FEITOSA-FILHO, Gilson Soares; LOPES, Renato Delascio; POPPI, Nilson Tavares and GUIMARÃES, Hélio Penna. Emergências hipertensivas. *Rev. bras.***

2.4 Urgências Hiperglicêmicas

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Glicosímetro e fitas para glicemia.**
- **Fitas para urinálise.**
- **Insulina regular.**
- **Insulina NPH.**
- **Glicose 50%.**
- **Glicose a 5%.**
- **NaCI 10%.**
- **KCI10%.**
- **NaCI 0,9%.**
- **Solução de bicarbonato 8,4%.**
- **Bombas de infusão.**

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Glicemia de 1/1 hora até controle dos distúrbios metabólicos.**
- **Cetonúria (teste da fita).**
- **CAD: testes positivos, geralmente, em níveis máximos.**
- **EHH: cetonúria negativa ou fracamente positiva.**
- **Gasometria arterial: acidose metabólica com ânion gap aumentado na CAD.**
- **Eletrólitos: dosar sódio e potássio a cada 6 horas.**
- Ureia/Creatinina.

3. PROCEDIMENTOS

- **Insulina**
- **Bolus EV inicial: 0,lU/kg de insulina regular (5 a 10 U, no adulto típico). Excluir antes hipopotassemia (< 3,3 mEq/L).**
- **A seguir infusão EV contínua de insulina regular a 0,lU/kg/hora: 5 a 10 Ul/hora. ^**
- **100 Ul em 100 mL de SF 0,9% (1 UI/mL).**
- **Trocar a solução a cada 6 a 8 horas para evitar a inativação da insulina.**

- Objetivar reduzir a glicemia em 50 a 70 mg/dL a cada hora:
- Redução < 50 mg/dL/hora: dobrar velocidade de infusão.
- Redução > 70 mg/dL/hora: reduzir a taxa de infusão à metade.
- Quando a glicemia chegar a 200 mg/dL na CAD ou 300 mg/dL no EHH:
- Trocar a infusão utilizada na reposição volêmica por soro glicofisiológico (0,45%) para prevenir queda exagerada da glicemia e da osmolalidade sérica.
- Reduzir a infusão contínua de insulina para 0,05 a 0,1 U/kg/hora.
- Manter níveis de glicemia acima citados até que a acidose na CAD e a hiper osmolaridade e redução do nível de consciência no EHH sejam resolvidos.
- Neste ponto:
- Administrar 10 UI de insulina regular SC.
- Interromper infusão contínua de insulina 1 a 2 horas depois.
- Iniciar insulina NPH: reiniciar na dose usada pelo paciente antes do início da crise hiperglicêmica ou 0,5 a 0,8 U/kg/dia dividido em duas doses.
- Ajustar a dose de insulina NPH em 10 a 20% a cada 1 a 2 dias, objetivando os níveis glicêmicos alvos.
- Iniciar insulina regular SC:
- Para corrigir glicemia capilar > 150 mg/dL
- Escala crescente de 1 a 4 U para cada elevação de

50 mg/dL da glicemia.

- Ajustar esta escala em 1 a 2 U/dose cada 1 a 2 dias, se a resposta for inadequada.
- Reposição volêmica
- Realizar reanimação volêmica:
- Soro fisiológico a 0,9%.
- Utilizar as metas e limites de segurança usuais para guiar esta fase de expansão volêmica (PA, DU, congestão pulmonar ou estase jugular, nível de consciência, pulso, PVC, etc).
- Posteriormente:
- Soro fisiológico 0,9%: 4 a 14 ml/l<g/liora (250 a 500 mL/liora) quando o sódio corrigido for baixo.
- NaCI a 0,45%: 4 a 14 mIAg/hora (250 a 500 mL/ liora) quando o sódio corrigido for normal ou elevado.
- NaCI a 0,45% preparado com SG 5%: trocar qualquer uma das formas de reposição volêmica acima por está, quando a glicemia atingir 200 mg/dL (CAD) ou 300 mg/dL (EHH) e manter a 150 a 250 mL/hora.

- **Reposição de potássio:**
- **Potássio < 3,3 mEq/L:**
- **Não prescrever *bolus* inicial de insulina.**
- **Repor 20 a 30 mEq de potássio em 1 litro de SF em 1 hora.**
- **Só iniciar insulina quando o potássio for maior que 3,3 mEq/L**
- **Potássio entre 3,3 e 5 mEq/L:**
- **Repor potássio desde o início.**
- **20 a 30 mEq/L de qualquer solução infundida (SF, NaCI 0,45%, SGF).**
- **Potássio > 5 mEq/L:**
- **Não repor potássio.**
- **Bicarbonato. Indicado apenas quando pH < 7.**
- **pH de 6,9 a 7**

- Bicarbonato de sódio 8,4% 50 mEq (50 mL) em 200 mL de água destilada EV em 1 hora.

- Medir pH arterial após infusão. Se < 7, prescrever mais bicarbonato objetivando pH > 7. pH<6,9

- Bicarbonato de sódio 8,4% 100 mEq (100 mL) em 400 mL de água destilada EV em 2 horas.

- Medir pH arterial após infusão. Se < 7, prescrever mais bicarbonato objetivando pH > 7.

4. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- Laudo de exames laboratoriais.

5. SIGLAS

CAD - Cetoacidose Diabética

EHH - Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico

PA - Pressão Arterial

DU - Débito Urinário

PVC - Pressão Venosa Central

SF-Soro Fisiológico

SG-SoroGlicosado

SGF - Soro Glicofisiológico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Kitabchi AE e Umpierrez GE. Hiperglycemic crises in adult patients with diabetes. A consensus statement**

from the American Diabetes Association. Diabetes Care 2006; 29(12): 2739-48.

- **Inzucchi SE. Management of hyperglycemia in the hospital setting. N EngI J Med 2006;355:1903-1911.**
- **Foss-Freitas MC e Foss MC. Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. Medicina, Ribeirão Preto, 2003; 36: 389-393.**

2.5 Dengue com sinais de Grave

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Anamnese clínica dirigida.**
- **Dosagem sérica de hematócrito, plaquetas e transaminases.**
- Soluções cristalóides.

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Reconhecer casos de dengue grave de forma precoce (sinais de alarme e choque).**
- **Verificar condições associadas que pioram o prognóstico de pacientes com dengue (ex. comorbidades).**
- **Iniciar reposição volêmica e monitorar equilíbrio hemodinâmico do paciente.**

3. PROCEDIMENTOS

- **A dengue é uma doença causada pelo Flavivirus DENVI, II, III e IV, e transmitida por picadas de mosquitos/Aedes *aegyptís*. É doença febril aguda e de evolução rápida (até 7 dias), que permanece endêmica em várias partes do país. Muitos casos são oligossintomáticos e têm resolução mais simples, porém pode causar choque circulatório e/ou hemorrágico. O diagnóstico de dengue é provável se há febre com evolução menor que 7 dias associada a dois dos seguintes critérios: náuseas/vômitos, exantema, mialgia, dor retro-orbitária, prova do laço positiva, leucopenia e algum sinal de alerta.**

- **Os sinais de alerta que indicam dengue grave são: dor abdominal; vômitos persistentes; retenção hídrica; sangramento de mucosas; fraqueza intensa; hipotermia abrupta; hepatomegalia; aumento do hematócrito associado a plaquetopenia.**

- **A dengue grave pode levar a transudação plasmática intensa, aparecimento de hemorragias e disfunções orgânicas (cardíaca, respiratória, neurológica, renal e hepática).**

- **O diagnóstico clínico deve nortear o tratamento inicial e a necessidade de internação; a sugestão do diagnóstico pode ser obtida com a dosagem de antígenos virais (NS- 1) ou detecção de RNA virai por técnica de amplificação (RT-PCR) nos primeiros 4 dias, e a confirmação é feita com sorologia (IgM - ELISA) a partir do dia.**

- **Os pacientes com dengue provável podem ser classificados em quatro grupos:**

- **Grupo A: dengue provável, sem sinais de alarme ou manifestações hemorrágicas e sem comorbidades significativas.**

- **Grupo B: dengue provável, sem sinais de alarme, mas com manifestações hemorrágicas sem repercussão**

hemodinâmica OU presença de comorbidades mais graves ou gravidez.

- **Grupo C: dengue provável com sinais de alarme, independentemente de manifestações hemorrágicas.**

- **Grupo D: dengue provável, com sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunções orgânicas.**

- **Os pacientes dos grupos B, C e D devem ser consideradas para internação hospitalar. Os pacientes do grupo D apresentam necessidade de UTI imediata.**

- **Complicações graves da dengue: choque distributivo; hemorragias; miocardite; insuficiência hepática; meningoencefalite; síndrome de compartimento abdominal e derrame pleural extenso por hiper-hidratação.**

- **Tratamento inicial: reposição de salina ou Ringer lactato**

20 ml/kg em 30 - 60 minutos; medicações analgésicas e/ou antipiréticas; repetir Hematócrito e plaquetometria após 1 - 2 horas; se hipotensão ou hemoconcentração persistir, repetir salina ou Ringer lactato 10 ml/kg.

- **Não existe tratamento específico para o vírus da dengue; deve-se instituir medicação sintomática e suporte para disfunções orgânicas.**
- **Transfusão de plaquetas; procedimentos invasivos com plaquetas < 50.000/mm^; sangramento leve com plaquetas < 5.00G/mm'; condições onde o sangramento pode ser fatal (anticoagulação sistêmica, instabilidade hemodinâmica) com plaquetas < 20.000/mml**
- **Alta da UTI: sem necessidade de aminas vasoativas; hematócrito estável nas 24 horas; plaquetometria em ascensão (maior que 20.000/mm^); regressão das eventuais disfunções orgânicas.**

4. INDICADORES

- Mortalidade
- Casos de dengue Hemorrágica
- Casos de dengue grave associado a Síndrome de Guillain-Barré

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- Ficha de balanço e controle.
- **Registro de óbitos do hospital.**
- **Laudo de exames laboratoriais e de imagem.**
- **Notificação de dengue - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).**

6. SIGLAS

DENV-Vírus da Dengue

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• **Verdeal JCR, Filho RC, Vanzillotta C, Macedo GL, Bozza FA, Toscano L, et al. Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue Rev Bras Ter Intens 2011;23(2):125-133.**

2.6 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Equipe médica e multiprofissional, organizada, definida, capacitada, coordenada por médico Intensivista, disponível durante 24 horas, e que tenha recebido treinamento adequado.**
- **Capacidade para monitorização contínua cardiovascular e respiratória.**
- **Laboratório de patologia clínica em funcionamento durante 24 horas.**
- **Aparelho de tomografia computadorizada disponível durante 24 horas.**
- **Disponibilidade neurocirúrgica durante 24 horas.**
- **Serviço de hemoterapia ou agência transfusional durante 24 horas, incluindo a disponibilidade de crioprecipitado.**

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Determinar horário do início dos sintomas sugestivos de AVC.**
- **Aplicar a *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS). *(Treinamento pode ser obtido e certificado em: www.ninds.nih.gov/doctors/ strol<e_scale_training. htm).***
- **TCC sem contraste idealmente em até 25 minutos da admissão e interpretado em até 20 minutos após realização (tempo total porta-exame = 45 minutos).**
- **Ecocardiograma e US Doppler de carótidas e vertebrais nas primeiras 24 horas.**
- **Avaliar presença de indicações ou contra indicações à trombólise -**
- **Critérios de Inclusão para Trombólise**
- **Pacientes com diagnóstico clínico e tomográfico de AVCI e que, além disso, apresentarem:**
- **Quadro clínico de AVC com início há menos de 4,5 horas desde o início dos sintomas até a infusão do medicamento.**
- **Idade superior a 18 anos.**

- **TCC ou ressonância magnética sem sinais de hemorragia intracraniana.**
- **Critérios de Exclusão para Trombólise**
- **Sinais e sintomas leves (com comprometimento funcional discreto) ou de resolução completa espontânea.**
- **Área de hipodensidade precoce à tomografia computadorizada (sugestiva de área isquêmica aguda), com acometimento maior do que um terço do território da artéria cerebral média.**
- **Qualquer cirurgia intracraniana, trauma craniano ou histórico de AVC nos 3 meses anteriores ao tratamento trombolítico.**
- **Aneurisma, malformações arteriovenosas ou tumores intracranianos conhecidos.**
- **Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias.**
- **Punção lombar nos últimos 7 dias.**
- **Infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses.**
- **Histórico de hemorragia intracraniana.**
- **PAS com tratamento anti-hipertensivo > 185 mmHg.**
- **PAD com tratamento anti-hipertensivo > 110 mmHg.**
- **Suspeita de hemorragia subaracnóide.**
- **Hemorragia gastrointestinal ou geniturinária nos últimos 21 dias.**
- **Punção arterial, em sítio não compressível, nos últimos 7 dias.**
- **Glicemia < 50 mg/dl ou > 400 mg/dl.**
- **Contagem de plaquetas < 100.000/mm^**
- **Defeito na coagulação (INR > 1,7).**
- **Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPA acima do valor de referência local.**
- **Sintomas que apresentaram melhoras espontâneas antes do tratamento.**
- **Sintomas neurológicos pouco importantes e isolados (por exemplo, hemi-hipoestesia pura).**
- **Evidência de sangramento ativo em sítio não passível de compressão mecânica ou presença de fratura ao exame físico.**
- **Convulsões no início do AVC (contra indicação relativa para fazer diagnóstico diferencial com paralisia pós-convulsão).**
- **Determinados fatores interferem no risco/benefício da terapia trombolítica, não sendo, contudo, contraindicação absoluta de seu uso: NIHSS > 22, idade > 80 anos e a combinação de AVC prévio e diabetes mellitus.**

3. PROCEDIMENTOS

- **Elevação da cabeceira da cama em torno de 30°.**
- **Antitérmicos para manter normotermia.**
- **AAS 160 - 300 mg nas primeiras 48 horas pós-AVCI (manter dose mais alta até 2 semanas, depois reduzir para 100 mg).**
- **Clopidogrel 75 mg/dia se alergia ao AAS.**
- **iniciar estatinas.**
- **Prevenção da TVP com heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular em doses profiláticas.**
- **Compressão pneumática intermitente para pacientes com contraindicações aos anticoagulantes.**
- **Utilizar anticonvulsivante para prevenção de recidivas em pacientes que apresentaram crise convulsiva. Não se recomenda o uso profilático dos anticonvulsivantes na ausência de histórico de crise convulsiva.**
- **Iniciar nitroprussiato se PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg ou uma PAM > 130 mmHg em pacientes que não realizaram Trombólise.**
- **Trombólise; até 4,5 horas após o Início dos sintomas.**
- **Alteplase: diluir frasco-ampola com 50 mg com 50 ml de diluente.**
- **Administrar 0,9 mg/kg (máximo 90 mg), sendo ataque com 10% da dose total em bolus e o restante administrado em 1 hora.**
- **Manter PAS abaixo de 180 mmHg e a PAD abaixo de 105 mmHg com uso de nitroprussiato.**
- **Exame neurológico a cada 15 minutos durante a Infusão.**
- **Caso cefaléia intensa, hipertensão aguda, náusea ou vômitos descontinuar a infusão e TCC de emergência.**

4. INDICADORES

- **Taxa de reperfusão e complicações (sangramento) em casos submetidos à Trombólise.**
- **Tempo de internação.**
- **Complicações da Internação (Infecção, úlceras de decúbito).**
- **Taxa de mortalidade.**

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**

- **Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- Laudo de exames laboratoriais.

6. SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral.

AVCi - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.

TCC- Tomografia Computadorizada do Crânio.

PAS - Pressão Arterial SIstóllca.

PAD - Pressão Arterial DIastóllca.

TVP - Trombose Venosa Profunda.

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **BrottTe Bogousslavsky J. Treatment of acute ischemic stroke. The New England Journal of Medicine, 2000; 343; 710-723.**
- **Wechsier LR. Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute IschemlcStroke.NEnglJMed2011;364;2138-46.**
- **Coull BM, Williams LS, Goldstein LB et al. Anticoagulants and antiplatelet agents In acute ischemic stroke. Stroke. 2002; 33:1934-42.**
- **Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute Ischemic stroke. N EngI J Med 2008;359:1317-1329.**
- **Portaria MS Ne 664, de 12 de abril de 2012.**
- **www.nlnds.nih.gov/doctors/stroke_scale_trainlng.htm.**

2.7 Transporte Intra Hospitalar De Pacientes Graves

1. **OBJETIVO:**

Ao final da leitura deste artigo o leitor será capaz de:

- Planejar, organizar e realizar o transporte intra hospitalar do paciente grave;

- Adequar as características do transporte às necessidades do paciente;
- Avaliar a gravidade do paciente a ser transportado;
- Antecipar, prevenir e tratar as principais complicações e eventos adversos decorrentes do transporte intra hospitalar.

2. RESPONSABILIDADES:

- Equipe médica;
- Equipe de enfermagem;
- Equipe fisioterapia;

3. DEFINIÇÕES GERAIS:

- O transporte intra hospitalar de pacientes graves com frequência precisa ser realizado com finalidades diagnósticas ou terapêuticas.
- Os pacientes graves que necessitam de transporte intra hospitalar correspondem a uma parcela de pacientes com altos escores de gravidade, para os quais o nível de cuidado adequado não pode ser negligenciado durante todo o transporte e quaisquer anormalidades que venham a surgir durante o transporte necessitam de identificação e correção imediatas, ainda durante o transporte, sob pena de ameaçar a vida do paciente, ou aumentar sua morbidade e tempo de permanência na UTI e hospital.
- Os materiais e equipamentos do transporte devem ser adequados ao quadro clínico e necessidades do paciente. Podemos ter uma padronização básica para todos pacientes, mas a complexidade de cada caso tem que ser contemplada com acréscimos necessários nos equipamentos e medicamentos sempre que uma característica individual for identificada.
- A gravidade dos pacientes deve ser avaliada cuidadosamente antes do transporte e a sua categorização por gravidade e características clínicas permite a previsão de risco potencial de eventos adversos. Os eventos adversos podem estar relacionados aos equipamentos, à equipe que faz o transporte ou às próprias alterações fisiológicas do paciente que está sendo transportado.

4. TERMINOLOGIAS:

- SpO_2: Oximetria de pulso;
- PaO_2: Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial;
- $PaCO_2$: Pressão parcial do dióxido de carbono no sangue arterial;
- HCO_3: Nível de bicarbonato;
- TOT: Tubo Oro-Traqueal;

- PPC: Pressão de Perfusão Cerebral;
- PIC: Pressão Intra Craniana;
- PAM: Pressão Arterial Média;

5. ABRANGÊNCIA:

- Unidade de Terapia Intensiva;
- Unidade de Clínica Médica;
- Unidade de Sala Vermelha;

6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- O transporte intra hospitalar visa melhorar a qualidade do atendimento do paciente. O deslocamento é realizado com frequência para utilização de equipamentos não disponíveis nas Unidades de Terapia Intensiva, Pronto Atendimentos para fins diagnósticos (e.g.: Tomografia Computadorizada) ou terapêuticos (e.g: Hemodinâmica). O deslocamento também pode ser realizado no sentido inverso para encaminhar o paciente para cuidados intensivos ou entre diversos setores do Hospital.

- O transporte de pacientes graves pressupõe que o nível de cuidado adequado às necessidades do paciente deverá ser mantido durante todo o tempo e que os responsáveis estão habilitados a identificar e corrigir quaisquer anormalidades que venham a surgir durante o transporte e, portanto, o tratamento não será interrompido. (**Quadro 1**)

- A número e a gravidade dos pacientes que necessitam de transporte e a complexidade desta tarefa deverá aumentar ainda mais no futuro próximo e a composição e treinamento das equipes transporte tem sido objeto de intenso debate.

QUADRO 01: Princípios para realização do transporte do paciente grave

---

- Para realizar com segurança o transporte intrahospitalar, devemos observar os seguintes princípios de um transporte seguro:

- Equipe experiente, com especialistas em transporte ou um médico, fisioterapeuta respiratório e enfermeiro intensivistas nos casos crítico

- Experiência e treinamento são mais importantes que velocidade

- Disponibilidade de equipamentos e materiais adequados, com o mesmo padrão dos locais de saída e chegada
- Avaliação completa do paciente
- Monitorização adequada e completa
- Estabilização prévia e cuidadosa do paciente
- Reavaliação repetida durante o transporte
- O tratamento intensivo não deve ser interrompido durante o transporte
- Documentação do transporte para avaliações futuras
- Relatório de Eventos Adversos padronizado obrigatório

Adaptado de Urbano[3]; Fanara[8]; Droogh[6]; Brunsveld-Reinders[7].

- Para pacientes que estejam sendo transportados dentro das instalações do próprio hospital e cujo deslocamento for curto, não será obrigatória a presença de todos os equipamentos e medicamentos, desde que alcançáveis em um tempo inferior a três minutos. Mesmo assim não se deve prescindir de oxímetro de pulso.
- Para consecução de nossos objetivos devemos observar as seguintes etapas na realização do transporte do paciente grave:

Avaliação do Risco *versus* Benefício

- A realização do transporte do paciente grave, como visto, parte do princípio que a relação custo-benefíco do transporte é favorável à realização do mesmo, apesar dos riscos envolvidos no procedimento. Quanto maior a necessidade da realização de procedimentos ou exames e menor a disponibilidade dos mesmos no local onde se encontra o paciente, mais provável será a decisão pela realização do transporte
- A avaliação do risco deve ser feita antes do transporte. A estratificação do risco ajuda a antecipar as competências necessárias que a equipe de transporte deve ter para atender as necessidades do paciente.
- A avaliação do risco inclui: a história clínica do paciente com seus riscos específicos e comorbidades; condição clínica atual do paciente e tendência de deterioração; dados vitais e exames

de laboratório; dados relacionados ao próprio transporte como tempo de deslocamento e possíveis dificuldades durante o transporte.

- Um sistema reconhecido de avaliação da gravidade deve ser utilizado, por exemplo o escore MEWS[4] (ver **Quadro 2**):

Quadro 2 – MEWS - Modified Early Warning Score[4]

ESCORE	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Cardíaca		**<40**	**40-50**	**51-100**	**101-110**	**111-129**	**>130**
Pressão Sistólica	**<70**	**71-80**	**81-100**	**101-170**	**171-199**	**>200**	
Frequência Respiratória		**<7**		**9-14**	**19-22**	**23-29**	**>30**
Temperatura		**<34,9**		**35,0-38,3**		**>38,4**	
Sistema Nervoso Central		**Confusão agitação *"de novo"***		**Alerta**	**Responde comando verbal**	**Reage à dor**	**Não responsivo**

Quadro 3 – Estratificação de Risco: Avaliação do Risco do Transporte[4]

Baixo	Médio	Alto
MEWS <3	**MEWS 3 – 5 ou**	**MEWS >5 ou**
SpO_2 > 92%	**SpO_2 88-92% ou**	**SpO_2 < 88% ou**
Glasgow >13	**Glasgow 13 - 12 ou**	**Glasgow <12 ou**
Deficit Base < 5 mmol/L	**Deficit Base 5-10 mmol/L**	**Deficit Base >10 mmol/L**

Preparação do paciente para o transporte

- A estabilização hemodinâmica e respiratória do paciente deve ser realizada pelo médico assistente antes da realização do transporte. No caso da equipe de transporte chegar ao local do transporte e encontrar o paciente

- com instabilidade hemodinâmica ou respiratória o paciente deve ser estabilizado, inclusive com intubação, ventilação mecânica e monitorização invasiva antes da realização do transporte.
- As medidas de planejamento e organização para o transporte adequado do paciente grave estão elencadas no **Quadro 4**.

Quadro 4 - Avaliação e preparo adequado antes do transporte

- **Paciente**: Domínio do quadro atual do paciente; exame físico completo e avaliação dos dados vitais e exames laboratoriais; estabelecimento da gravidade do paciente e grau de risco do transporte.
- **Equipe**: Equipe de transferência com treinamento adequado; relatório de transferência; planejamento do retorno da equipe com equipamentos e materiais.
- **Equipamentos**: Equipamentos adequados às necessidades do paciente; maleta de medicamentos e manejo de vias aéreas; baterias suficientemente carregadas e/ou reservas; oxigênio suficiente, com reserva em caso de atraso.
- **Organização**: Relatórios com tratamento em uso e propostas terapêuticas; resultados de exames; documentação de transferência; dimensionamento da equipe; comunicação com os familiares; cumprimento de normas e regulamentos.
- **Destino:** Nome dos responsáveis pelo recebimento do paciente; telefones de contato do destino.
- **Antes da saída**: Unidade de destino informada do tempo de transporte e hora da chegada; contenção adequada do paciente e/ou grades laterais elevadas; equipamentos acomodados, maleta de medicamentos e cilindro de oxigênio fixados com segurança.

Adaptado de Dunn[8]; Urbano[3]; Alamanou[9]; Brunsveld-Rein[7]

- Usualmente, aporte de volume intravenoso é necessário para restaurar e manter pressão arterial satisfatória, perfusão adequada e débito urinário. Pode ser necessário o uso de inotrópicos. Pacientes instáveis podem necessitar de monitorização da pressão venosa central ou da pressão da artéria pulmonar para otimizar as pressões de enchimento cardíacas e o débito cardíaco. [10]
- Paciente hipovolêmicos podem tolerar mal o transporte, e o volume circulante deve ser mantido em valores normais ou supranormais antes da transferência. Um paciente persistentemente hipotenso apesar de ressuscitação adequada não deve ser movimentado até que todas as fontes de sangramento contínuo controláveis com compressão externa (cabeça e membros) tenham sido identificadas e controladas. A exceção são aqueles pacientes com sangramentos intra-cavitários (tórax e abdome), em que a compressão externa é ineficaz e devem ser transportados, ainda que instáveis, para abordagem cirúrgica. Existem evidências que estes pacientes podem se beneficiar

ao serem transportados utilizando a estratégia da hipotensão permissiva (Pressão Arterial Média entre 50 e 60 mmHg), recebendo menos volume para ressuscitação inicial. [11,12]

- Lembre-se que os pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico –TCE, necessitam manter a pressão de perfusão cerebral – PPC acima de 60 mmHg.[13] Fraturas instáveis de ossos longos devem ser imobilizadas para proteção neuro-vascular.[12]
- Os pacientes que vão ser transportados para realização de exames contrastados, especialmente nos casos de demora do transporte, necessitam manter uma hidratação adequada. O uso de diuréticos deve ser evitado nestes pacientes, nas 24 horas que antecedem a realização dos exames e a manutenção da volemia nestes pacientes é a medida mais importante e eficaz na profilaxia da Insuficiência Renal Aguda provocada pelo uso de contrastes.[3]
- Uma sonda de drenagem gástrica deve ser posicionada e todas as vias de infusão e tubos firmemente fixados.
- É importante que estas medidas não deixem de ser tomadas com o intuito de acelerar o transporte. As complicações resultantes da falta destas medidas podem ser impossíveis de serem manuseadas depois que o transporte foi iniciado.
- Todo equipamento deve ser checado, inclusive a carga das baterias e a reserva de oxigênio. As anotações referentes ao caso, radiografias, relatório de transferência, resultados de exames já realizados, bem como os derivados de sangue devem ser preparados com antecedência nos casos de transferência. A unidade para onde o paciente está sendo transferido deve ser avisada da hora estimada de chegada, para que não haja atrasos no recebimento do paciente ou na realização dos exames.
- O transporte dos pacientes neurológicos graves e dos pacientes em estado de choque normalmente geram perigo para o paciente e é especialmente estressante para a equi encarregada do transporte. No **Quadro 5** ressaltamos pontos de destaque no transporte do paciente em estado de choque. No **Quadro 6** mostramos os cuidados a serem tomados com o paciente neurológico para evitar lesões neurológicas secundárias e levar o transporte a bom termo.

Quadro 5 – Transporte do paciente em estado de choque

- Usar líquidos isotônicos ou hipertônicos para reposição volêmica rápida;
- Não usar líquidos hipotônicos na ressuscitação;
- Corrigir distúrbios ácido-básicos e eletrolíticos;
- Usar acessos venosos calibrosos (profundos ou periféricos);
- Monitorização com Pressão Arterial Invasiva (PAM);
- Uso de bombas de infusão dotadas de baterias para infusão de aminas;

- Ajustar doses de aminas antes do transporte, mantendo PAS > 120 mmHg;
- Adiar ou avaliar suspensão do transporte se o paciente não puder ser estabilizado;
- Levar reserva de soros suficiente para o caso de haver atraso no transporte;
- Manter diluições de aminas já preparadas para troca de frascos durante o transporte, se necessário, sem interrupção da infusão;

Adaptado de Urbano[1,3]; Warren[14]; Carreiro[11]; De Backer[10]

Quadro 6 – Transporte do paciente neurológico

- Evitar lesões secundárias provocadas pelo próprio transporte seja pela diminuição do aporte de oxigênio ou aumento do consumo;
- Diminuem o aporte de oxigênio para o cérebro: hipoxemia e hipotensão arterial:
- Aumentam o consumo de oxigênio pelo cérebro: febre, agitação e convulsões;
- Manter a cabeceira elevada 30° durante todo transporte para facilitar o retorno venoso e diminuir o edema cerebral; se o paciente estiver hipotenso utilizar elevações menores (10° a 15°);
- Manter a cabeça em posição neutra (sem rotação) para evitar distensão das jugulares e diminuição do retorno venoso;
- Imobilização com colar cervical nos politraumatizados;
- Proteção das vias aéreas com uso de TOT (perda do reflexo de tosse e queda de língua), especialmente se Escala de Coma de Glasgow < 9;
- Oxigenação adequada (SpO2 > 95%);
- Manter paciente normoventilado: evitar hipo- ou hipercapnia; monitorizar a $ETCO_2$;
- Evitar hipotensão (e seus reflexos sobre a perfusão cerebral). Manter Pressão de Perfusão Cerebral > 60 mmHg. (PPC = PAM – PIC);
- Tratar agressivamente a febre, a agitação e as convulsões, inclusive durante o deslocamento;
- Corrigir as anemias graves, alterações da glicemia e do sódio (especialmente a hiponatremia);
- Manter a PIC monitorada e controlada durante o transporte;
- Não repor SGI5% (água livre);
- Não usar soluções hipotônicas para reposição volêmica;

Adaptado de Urbano[1,3]; CITIN[13]; Japiassú[15]; Warren[14]; Rojas[26]

- Os preparativos e a indicação do transporte devem ser discutidos com a família. Normalmente a família não deve ir junto com o paciente, mas pode se deslocar até onde o paciente vai e

acompanhar o transporte do paciente sem interferir nas medidas tomadas ou desviar a atenção de quem o realiza.

Equipe multidisciplinar treinada

- O transporte intra-hospitalar de um paciente crítico deve ser realizado por, no mínimo, três pessoas. Nos casos mais complexos, a equipe deve incluir um médico treinado para abordar todas complicações possíveis de ocorrer durante o transporte, inclusive com treinamento em via aérea e procedimentos de emergência; um enfermeiro com formação em terapia intensiva e um fisioterapeuta respiratório, além de um técnico de enfermagem.
- O hospital que possua uma Unidade de Tratamento Intensivo, Pronto Atendimento ou Pronto Socorro e tenha a necessidade de transporte de pacientes graves deve possuir um protocolo de transporte previamente definido, sendo que este deve ser conhecido e cumprido por toda a equipe de transporte. O transporte deve gerar um documento a ser anexado ao prontuário do paciente.[3]
- Durante a realização do transporte deve-se manter contato também com o pessoal onde será realizado o exame ou para onde o paciente está sendo transferido, assim como, com todos que possam agilizar o processo de transporte, de modo a facilitar o acesso a elevadores, manter corredores livres e portas abertas.

Equipamento para o transporte

- A realização do transporte de um paciente grave parte do princípio de que deve ser mantido durante o transporte toda a monitorização necessária ao bem estar e segurança do paciente. De uma maneira geral, deve-se ter uma maca de fácil manejo, com suporte para acoplamento de bombas, monitores e cilindro de oxigênio. A maca, especialmente no transporte do paciente neurológico e com insuficiência respiratória, deve permitir a elevação da cabeceira. Para os pacientes em choque pode ser interessante a elevação das pernas para melhorar temporariamente o retorno venoso.
- Nakamura comparou a ventilação durante o transporte feito por médicos intensivistas com o uso de ventilação manual e a ventilação usando respiradores portáteis e constatou que o uso do respirador portátil proporcionou uma ventilação mais consistente e que os pacientes eram menos propensos a deteriorar a oxigenação.[16] Portanto, para transporte dos pacientes graves, deve-se utilizar respirador de transporte. Estes respiradores devem ser capazes de ventilar pulmões sadios e doentes e as características mínimas necessárias ao ventilador de transporte para uso no paciente grave são: bateria suficiente para todo o transporte; capaz de manter o paciente em ventilação controlada; PEEP estável e regulável; controle independente do Volume Corrente e Frequência

Respiratória; Volume Corrente estável mesmo com a complacência pulmonar variável; alarme de desconexão; FiO2 regulável até 100%. Além disto, outras características desejáveis dos ventiladores de transporte são: resistência, leveza e de facilidade de manejo; baixo consumo de gases; modos ventilatórios ciclados a Volume e Pressão; disparo confortável e habilidade para operar a partir de fontes de oxigênio com pressão de 50 psi.[17,18]

- A fim de facilitarmos o controle da ventilação mecânica, diminuirmos o risco de barotrauma e facilitar o manejo do paciente, sedação profunda pode ser necessária, bem como pode ser necessário a curarização do paciente.
- Para os pacientes com TCE (Traumatismo Cranioencefálico) e PIC (Pressão Intracraniana) lábil, a monitorização contínua da PIC associada à monitorização da capnografia ($ETCO_2$) é de grande utilidade.[9]
- A monitorização contínua da capnografia ($ETCO_2$) é recomendada como monitorização padrão em pacientes graves em ventilação mecânica durante o transporte intrahospitalar em diversos guidelines.[19,20] Além disto a capnografia propicia a mensuração não invasiva do débito cardíaco, espaço morto fisiológico e produção total de CO_2. [21]
- Uso de monitor que informe frequência cardíaca, saturação periférica de O2 (SpO_2) e pressão arterial invasiva são necessários durante o transporte de pacientes graves.[4]
- Durante o transporte, deve-se ter à mão maleta de emergência com os medicamentos especificados no **Quadro 7**. Nos casos de transportes prolongados, as drogas indispensáveis ao paciente (Noradrenalina, sedação), devem estar preparadas para troca dos frascos ao término, sem interrupção da infusão.

Quadro 7 - Medicamentos necessários na maleta de transporte

- Ácido acetilsalicílico, Adenosina, Adrenalina, Agua bi-destilada, Akineton, Aminofilina, Amiodarona, Amplictil, Atropina, Bicarbonato sódio, Captopril, Cisatracúrio, Cloreto de potássio, Diazepam, Dilacoron, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Esmolol, Etomidato, Fenergan, Fenitoína, Fentanil, Furosemida, Glucagon, Gluconato de Cálcio, Haloperidol, Heparina, Hidrocortisona, Isossorbida, Ketamina, Lidocaína, Manitol, Metoclopramida, Metoprolol, Midazolan, Morfina, Nalbufina, Naloxona, Nitroglicerina, Rocurônio, Paracetamol, Quetamina (dextrocetamina), Ranitidina, Salbutamol, Soro fisiológico, Soro Glicosado Hipertônico, Succinilcolina, Sulfato de magnésio.

Adaptado de: Urbano[3]; Warren[14]

- Na eventual necessidade do uso do desfibrilador automático durante o transporte, deve-se ter especial cuidado com a segurança da equipe.[9]

Transferência

- As transferências não devem ser feitas em alta velocidade e sim de maneira mais tranquila e segura. Deve-se manter a monitorização durante a transferência. Apesar de uma preparação cuidadosa, emergências clínicas imprevistas podem ocorrer; deve-se, então, interromper o transporte na primeira oportunidade e, com segurança, realizar o manuseio do paciente. Não se deve tentar manuseá-lo em movimento, exceto em situações excepcionais.
- Durante a transferência (transporte propriamente dito), o nível do cuidado não pode cair, mesmo aceitando-se que no trânsito é quase impossível realizar qualquer tipo de intervenção no paciente. Monitorização da saturação periférica de oxigênio, gás carbônico expirado, ritmo cardíaco, temperatura e pressão arterial devem ser contínuas. Já que a medida não-invasiva da pressão arterial é afetada pelo movimento, recomenda-se a monitorização intra-arterial em monitor com módulo de pressão nos pacientes graves.
- Quanto à realização de exames, estes devem ser realizados o mais rápido possível. No local do atendimento deve ser solicitada preferência ao paciente em deslocamento. O médico deve permanecer junto ao paciente, mantendo o suporte necessário. Quando a equipe de transporte não puder permanecer com o paciente durante a realização dos exames, o paciente necessariamente deverá ser acompanhado por profissional treinado, que conheça a situação clínica do paciente e tenha condições de lidar com todas as complicações inerentes ao caso. Nos casos de exames que utilizam radiação ionizante, adequada proteção plúmbica (avental e protetor de pescoço) se faz necessária para o paciente (quando for o caso) e especialmente para a equipe.
- Os processos de transferência do paciente da maca para o local do exame ou leito de destino e vice-versa deve ser realizado por toda a equipe, devendo um membro, geralmente o médico ou o fisioterapeuta, ser o responsável pela manutenção do Tubo Oro Traqueal *in situ*.[3]

Deslocamento

- O deslocamento do paciente dentro de uma mesma unidade de saúde deve ser feito em maca confortável, com rodízio em bom estado de conservação para diminuir o esforço da equipe que dedicará sua atenção e energia exclusivamente à observação do paciente.

Chegada

- Na chegada ao destino, deve haver uma comunicação direta entre os responsáveis pelo transporte e a equipe que vai assumir o caso. Por exemplo: um paciente que vai ser anestesiado para realização de uma Tomografia Computadorizada deve ter seu caso passado diretamente para o anestesista. No caso da transferência do paciente para outra Unidade de Terapia Intensiva o plantonista da unidade deve receber o caso.
- O registro da história do paciente, tratamento, e os eventos importantes que eventualmente tenham ocorrido durante o transporte devem ser acrescentados ao relatório do paciente. A equipe que fez a transferência do paciente fica com a ficha original com dados da transferência e uma cópia deve ser anexada ao prontuário do paciente.[1,3,14]

Eventos Adversos

O paciente grave deve ser monitorado durante todo o transporte pois eventos adversos relacionados ao transporte podem ocorrer. Os eventos adversos relacionados ao transporte normalmente estão relacionados às seguintes variáveis:

- equipe multidisciplinar; equipamentos; alterações fisiológicas inerentes ao paciente.
- A segurança do paciente durante o transporte pode ter melhor garantia com o uso de equipamentos apropriados, equipe com treinamento adequado e o uso de protocolos específicos.
- Os eventos adversos mais frequentes durante o transporte intrahospitalar são as alterações fisiológicas (inerentes ao paciente), seguidas de falhas de equipamentos e da equipe.[2]
- A incidência de eventos adversos é proporcional à duração do transporte, à gravidade do paciente e à experiência da equipe[6], mas há estudos que não encontraram esta correlação com o tempo do transporte intrahospitalar, ou o fato do paciente estar com via aérea artificial e em uso de ventilação artificial.
- A gravidade dos danos associados aos eventos adversos na maioria das vezes é moderado e sem consequências sobre o tempo de permanência na UTI e no Hospital.[22] Entretanto, estudos mais recentes correlacionam a ocorrência de eventos adversos com um aumento do tempo de permanência na UTI e no Hospital.[5]
- Segundo Jia os eventos adversos relacionados aos pacientes podem ser categorizados pela gravidade das alterações que ocorrem nos sinais vitais e gasometria arterial. De acordo com esta gravidade o risco potencial durante o transporte intrahospitalar pode ser considerado Seguro, Urgente ou Crítico. Também podemos categorizar a potencial gravidade por algumas características clínicas enumeradas no **Quadro 8.** [5]

Quadro 8 - Risco potencial de desenvolver Eventos Adversos durante o transporte.

- Categorias de gravidade dos pacientes pela avaliação dos sinais vitais, alterações da gasometria arterial e características clínicas.

	Categoria 0 Seguro	Categoria 1 Urgente	Categoria 2 Crítico
Dados vitais			
Frequência cardíaca	**50-110**	**41-49 ou 111-129**	**≤ 40 ou ≥ 130**
Frequência Respiratória	**12-25**	**9-11 ou 26-29**	**≤ 8 ou ≥ 30**
Pressão Sistólica (mmHg)	**90-150**	**81-89 ou 151-179**	**≤ 80 ou ≥ 180**
SpO_2 (%)	**≥ 95**	**86-94**	**≤ 85**
Gasometria arterial			
pH	**7,35 – 7,45**	**7,16-7,34 ou 7,46-7,64**	**≤ 7,15 ou ≥ 7,65**
PaO_2 (mmHg)	**≥ 80**	**60-79**	**< 60**
$PaCO_2$ (mmHg)	**35-45**	**21-34 ou 46-50**	**≤ 20 ou ≥ 51**
HCO_3^- (mMol/L)	**22-27**	**11-21 ou 28-39**	**≤ 10 ou ≥ 40**
Lactato (mMol/L)	**< 2**	**2 - 4**	**>4**
Glicemia **mMol/L** **mg/dL**	**4,0 – 10,0** **71 - 180**	**2,8-3,9ou10,1-18,0** **50-70 ou 181-324**	**<2,8 ou > 18,0** **< 50 ou > 324**
Características clínicas			
Peso			**≥ 65Kg**
Uso prévio de sedação			**+**
APACHE II			**≥ 20**
Escala de Coma de Glasgow			**≤ 8**
Número de catéteres			**+**
Uso drogas vasoativas durante o transporte			**+**

Transporte de emergência			+
Via aérea artificial		+	
Ventilação Mecânica		+	
Transporte noturno		+	
Duração do transporte		+	
Múltiplos transportes do mesmo paciente		+	

Adaptado de: Jia[5]; Intensive Care Society[4]

- A garantia de segurança do transporte intra hospitalar pode ser melhorada com a adaptação de listas abrangentes para checagem antes, durante e depois da movimentação do paciente e inclui recomendações para organização da equipe, educação e treinamento no uso de equipamentos e materiais, checagem dos equipamentos e materiais, organização dos procedimentos e processos, comunicação entre os setores e a equipe envolvidos no transporte, preparo e uso da medicação.[7]
- Nenhuma transferência é tão urgente que valha a pena comprometer a segurança do paciente. A garantia de segurança do transporte depende da estabilização prévia do paciente, da antecipação dos riscos e das competências que serão exigidas da equipe durante o transporte. Antecipe, planeje, organize e execute o transporte com segurança.[4] ,

7. REFERÊNCIAS:

Adaptado de Urbano[1,3]; CITIN[13]; Japiassú[15]; Warren[14]; Rojas[26] , Adaptado de Urbano[3]; Fanara[8]; Droogh[6]; Brunsveld-Reinders[7] , Gullahorn G - Intrahospital Transport, em: Civetta J, Taylor R, Kirby R - Critical Care. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997;787-801. 02. Warren J, Fromm RE, Orr RA et al - Guidelines for the inter- and intrahospital transport of the critically ill patients. Crit Care Med, 2004;32:256-262. 03. Runcie CJ, Reeve WR, Wallace PG - Preparation of the critically ill for interhospital transfer. Anaesthesia, 1992;47:327-331.

ANEXOS:

Checklist – Transporte Seguro intra-hospitalar

Nenhuma transferência é tão urgente que valha a pena comprometer a segurança do paciente. A garantia de segurança do transporte depende da estabilização prévia do paciente, da antecipação dos riscos e das competências que serão exigidas da equipe durante o transporte. Antecipe, planeje, organize e execute o transporte com segurança.			**Hora de Saída**	**Hora de chegada**
1. Equipe Completa (Médico + Enfermeiro + Fisio + Técnico)	SIM ( )	NÃO ( )		
2. Paciente com estabilidade Hemodinâmica (Nora </= 0,3mcg/kg/min)	SIM ( )	NÃO ( )		
3. Monitorização Adequada (Monitor + Oximetria)	SIM ( )	NÃO ( )		
4. Ventilação Mecânica Adequada (Sincrônico + RASS < 5)	SIM ( )	NÃO ( )		
5. Bombas de Infusão funcionantes	SIM ( )	NÃO ( )		
6. Pressão arterial segura (PAS >= 100 mmHg ou PAM >= 65 mmHg	SIM ( )	NÃO ( )		
7. Paciente com estabilização prévia (>= 2h)	SIM ( )	NÃO ( )		
8 Paciente com saturação >= 88%	SIM ( )	NÃO ( )		
9. Comunicação com a UTI de destino e leito liberado	SIM ( )	NÃO ( )		
10. Houve intercorrências no percurso do transporte ?	SIM ( )	NÃO ( )		
OBSERVAÇÕES:				
Médico Destino: _____ Médico Transporte: _____				
Enferm. Transporte: _____ Fisio. Transporte: _____				

2.8 Trauma maxilofacial

Trauma Maxilofacial – classificação das lesões faciais
1. Tratamento imediato: lesões faciais que apresentam risco de morte (causando obstrução de via aérea ou hemorragia severa) ou com risco de perda de visão (causando aumento da pressão intraocular) e que demandam intervenções imediatas visando proteger a via respiratória, cessando a hemorragia, ou aliviando a pressão intraocular via cantólise
2. Tratamento necessário dentro de poucas horas: lesões faciais que estejam muito

Via respiratória (com proteção a coluna cervical)

Fraturas de corpo mandibular bilateral favoráveis ao deslocamento podem ocasionar obstrução de via respiratória por queda da musculatura lingual.

O que fazer?

O cirurgião Bucomaxilofacial deve estabilizar a fratura por meio de barras de erich + fio de aço ou por meio de odontossínteses

Esta manobra pode eliminar a necessidade de intubação endotraqueal

NOTA: Em pacientes com pontuação na Escala de Coma de Glasgow inferior a 15, a estabilização do arco mandibular nessas fraturas pode facilitar a respiração espontânea, excluindo a necessidade de intubação endotraqueal, o que permitirá avaliação neurológica adequada.

Trauma Maxilofacial - Circulação	
Face e pescoço são muito vascularizados. Atenção deve ser dada a todas as regiões.	
Couro cabeludo	Rico fornecimento vascular. Lacerações nessa região podem gerar grande sangramento.
	A hemostasia pode ser realizada com Clipes de Raney, grampos ou suturas
Nariz	**Traumas nasais e de terço médio de face podem evoluir rapidamente com sangramento de difícil contenção. Considerações sobre o controle do epistaxe consiste em:** – Proteger vias aéreas (traqueostomia ou intubação endotraqueal se necessidade, como em casos de perda de consciência) – Descartar coagulopatia
O que fazer?	
1. Tamponamento anterior: gaze padrão de meia polegada, umedecida com bacitracina ou vaselinada.	

Sangramento contido?	**sim:**	Deixar tampão por no máximo 48h. Se houver necessidade do tamponamento por mais de 48h, o mesmo deve ser trocado. Cobertura antibiótica pode ser realizada em casos complexos (fraturas expostas associadas com grandes lacerações).
	não:	Retirar o tamponamento anterior. Fazer tamponamento posterior primeiro: Sonda de Foley 14, 16 ou 18 com balão de 10ml; Em seguida fazer tamponamento anterior novamente.
Sangramento contido?	**sim:**	Deixar tampão por no máximo 48h. Se houver necessidade do tamponamento por mais de 48h, o mesmo deve ser trocado. Cobertura antibiótica pode ser realizada em casos mais complexos.
	não:	Procedimentos adicionais: – Radiologia e angiografia intervencionistas para embolização – Ligadura das artérias etmoidais anterior e posterior pela parede média da órbita ou em caso mais graves realizar a ligadura da artéria maxilar por via transantral

Cavidade oral => Se sangramento ativo e paciente consciente:

- Limpeza da cavidade e sutura de partes moles (se a etiologia for de partes moles);
- Limpeza da cavidade e contenção do arco mandibular com barra de erich + fio de aço (se a etiologia for óssea);

Se sangramento ativo e paciente inconsciente: Proteger via aérea antes da hemostasia antes de realizar as manobras descritas acima.

Revisão da Região Maxilofacial

Após a primeira abordagem emergencial descrita acima, uma revisão sistemática da região maxilofacial deve ser realizada conforme apresentado na tabela abaixo:

Sequência sugerida para realizar o exame do sistema de cabeça e pescoço em um paciente com Trauma Maxilofacial	
Região	**Sintomas**
Cabeça	**Dor de cabeça, náusea, vômito, perda de consciência após o trauma, fraqueza dos membros, dormência, tontura.**
Olhos	**Alteração da acuidade visual, visão dupla, dor, olho pulsante.**
Ouvidos	**Alteração da acuidade auditiva, zumbido nos ouvidos, histórico de corrimento ou sangramento dos ouvidos após o trauma, tontura, dor.**
Nariz	**Corrimento ou sangramento do nariz após o trauma, dor.**
Cavidade oral	**Alteração na mordida, dor, limitação na abertura bucal, sangramento, dentes faltantes como resultado do trauma.**
Pescoço	**Sensibilidade na região da coluna cervical, dor na garganta, alteração na voz, dor ao engolir.**
Nervos Cranianos	**Adormecimento ou fraqueza de uma área particular da face.**
Avaliação	

1. Tecido mole e couro cabeludo	**- Escoriações e contusões – higienização do ferimento e observação;**
	- Lacerações – Sutura. Dependendo do caso, antibiótico deve ser utilizado (lacerações complexas >5cm);
	- Avulsões – Retalhos.
2. Complexo naso-órbito-etmoidal (NOE)	**Fraturas nessa região serão acompanhadas de equimose e edema periorbitários e hemorragia subconjuntival;**
	Apresenta-se como depressão na ponte nasal, aumento da distância intercantal (telecantismo). Testes bimanuais e teste elástico devem ser feitos para inspeção de fratura NOE;
	NOTA: Devido as fraturas NOE também ocorrerem juntamente com fraturas da base do crânio, é importante procurar por quaisquer sinais de vazamento de líquido cefalorraquidiano (LCR).
	Boa iluminação, espéculo nasal e aspiração são essenciais para uma avaliação correta;
3. Nariz	**Avaliar primeiramente lesões em tecido mole. Lacerações devem ser suturadas. Hematoma septal deve ser drenado o mais breve possível, pois seu tratamento tardio pode levar deformações estéticas importantes;**
	Posteriormente os ossos nasais devem ser avaliados quanto a laterorrinia ou afundamentos, levando a um nariz em sela. Avaliar o nariz por cima do paciente e depois de frente para o mesmo;
	NOTA: muito cuidado deve ser dado a inspeção nasal, principalmente em traumas nasais associados a traumas NOE ou frontais, visto que o LCR pode ser mascarado quando

	associado a epistaxe.	
4. Órbita	Lesões orbitárias requerem cuidado especial visto que podem estar associadas a lesões do globo ocular. Desta forma uma sequência rigorosa das estruturas externas e internas a cavidade orbitária deve ser seguida, englobando sempre os seguintes itens:	**Pupilas (anisocoria, pupila de Marcus Gunn, pupilas irregulares, fixa ou dilatada;**
		Pálpebras (ptose, logoftalmo);
		Conjuntiva (hiperemia, quemose, hemorragia);
		Câmara anterior (hifema, abrasões, lacerações);
		Câmara posterior (hemorragia vítrea, deslocamento de retina);
		Distúrbios visuais (diminuição da acuidade visual);
		Diplopia (binocular, monocular);
		Pressão intraocular (diminuída ou aumentada);
		Tecido mole periorbital (telecanto, epífora);
		Posição do globo (hipoglobo, hiperglobo, exoftalmia, enoftalmia).
	Orelha	**Depressão da eminência zigomática (melhor visualizada em vista supero-inferior), crepitação, assimetria facial e equimose são sinais de fraturas do complexo zigomático;**

Área Zigomática		**Avaliar presença de sinal de Battle (equimose retroauricular + otorragia).**
	Maxila, Mandíbula e complexo Dento-alveolar	**A falta de dentes deve ser avaliada e se positiva, deve ser contabilizada. Radiografias A-P, lateral de tórax e abdominal podem ser feitas para descartar deglutição ou aspiração de dentes ou fragmentos ósseos;**
		Próteses dentárias móveis devem ser retiradas durante a inspeção;
		Equimose em vestíbulo oral fornecem fortes indícios de fraturas na região. Já equimose em soalho bucal é sinal patognomônico de fratura mandibular.
		Maloclusão, mordida aberta e toque prematuro dentário oferecem forte tendência a fraturas de maxila e/ou de mandíbula.
	Nervo Olfatório	**De difícil análise principalmente em pacientes não colaboradores ou com epistaxe. Caso possibilidade de avaliação deste, suspeitar de fratura de lâmina cribiforme.**
	Nervo Óptico	**Avaliado por meio da percepção luminosa e acuidade visual;**

Traumatismo de Nervos Cranianos	Nervo Oculomotor	**Lesão neste nervo leva as seguintes alterações: pupila midriática, ptose de pálpebra superior, limitação de movimento dos músculos reto superior, reto inferior, reto medial, oblíquo inferior;**
	Nervo troclear	**Lesão neste nervo leva a limitação do músculo oblíquo superior;**
	Nervo trigêmeo	**Parestesias em face (lábio inferior, região infra-orbital e supra-orbital, indicam danos aos ramos deste nervo;**
	Nervo abducente	**Lesão neste nervo leva a limitação de movimento do músculo reto lateral.**
	Nervo facial	**Geralmente associadas com lesões lacerantes de face. Deve-se solicitar que o paciente faça movimentação da musculatura da mímica (elevar a fronte, ocluir fortemente as pálpebras, protruir os lábios).**
	Nervo vestíbulo-coclear	**Distúrbios auditivos podem estar associados a lesão deste nervo.**

2.9 ABSCESSO ANORRETAL

1. DEFINIÇÃO

O abscesso é um processo agudo, onde há coleção purulenta acumulada em uma cavidade no tecido como reação a uma infecção ou material estranho. A fístula anal é uma patologia que, muitas vezes coexiste com abscesso anorretal. A relação patológica exata ainda não foi determinada, mas acredita-se que o abscesso anorretal é a forma aguda de uma fístula. O abscesso anorretal é uma condição cirúrgica comum, porém a incidência exata da doença não pode ser estimada uma vez que a maioria dos casos, não necessariamente resultam em hospitalização, como alguns de ruptura espontânea enquanto outros são tratados no consultório médico, sem toda a documentação oficial. O abscesso anorretal geralmente requer intervenção cirúrgica imediata. A compreensão da anatomia anorretal, conhecimento da fisiopatologia do abscesso anorretal, a identificação de possíveis patologias colorretais que podem contribuir para a presença de um abscesso, bem como, a identificação de possíveis casos complexos que podem exigir drenagem em hospital, são fundamentais a fim de obter uma resposta satisfatória ao tratamento, evitando consequências devastadoras.

2. OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, e organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de abscesso anorretal, com a melhor evidência científica disponível.

3. SIGLAS

Não se aplica.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação, enfermaria e centro cirúrgico.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

6. PROCEDIMENTO

6.1. FLUXOGRAMA

Importante: sempre colher material para cultura

Antibioticoterapia:

Ceftriaxone 2g 1x/dia e Metronidazol 500mg 8/8h - 7 dias

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

8. REFERÊNCIA

- Concise Oxford American Dictionary. New York: Oxford University Press, 2006:3.
- Vasilevsky CA, Gordon PH. Benign Anorectal: Abscess and Fistula. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, eds. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York:Springer, 2007:192–213.
- Fielding MA, Berry AR. Management of perianal sepsis in a district general hospital. J R Coll Surg Edinb 1992; 37(4):232–234.
- Rickard MJ. Anal abscesses and fistulas. ANZ J Surg 2005; 75(1–2):64–72.
- Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

9. ANEXOS E REGISTROS

Não se aplica.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	
	002	Mudança padrão documento	

11. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR	FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO	Coordenador cirurgia	
REVISÃO	Cirurgia geral	
APROVAÇÃO	Diretor técnico	

VALIDAÇÃO DA QUALIDADE

2.10 APENDICECTOMIA

1. DEFINIÇÃO

A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo, e portanto, a apendicectomia é a cirurgia de urgência mais comum no nosso meio. Tanto as técnicas de apendicectomia, quanto o tratamento local e sistêmico pode variar de acordo com o grau de evolução da doença.

O diagnóstico da apendicite aguda pode ser um desafio inclusive para médicos experientes. O atraso no tratamento do agravo resulta em complicações como peritonite localizada ou

difusa e consequente formação de abscessos, aumentando muito a morbidade, a mortalidade, a permanência hospitalar e os custos; financeiros e emocionais.

2. OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, a melhor sequência de recursos diagnósticos (laboratoriais e de imagens), bem como os materiais utilizados nesta enfermidade.

Organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de apendicite aguda, com a melhor evidência científica disponível.

3. SIGLAS

AINES: Anti-inflamatório não esteroide

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

FID – Fossa Ilíaca direita

OMA – Otite Média Aguda

US – Ultrassonografia

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Centro Cirúrgico.

5. RESPONSABILIDADE

- Médicos: cirurgião, auxiliar, anestesista, radiologista;
- Equipe de enfermagem.

6. PROCEDIMENTO

6.1. HISTÓRIA E EXAME FÍSICO

Podem ser suficientes para o diagnóstico, sem necessidade de complementação propedêutica, nos casos típicos: dor no quadrante inferior direito, dor periumbilical referida

no quadrante inferior direito, defesa localizada no quadrante inferior direito, náuseas, vômitos, anorexia.

Porém, nas localizações atípicas, nas faixas etárias extremas, nas mulheres jovens ou grávidas, nos imunossuprimidos e na apendicite aguda bloqueada, este diagnóstico pode se tornar bastante difícil, sendo necessário a observação, reavaliação clínica e laboratorial.

A propedêutica nos casos de suspeita de apendicite é hierarquizada em sequência de exames. Persistindo a dúvida após os primeiros resultados novos exames serão solicitados a fim de esclarecer o diagnóstico conforme a sequência:

- Exame de urina rotina: afasta diagnóstico de cistite/pielonefrite quando normal;
- Hemograma: leucocitose maior ou igual a 12.000 leucócitos/mm³ sugere apendicite aguda, quando associada a dor migratória em quadrante inferior direito;
- Radiografia: No abdome agudo a radiografia de abdome em decúbito dorsal e em ortostatismo, bem como a radiografia de tórax em PA, afasta outras causas de dor abdominal (suspeita de perfuração visceral ou síndromes obstrutivas intestinais, nefrolitíase, pneumonias de base, com irritação do diafragma);
- Ultrassonografia abdominal: Ajuda no diagnóstico e auxilia a descoberta do grau da apendicite: apêndice com diâmetro ≥ 6 mm, não compressível, presença de apendicolito, ausência de gás no interior, ausência de peristaltismo, alteração da gordura periapendicular e fluxo vascular aumentado no apêndice inflamado;
- Tomografia computadorizada: apêndice com diâmetro > 6 mm, densificação dos planos gordurosos ceco-apendiculares, apendicolito, ar extraluminar, abscesso local;
- Laparoscopia: pode ser diagnóstica e/ou terapêutica. É um exame invasivo que necessita de anestesia geral e portanto, fica reservado para os casos em que não se conseguiu esclarecimento diagnóstico com nenhum outro procedimento. Pode ser útil em pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva - para diferenciação de patologias ginecológicas – em obesos e em dúvidas diagnósticas.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

8. REFERÊNCIA

1 - Lally KP, Cox Jr. CS, Andrassy RJ. Apêndice, p. 1006-1018 In: Townsend Jr CM. Tratado de Cirurgia – Sabinston – 16ª edição Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2003.

2 - Portari Filho PE, Avvad E. Apendicite Aguda, p 1091-1101 In: Petroianu A. Urgências Clínico Cirúrgicas Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002.

3 - Schwartz SI. Apendicite Aguda, p. 1185-1196 In: Schwartz SI Princípios de Cirurgia – 6ªedição Ed. Interamericana, McGraw-Hill, México 1996.

4 - Fisher CA,Pinho MS, Ferreira S et al em: Apendicite aguda: existe relação entre o grau evolutivo, idade e o tempo de internação?. Rev.Col.Bras.Cir.vol.32 no.3.Rio de Janeiro,mai/jun 2005.

5 - Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

9. ANEXOS E REGISTROS

Não se aplica.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	
	002	Mudança padrão documento	

11. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR	FUNÇÃO	ASSINATURA

ELABORAÇÃO Coordenador cirurgia

REVISÃO Cirurgia geral

APROVAÇÃO Diretor técnico

VALIDAÇÃO DA QUALIDADE

2.11 ASMA

1. DEFINIÇÃO

A asma aguda é uma importante causa de procura aos serviços de pronto atendimento e de internações hospitalares, podendo evoluir para o óbito. Mesmo com a conscientização progressiva dos profissionais em relação ao tratamento preventivo, a terapia de resgate é o tratamento mais frequentemente administrado nestes pacientes.

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hipersensibilidade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. Manifesta-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, à noite e pela manhã ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos, irritantes e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas.

2. OBJETIVO

Estabelecer um protocolo de tratamento da crise aguda de asma em pacientes pediátricos através de avaliação clínica e terapêutica adequadas;

Consolidar a necessidade de uma orientação efetiva na alta da criança;

Evitar retornos desnecessários ao serviço de atendimento de urgência.

3. SIGLAS

ß2 – Medicação Beta 2 – agonista;

ESP – Espaçador para inalação;

FIO2 - Fração inspirada de Oxigênio

O2 - Oxigênio

PaCO2 – Pressão Arterial de Gás Carbônico;

PO2 - Pressão parcial de oxigênio

SAT O2 – Saturação Arterial de Oxigênio;

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação e enfermaria.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

Escore Clínico de Downs e Wood

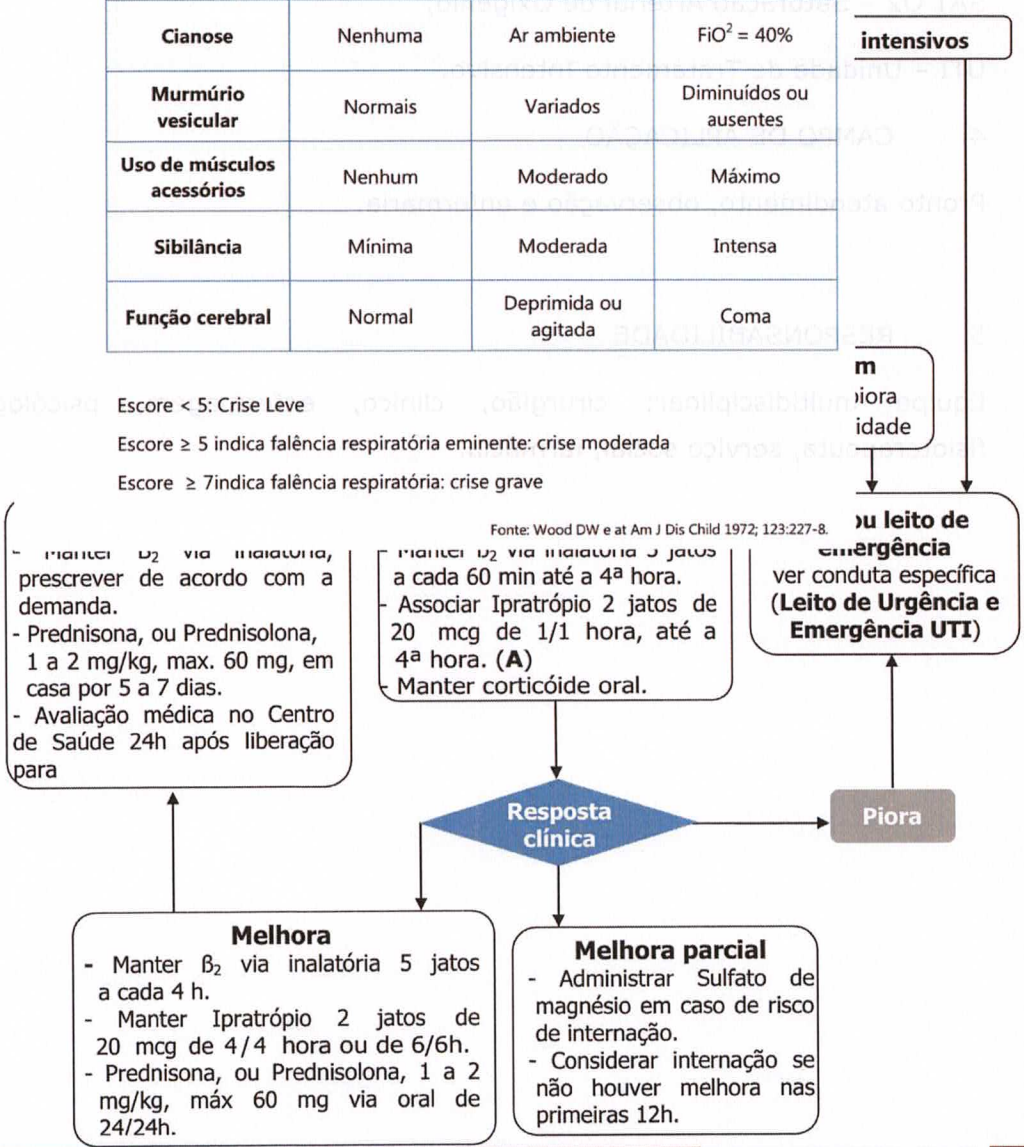
Escore Clínico para Quantificar Gravidade da Crise de Asma			
Parâmetro	**0**	**1**	**2**
Cianose	Nenhuma	Ar ambiente	FiO^2 = 40%
Murmúrio vesicular	Normais	Variados	Diminuídos ou ausentes
Uso de músculos acessórios	Nenhum	Moderado	Máximo
Sibilância	Mínima	Moderada	Intensa
Função cerebral	Normal	Deprimida ou agitada	Coma

Escore < 5: Crise Leve

Escore ≥ 5 indica falência respiratória eminente: crise moderada

Escore ≥ 7indica falência respiratória: crise grave

Fonte: Wood DW e at Am J Dis Child 1972; 123:227-8.





6. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

7. REFERÊNCIA

1. Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

2. Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma 2012 Jornal Brasileiro de Pneumologia. v 38, Suplemento1, p. S1 – S46, Abril 2012.

3. Sole, Dirceu. Asma Aguda na Criança: Aspectos Práticos 2005.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Padronização de modelo	
	002	Mudança padrão documento	

9. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR	FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO	Coordenador cirurgia	
REVISÃO	Cirurgia geral	
APROVAÇÃO	Diretor técnico	

VALIDAÇÃO DA QUALIDADE

2.12 CÓLICA URETERAL

INTRODUÇÃO

Litíase renal é uma doença frequente que acomete mais homens que mulheres (atualmente em proporção inferior a 2:1) e pode estar localizada nos rins, ureter, bexiga e uretra. A recorrência da litíase renal é comum e aproximadamente 50% dos pacientes apresentarão

um segundo episódio de litíase, após 5 a 10 anos do primeiro, se não forem submetidos a nenhum tipo de tratamento.

2. OBJETIVO

Consistem em indicar a abordagem imediata da cólica renal, identificar os melhores meios de diagnóstico, assim como apresentar a abordagem diferida num doente com cólica renal por litíase ureteral.

3. SIGLAS

EAS - Elementos anormais e sedimentos

EV - Endovenoso

ITU - Infecção do trato urinário

RX - Radiografia

TC - Tomografia computadorizada

USG - Ultrasonografia

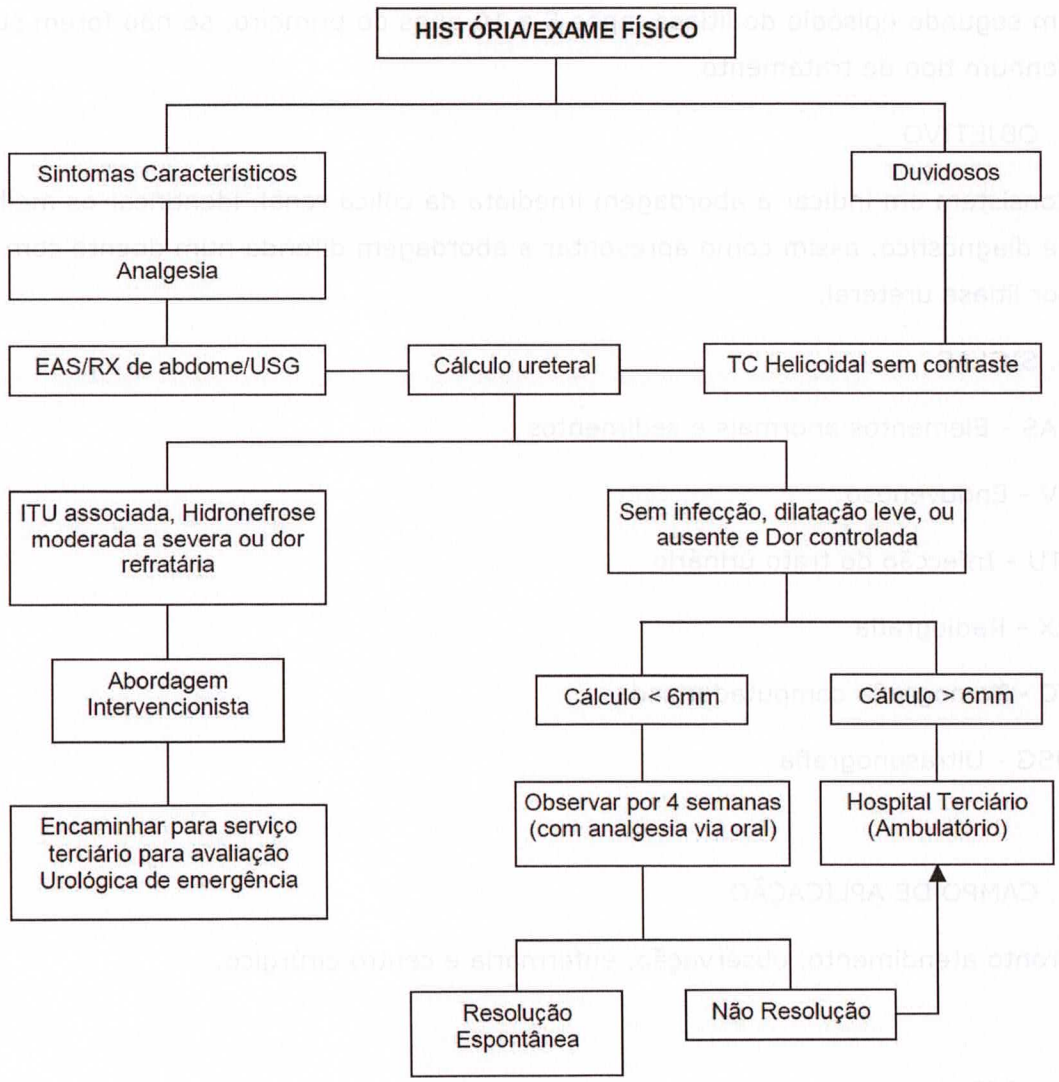
4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação, enfermaria e centro cirúrgico.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

6. FLUXOGRAMA



O tratamento inicial é o controle da dor que pode ser iniciado da seguinte forma:

- Dipirona 03 mL

EV - Hioscina 02 mL

- Tenoxicam 40mg

Antieméticos podem ser adicionados a este esquema.

Quando não for conseguida resposta adequada deve ser associado opióide.

Nos casos de cálculos < 6 mm sem infecção ou dilatação, nos quais será tentado o tratamento conservador, pode ser prescrito hioscina associada à dipirona e um anti-inflamatório não esteróide por via oral.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

8. REFERÊNCIA

1. Abordagem diagnóstica e terapêutica da Cólica Renal por Litíase Urinária FMUC 2014.

2. Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR

11. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO	Dinoel C. Guimarães Filho	Coordenador cirurgia	
REVISÃO	Guilherme S. R. Goyano	Cirurgia geral	
APROVAÇÃO	Roberval G. Miranda	Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.13 CONTENÇÃO FÍSICA DOS PACIENTES EM QUADRO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA

1 - DEFINIÇÃO

A contenção física se refere ao uso de mecanismos mecânicos ou manuais para restringir a movimentação do paciente quando este oferece riscos para si ou para terceiros. Trata-se de uma conduta excepcional que deve ser cercada de todos os cuidados, para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível e com o mínimo de interferência no tratamento/Projeto Terapêutico.

Para a decisão do uso ou não da contenção física no paciente psiquiátrico é imprescindível que seja realizada uma avaliação rigorosa e global da situação deste, baseada no julgamento clínico bem fundamentado, nas consequências e riscos para o paciente e a equipe assistencial e sob prescrição médica, com o envolvimento da equipe multidisciplinar, do paciente e quando possível, da família. A utilização deste procedimento não deverá ocorrer como punição ou intimidação de pacientes.

2 - OBJETIVO

• Orientar os profissionais de saúde sobre as opções terapêuticas que devem anteceder a indicação de contenção física;

• Indicações, condições e técnica adequada de procedimento da contenção física;

• Proteger os pacientes e a equipe assistencial contra lesões e traumas garantindo a manutenção do tratamento do paciente;

• Prevenir eventos como quedas, ferimentos e contaminação e/ou deslocamento de dispositivos como sondas, catereres, drenos, etc;

• Preservar a integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e da equipe assistencial e o patrimônio da instituição;

• Realizar o procedimento de forma humanizada.

3 - SIGLAS

MMSSII - Membros Superiores e Inferiores;

MMII - Membros Inferiores;

MMSS - Membros Superiores;

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar.

4 - CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto Socorro, observação, enfermaria e centro cirúrgico

5 - RESPONSABILIDADE

Equipe médica e de enfermagem treinada para abordagem, realização e monitorização do procedimento;

6 - MATERIAL

. Algodão

. Faixas

. Lençóis

. Travesseiros

7 - PROCEDIMENTO

Psiquiátricas e Clínicas

• Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a terceiro e que não responderam às intervenções verbais e medicamentosas (menos restritivas)

• Pacientes em risco de fuga e auto-extermínio;

• Imobilização para prevenção de quedas após sedações ou quadros de confusão mental;

• Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;

• Por solicitação do próprio paciente e/ou família para garantir diagnóstico e tratamento;

• Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou demenciados, drogados ou em síndromes de abstinência;

• Nos casos de agitação pós-operatória;

• Para alguns tipos de exames ou tratamentos;

• Nos casos de pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos, etc.

Técnica para a contenção física:

a. A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes além do patrimônio da instituição. Considerado um evento sentinela será monitorado na unidade pelo preenchimento do Registro de

Contenção Física. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na discussão pelas equipes assistenciais e dos serviços de urgência/emergência da necessidade e tal procedimento para cada paciente numa dada circunstância e suas consequências no tratamento/Projeto Terapêutico Individual do mesmo;

b. Compete ao médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem comunicar o paciente, os familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção física;

c. A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado não ultrapassando 2 horas;

d. Nos casos de agitação/agressividade, risco de fuga ou de auto-extermínio determina-se o condutor do processo, de preferência o profissional de referência para o paciente ou alguém experiente. Este é o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;

e. É um procedimento realizado pela equipe assistencial, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento;

f. Realização da contenção em 4 a 5 pontos do corpo da seguinte forma:

Contenção de tórax:

- Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama (cuidado para evitar lesões de estiramento do braço e não restringir movimentos respiratórios.

Contenção do abdome:

- Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;
- Colocar um dos lençóis sobre o abdome e o outro sob a região lombar;

• Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;

• Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama. Cuidado para não comprimir vísceras.

Contenção dos joelhos:

• Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;

• Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;

• Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama. Cuidado com garroteamento.

Contenção de punhos e tornozelos - MMSS E MMII:

• Utilizar faixa própria para conter pacientes, confeccionada no Hospital;

• Pegar as pontas pelos dois centros;

• Formar com as mesmas um laço com nó;

• Fixar as pontas da faixa no estrado da cama. Cuidado com garroteamento.

Contenção das mãos - Luva ou Mitene:

• Colocar o algodão na parte interna das mãos;

• Fechar a mão do paciente;

• Proceder ao enfaixamento com crepom;

• Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem. Manter elevação da cabeceira da cama em todas as situações a fim de evitar aspiração de vômitos e em especial:

• Pacientes em quadro de confusão mental;

• Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias. Avaliar nesses casos a possibilidade de conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI).

Monitoramento

• Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, avaliação do local da contenção (dor, calor, edema e ferimento) no ato da contenção, a cada 30 minutos e no ato da retirada da contenção, registrando os dados no Registro de Contenção Física.

• A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (hora da contenção, dados vitais, ocorrência de eventos adversos, cuidados prestados e hora da retirada da contenção)

Registros:

• Formulário deve estar disponível em todos os postos de Enfermagem da Unidade;

• Anotação da enfermagem;

• Prescrição médica;

8 - AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

9 - REFERÊNCIA

1. Araujo EM. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(2):94-98.

2. Bernik W, Gouvea FS, Lopes,K.V. Agitação psicomotora: Revisão. Revista Brasileira de Medicina.2010 agosto.;67(8):289-295.

3. Botega NJ. et al . Prevenção do comportamento suicida.Psico.2006.;37(3).

4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>, acesso em: 13/06/2011.

7. GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002. D

8. LEI 10.216 DE 2001. D

10 - ANEXOS E REGISTROS

Não se aplica.

11 - HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	000	Elaboração	
	002	Mudança padrão documento	

12 - APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO		Coordenador cirurgia	
		Cirurgia geral	
APROVAÇÃO		Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.14 DIVERTICULITE AGUDA

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a incidência da moléstia diverticular do cólon e de suas complicações tem aumentado. Durante esse período o número de publicações a respeito do tema se expandiu, bem como as opções terapêuticas. Apesar disso, muitas dúvidas persistem e as decisões terapêuticas continuam relativamente imutadas, baseadas muitas vezes em dados antigos e de baixo poder estatístico.

OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, a melhor sequência de recursos diagnósticos (laboratoriais e de imagens). Organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de diverticulite aguda, com a melhor evidência científica disponível.

SIGLAS

USG - Ultrasonografia

TC - Tomografia computadorizada

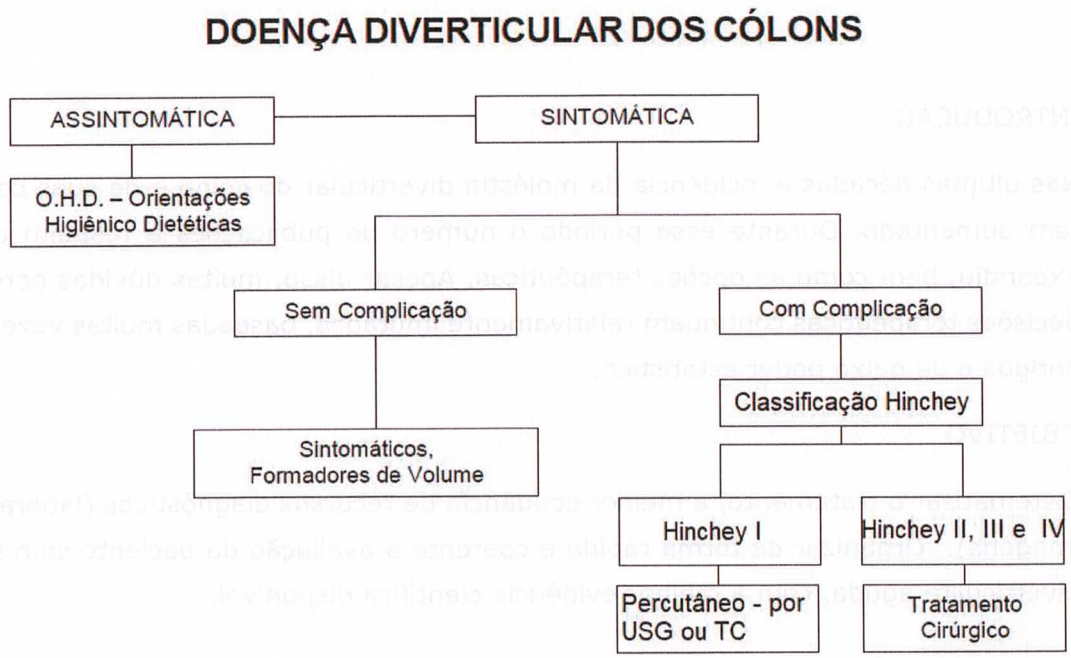
CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação, enfermaria e centro cirúrgico.

RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

FLUXOGRAMA



Classificação de Hinchey.

I Abscesso pericólico ou flegmão

II Abscesso intra-abdominal ou retroperitoneal

III Peritonite purulenta

IV Peritonite fecal

Diverticulite	Ceftriaxone 2 g 1x/dia + Metronidazol 500 mg 8/8 h ou Gentamicina 240 mg 1x/dia + Metronidazol 500 mg 8/8 h	Mínimo 5 dias, até 72 h sem sinais de infecção

Procedimento cirúrgico de urgência

Retossigmoidectomia a Hartmann

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

REFERÊNCIA

1- Etzioni DA, Mack TM, Beart RW Jr, Kaiser AM. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. Ann Surg. 2009 Feb;249(2):210-7.

2- Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. Br Med J. 1969 Dec 13;4(5684):639- 42.

3- Kang JY, Melville D, Maxwell JD. Epidemiology and management of diverticular disease of the colon. Drugs Aging. 2004;21(4):211-28.

4 - WGO Practice Guidelines Doença Diverticular, 2007.

HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	
	002	Padronização documento	

APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO		Coordenador cirurgia	
REVISÃO		Cirurgia geral	
APROVAÇÃO		Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.15 DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA

INTRODUÇÃO

Doenças Cerebrovasculares (DCV) ou Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), são enfermidades freqüentemente atendidas nas Unidades de Emergência. No Brasil as DCV representam a primeira causa de morte, segundo as estatísticas do SUS.(Mortal. por DCV - 71 / 100.000 hab.) No mundo ocidental, correspondem à terceira causa de morte, a maior determinante de invalidez e a segunda doença causadora de demência. A mortalidade por DCV caiu acentuadamente no século XX, com maior queda nas décadas de 70 e 80. Entretanto, no final do século passado as taxas de incidência e mortalidade por DCV se mantiveram praticamente inalteradas. O percentual de morte por DCV em pacientes hospitalizados varia de acordo com a assistência médica. No Brasil, em alguns hospitais onde existe serviço de neurologia organizado, as taxas de letalidade assemelham se às dos melhores centros do mundo (HSR-BA = 9% incluindo hemorragias cerebrais). Todavia, essa não é a realidade na maioria dos hospitais brasileiros.

O atendimento inicial é fundamental para o prognóstico. O ideal seria que fosse por neurologista experiente, logo nas primeiras horas. Nessas circunstâncias pode-se até utilizar trombolíticos para casos selecionados.

Infelizmente a maioria dos pacientes chega à emergência muitas horas ou dias após o AVC. Acidentes Vasculares Cerebrais podem ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto são muito mais freqüentes em indivíduos acima de 65 anos e a prevalência aumenta significativamente a cada década. Idade avançada é, pois, considerada um importante fator de risco.

Existem dois tipos de AVC, a saber: 1- Hemorrágico – geralmente causado por hipertensão arterial, ruptura de aneurismas, malformações arteriovenosas, vasculites, vasculopatias e discrasias sangüíneas e 2 - Isquêmico – causado por tromboembolismo arterial decorrente de embolias cardiogênicas ou de grandes vasos (ex.aorta, carótidas, vertebrais), oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos (hipotensão arterial grave) e coagulopatias. No jovem, outras causas como vasculites, dissecção vascular, distúrbios da coagulação, enxaquecas e cardiopatias congênitas são mais freqüentes. Trombose venosa e dos seios intracranianos podem ocorrer em situações de hipercoagulabilidade (ex. gravidez e puerpério, desidratação e infecção) e por outros distúrbios hematológicos.

O diagnostico de AVC é baseado na história clínica, que se caracteriza por um déficit neurológico súbito, no exame físico e nos exames complementares. Os sinais de alerta mais importantes são os seguintes: hemiparesia; hemihipoestesia; parestesias; alterações mentais, da linguagem, da memória, da fala, do nível de consciência, visuais ou de outros órgãos dos sentidos; tonturas, vertigens; desequilíbrio; distúrbios da marcha e cefaléia forte especialmente com vômitos. Chamam-se TIA/AIT (Acidentes Isquêmicos Transitórios) os casos de déficit neurológico também súbito de origem vascular que se resolvem completamente e espontaneamente em menos de 24 horas. Nessas circunstâncias a conduta para o diagnóstico deve ser semelhante à do AVC completamente estabelecid Além da idade avançada, os fatores de risco mais importantes para DCV são hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, distúrbios da coagulação, doenças hematológicas, fumo, álcool em excesso, drogas ilícitas e dislipidemias. É fundamental que diante de uma suspeita de DCV se investigue o diagnóstico diferencial (ex. hipoglicemia e outros distúrbios metabólicos e tóxicos do SNC; crises epilépticas; enxaquecas;

esclerose múltipla; neoplasias; encefalites e trauma). É imperativo que nos casos de DCV chegue-se a um diagnóstico do tipo e subtipos etiológicos para que o tratamento seja adequado.

OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, e organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de doença cerebrovascular na urgência, com a melhor evidência científica disponível.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto atendimento, observação, enfermaria.

RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

ELEMENTOS TEÓRICOS

O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica. A visão fatalista do AVC foi definitivamente substituída pela evidência concreta de que hoje é possível reduzir o déficit neurológico na fase aguda e prevenir eficazmente a ocorrência de novos eventos vasculares. O papel do emergencista nesse aspecto é crucial, pois a pronta estabilização do doente e o início precoce da investigação etiológica são determinantes no prognóstico final.

Como qualquer emergência médica, a abordagem inicial do paciente com AVC passa pelo ABC da reanimação.

Hipoxemia refratária a oxigênio suplementar, rebaixamento do nível de consciência e inabilidade de proteção das vias aéreas são indicações de intubação orotraqueal. Um acesso venoso calibroso e exames laboratoriais devem ser obtidos (Tabela 1).

Tabela 1: Exames complementares iniciais na DCV

Hemograma completo, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, tipagem sanguínea, velocidade de hemossedimentação, tomografia computadorizada do crânio sem contraste, RX de Tórax e ECG.

O tratamento da hipertensão arterial, embora benéfico na fase subaguda como medida de prevenção secundária, pode ser deletério na fase aguda. O aumento da pressão arterial nesta fase pode ser uma forma compensatória para aumentar o fluxo sangüíneo na área de isquemia cerebral. A correção para níveis de pressão arterial normal está relacionada a pior evolução clínica.

Por isso, o consenso é não tratar a hipertensão arterial nos primeiros 10 dias do AVC isquêmico exceto em casos de hipertensão extrema (> 220x120mmHg) ou de lesão aguda de órgão-alvo (insuficiência coronariana aguda, dissecção aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão). Medicações para controle da hipertensão utilizadas previamente ao evento, podem ser mantidas. No caso do AVC hemorrágico pode-se reduzir cautelosamente a pressão arterial para níveis abaixo de 180x110mmHg. Nesse caso, dá-se preferência a drogas intravenosas de curta ação, que podem ser suspensas em caso de deterioração neurológica (Tabela 2).

Tabela 2: Anti-hipertensivos na DCV aguda.

Agentes intravenosos: nitroprussiato de sódio, esmolol, metoprolol, enalaprilato. Agentes orais: inibidores da ECA (captopril, enalapril, perindopril).

Após a estabilização do paciente, a prioridade é identificar a etiologia da DCV. Esta etapa é fundamental, pois define as escolhas terapêuticas. Dados simples da história e exames complementares iniciais podem ser úteis nessa definição (Tabela 3). Uma tomografia computadorizada (TC) do crânio deve ser realizada o mais precocemente possível para afastar hemorragia, outros diagnósticos (por exemplo, hematoma subdural) e identificar sinais precoces de isquemia cerebral.

Tabela 3: Pistas sugestivas para diagnóstico etiológico da DCV Isquêmica.

	EMBÓLICO	ATEROSCLEROSE DE GRANDES ARTÉRIAS	OCLUSÃO PEQUENAS ARTÉRIAS	OUTROS (E.G. VASCULOPATIAS E COAGULOPATIAS)
História	Déficit desproporcionado máximo no início; afasia isolada e súbita; cegueira cortical; Cardiopatia dilatada; Fibrilação atrial; Valvulopatia mitral; IAM prévio.	Déficit desproporcionado flutuante; HAS, DM, tabagismo, dislipidemias, obesidade.	Déficit sensitivo ou motor proporcionado isolado sem perda cognitiva; HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, obesidade.	Paciente jovem, história pessoal e familiar de tromboses, trauma, infecção recente; cervicalgia.
Exames complementares	ECG: fibrilação atrial; TC: infarto cortical.	Sopro carotídeo; TC: infarto cortical.	TC: infarto pequeno subcortical até 1,5cm.	Arteriografia, VHS, provas de coagulação, alteradas.

Pistas para o diagnóstico etiológico das hemorragias cerebrais (HCE).

Hipertensão Arterial (HAS)	Malformações arteriovenosas (MAV) e Aneurismas	Distúrbios da coagulação – Tromboses de seios	Outras causas inclusive vasculites, infecções, intoxicações neoplasias.	Trauma
HAS, síndrome nefrótica, órgãos-alvos atingidos.	HAS fumo, Alcoolismo, hereditariedade.	.Uso de anticoagulantes Gravidez puerpério	Qualquer faixa etária inclusive crianças e idodos.	História de trauma, cirrose hepática
Hemorragia em núcleos da base, tronco cerebral e cerebelo. Hemorragias intraventriculares. Diagnóstico por TC de crânio	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	HCE atípicas inclusive corticais e podem ser múltiplas, uni ou bilaterais. Quadros mais leves, Doenças sistêmicas. Diag = TC e RMN e biópsia.	Hematomas sub e, extradurais, Eventualmente intraparenquimatosos múltiplos.

Obs.: incluímos as traumáticas para o diagnóstico diferencial.

A administração de Heparina é instituída com intuito de prevenir a recorrência precoce de embolia ou a progressão de um trombo local. Portanto, o consenso é considerar heparinização plena (1.000UI/hora inicialmente, mantendo TTPA 1,5 a 2X o valor normal) nos casos de DCV isquêmica por embolias cardiogênicas, coagulopatias,

dissecção arterial ou nos casos de piora progressiva do déficit neurológico sugerindo trombose em atividade. Deve-se ter cuidado, entretanto, nos casos de infartos extensos, onde o potencial de transformação hemorrágica pode sobrepujar o benefício da anticoagulação. Nesses casos, deve-se aguardar 48 horas para decisão terapêutica após nova TC. Nos demais casos, heparina subcutânea (5.000-7.500UI de 12/12 horas) ou Heparina de baixo peso molecular devem ser administrados como profilaxia de trombose venosa profunda.

Antiplaquetários devem ser considerados nos demais pacientes onde não haja indicação ou haja contra-indicação para anticoagulação (ou seja, DCV isquêmica por aterosclerose de pequenos ou grandes vasos que não estejam piorando agudamente, ou DCV de causa desconhecida). A escolha inicial é a aspirina por haver dados concretos na literatura quanto à sua eficácia na fase aguda. A Aspirina deve ser iniciada o mais precocemente possível. Embora haja controvérsia quanto à dose, utilizamos rotineiramente 325mg ao dia. Nos casos de intolerância ou alergia à Aspirina, podem ser utilizados: o clopidogrel (75mg/dia) ou Ticlopidina (500mg/dia).

Manitol é medicação eficaz no controle da hipertensão intracraniana (HIC). Os efeitos colaterais desta droga incluem distúrbios hidroeletrolíticos, desidratação, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial e hipotensão arterial. Dessa forma, o Manitol só deve ser utilizado, com critério, na vigência de sinais clínicos (papiledema, anisocoria, rebaixamento progressivo de consciência) e/ou tomográficos de HIC e não indistintamente em DCV.

Como medida extrema podemos recorrer à craniectomia descompressiva em casos de hérnias transtentoriais decorrentes de HIC. Hipertensão intracraniana ocorre, com freqüência, em hemorragias volumosas ou no 3º-5º dia de infartos extensos.

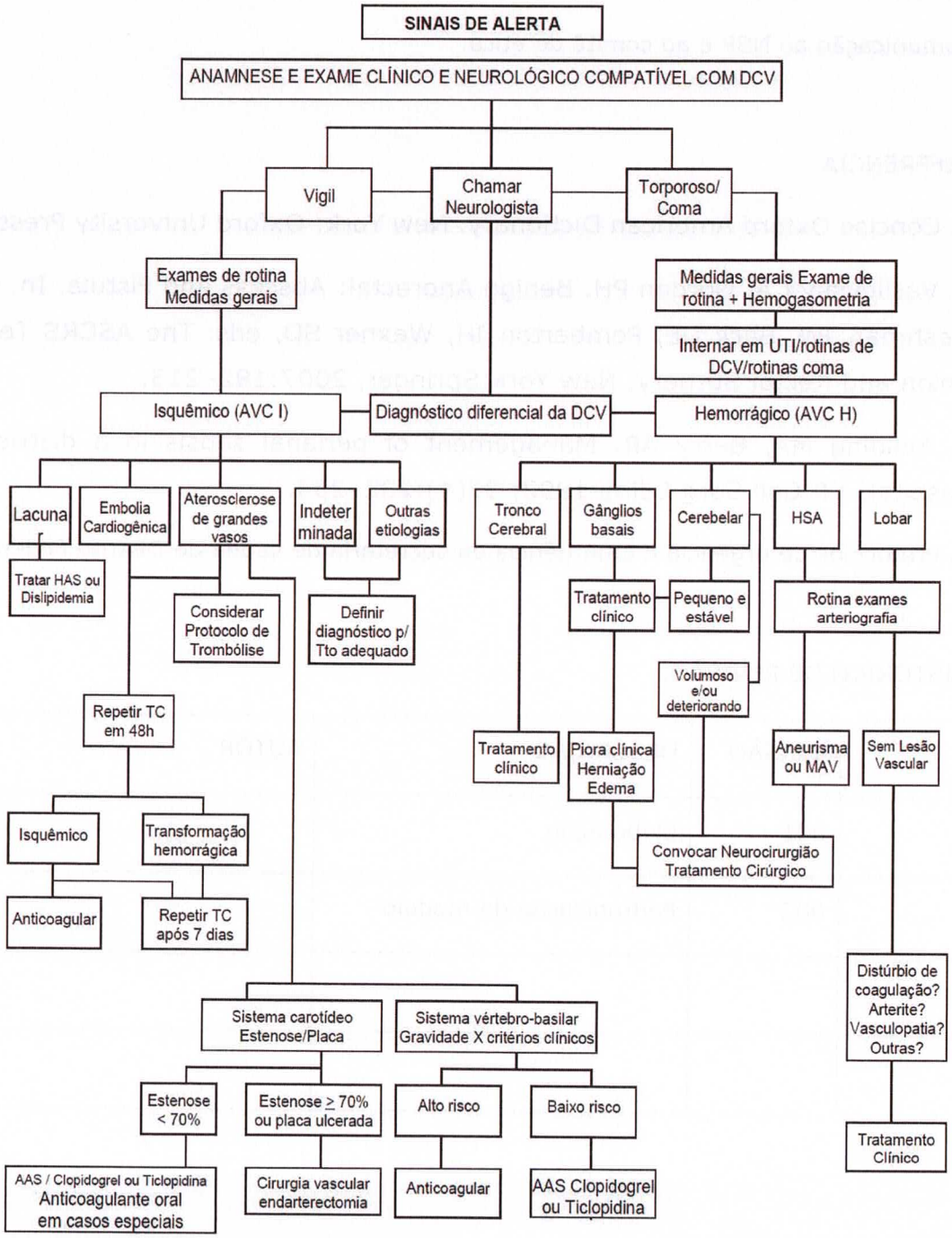
Cirurgia é opção terapêutica em hemorragia subaracnóidea (clipagem de aneurisma cerebral), em casos de hemorragias cerebelares volumosas ou infartos cerebelares extensos e também em alguns casos de hidrocefalia secundária. A grande maioria dos casos de hemorragia intraparenquimatosa não necessita de cirurgia. Na profilaxia de DCV isquêmica por aterosclerose extracraniana, a endarterectomia carotídea reduz substancialmente o risco de DCV recorrente. Sua indicação deve ser considerada em pacientes sintomáticos (imediatamente após um ataque isquêmico transitório ou após 4-6 semanas de um AVC isquêmico instalado) com estenose acima de 70% e em alguns assintomáticos ou com estenose menores, selecionados criteriosamente por neurologista experiente.

Febre e hiperglicemia aumentam o grau de lesão no tecido cerebral isquêmico. Quando presentes, ambos devem ser tratados agressivamente (i.e., antitérmicos, medidas físicas de resfriamento e insulina de demanda).

Corticóides aumentam o risco de infecções, hiperglicemia e hemorragia digestiva sem afetar a evolução clínica da DCV hemorrágica ou isquêmica. Quando ocorre edema cerebral sintomático as opções são hiperventilação, Manitol ou diurético de alça. A única indicação de corticosteróide em DCV é para tratar vasculite do SNC.

Até o momento, nenhum estudo demonstrou efeito benéfico de neuroprotetores para DCV isquêmica.

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR (DCV) AGUDA



AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

REFERÊNCIA

1. Concise Oxford American Dictionary. New York: Oxford University Press, 2006:3.

2. Vasilevsky CA, Gordon PH. Benign Anorectal: Abscess and Fistula. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, eds. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York:Springer, 2007:192–213.

3. Fielding MA, Berry AR. Management of perianal sepsis in a district general hospital. J R Coll Surg Edinb 1992; 37(4):232–234.

4. Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	
	002	Padronização de modelo	

APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO		Coordenador cirurgia	
REVISÃO		Cirurgia geral	
APROVAÇÃO		Diretor técnico	
VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.16 FECALOMA

INTRODUÇÃO

O fecaloma resume-se em uma grande massa de fezes endurecidas localizadas no reto e, em certos casos, no colón sigmóide, que causa uma obstrução crônica do trânsito intestinal, podendo ocasionar megacólon ou constipação crônica.

Algumas moléstias, como a doença de Chagas, doença de Hirschsprung e certos danos ao sistema nervoso autônomo na mucosa intestinal podem levar a formação de fecalomas de grandes proporções. Dentre outras causas estão os hábitos intestinais deficientes, falta de atividade física, desidratação, dieta inadequada (pobre na ingestão de líquidos, principalmente), uso de fármacos que induzem a constipação ou uma limpeza intestinal insuficiente após realização de enema baritado ou ingestão de bário para realização de exames radiográficos.

A remoção dessa massa pode ser feita por meio de lavagens de limpeza, uso de supositórios, laxantes e em último caso, quando nada surte efeito, pode ser feita a remoção manual. Este último é contra-indicado durante o período gestacional; depois de procedimentos cirúrgicos reconstrutivos retais, geniturinários, abdominais, perineais ou ginecológicos; em indivíduos

com infarto do miocárdio, insuficiência coronária, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, bloqueio cardíaco e síndrome de Stokes-Adams que não é tratada com marcapasso; e nas situações de pacientes com sangramento gastrointestinal ou vaginal, hemorróidas, pólipos retais ou problema envolvendo as células sanguíneas.

OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, e organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com fecaloma.

CAMPO DE APLICAÇÃO

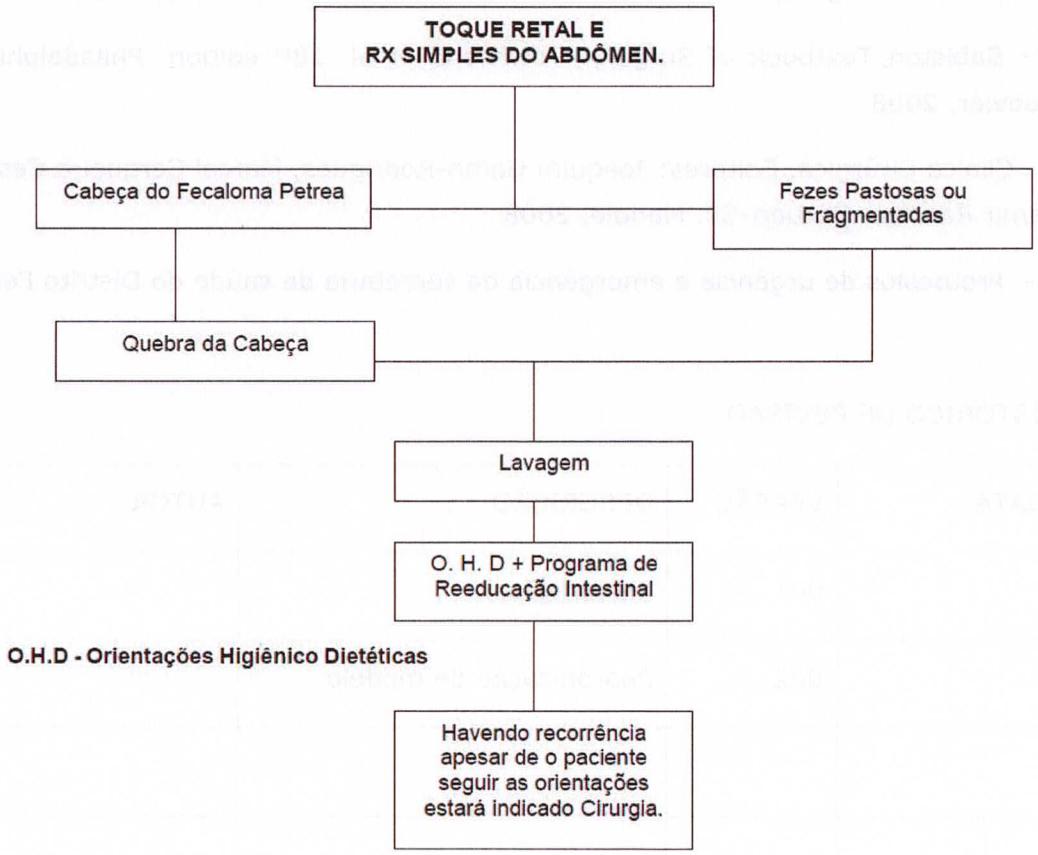
Pronto atendimento, observação, enfermaria e centro cirúrgico.

RESPONSABILIDADE

Equipe multidisciplinar: cirurgião, clínico, enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, serviço social, farmácia.

FLUXOGRAMA

FECALOMA



O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

*** A Cirurgia sérá aquela em que o serviço tenha maior experiência.**

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicação ao NSP e ao comitê de ética.

REFERÊNCIA

1 - PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR SMALL BOWEL OBSTRUCTION EAST Practice Parameter Workgroup for Management of Small Bowel Obstruction, 2007

2 - Sabiston Textbook of Surgery. Townsend et al. 18th edition. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2008

3 - Clinica Cirúrgica. Editores: Joaquim Gama-Rodrigues, Marcel Cerqueira Cesar Machado, Samir Rasslan- Barueri-SP. Manole, 2008

4 - Protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do Distrito Federal, 2006.

HISTÓRICO DE REVISÃO.

DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO	AUTOR
	001	Elaboração	
	002	Padronização de modelo	

APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

AUTOR		FUNÇÃO	ASSINATURA
ELABORAÇÃO		Coordenador cirurgia	
REVISÃO		Cirurgia geral	
APROVAÇÃO		Diretor técnico	

VALIDAÇÃO DA QUALIDADE			

2.17 PROTOCOLO CRISE CONVULSIVA – PRONTO SOCORRO

PROTOCOLO CRISE CONVULSIVA - PRONTO SOCORRO

ESTABILIZAR O PACIENTE
MONITORIZAR SINAIS VITAIS E TEMPO DE CRISE
OXIGÊNIO NASAL OU MÁSCARA, INTUBAÇÃO SE NECESSÁRIO
MONITORIZAR ECG
HGT - CORRIGIR SE NECESSÁRIO
ACESSO VENOSO
LABORATÓRIO (HEMOGRAMA, ELETRÓLITOS, UREIA, CREATININA, CPK, TGO, TGP, CALCIO)
DIETA ZERO ATÉ AVALIAÇÃO FONO
SOLICITAR TC CRÂNIO (PRIMEIRA CRISE OU CRISE PROVOCADA -EX:TCE)

DIAZEPAM EV 0,15 MG/KG (MÁX 5 MG/MIN)
OU
MIDAZOLAM IM 10 MG (ADULTOS) OU 5 MG (CRIANÇAS A PARTIR DE 13 ANOS)
OU
FENITOÍNA EV 10 A 15 MG/KG (MÁXIMO 50 MG/MIN)

OBS: Se crise única não provocada ou paciente previamente epiléptico (exceto estado de mal convulsivo) não necessita internação. Encaminhamento ao neurologista, pedido EEG e RNM de crânio.

OBS: Crises provocadas: são aquelas geradas por insulto cerebral agudos acarretando alteração na atividade cortical. Ex: AVC, hematoma Subdural, TCE, abscesso, meningite, encefalites. Paciente epiléptico prévio conferir se uso correto das medicações, troca de medicamento, troca de laboratório ou em ajuste de doses.

3 PROTOCOLOS MÉDICOS CIRURGICOS

3.1 PROTOCOLO CIRÚRGICO PARA LITÍASE BILIAR

INTRODUÇÃO:

A colelitíase é uma doença de elevada prevalência. Estima-se que em torno de 10% a 15% da população dos Estados Unidos da América (25 milhões de habitantes) seja portadora dessa doença. Estudos de necropsia no Brasil apontam que 9,1% a 19,4% da população com mais de 20 anos possui colelitíase. A maioria dos portadores de colelitíase é assintomática e espera-se que 20% desses pacientes apresentem sintomas biliares típicos ao longo da vida e 1% a 2% evoluam com alguma complicação da doença a cada ano. A etiologia da colelitíase é múltipla e envolve fatores genéticos, ambientais, obesidade, perda de peso, doenças específicas da vesícula biliar e alterações na composição da bile. É muito mais frequente nas mulheres. Com o advento da laparoscopia, a colecistectomia passou a ser o procedimento cirúrgico eletivo do abdome mais realizado nos Estados Unidos, com aproximadamente 750 mil cirurgias por ano, devido à grande incidência da doença, às baixas morbidade e mortalidade cirúrgica e também ao grande receio do surgimento de complicações. Hoje é consenso que a colelitíase sintomática possui indicação cirúrgica, desde que o paciente não possua contraindicação clínica para ser operado. No entanto não existem estudos comparando colecistectomia versus não colecistectomia em doentes com litíase vesicular assintomática, portanto há grande ações para que se operem

alguns grupos específicos de doentes portadores de colelitíase assintomática, tais como:

- pacientes imunossuprimidos;
- portadores de vesícula em porcelana;
- pacientes com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo;
- pacientes com doença hemolítica crônica;
- moradores em localidades muito distantes de atendimento médico;
- pacientes muito jovens;
- portadores de cálculos muito grandes (> 2,5 cm) ou muito pequenos (< 0,5 cm);
- pacientes que serão submetidos a algum procedimento cirúrgico no abdome.

CENÁRIOS CLÍNICOS

CENÁRIO I

COLELITÍASE ASSINTOMÁTICA

- Achado casual de colelitíase em exame de imagem do abdômen.
- Ausência de dor biliar típica (ver descrição adiante).
- Ausência de sinais e sintomas de complicação.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Toda dor abdominal merece atenção, mas o médico deve ser cauteloso ao atribuir à colelitíase as queixas abdominais. Há diversas causas de dor abdominal, desde alterações funcionais simples a até muito frequentes, bem como doenças mais graves. Os sinais e sintomas de alerta como natureza, localização, intensidade, frequência e fatores de melhora ou piora da dor, perda de peso, sangramento nas fezes, anemia, disfagia, antecedentes de neoplasia, entre outros, podem nortear a investigação diagnóstica e a conduta.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O paciente portador de colelitíase assintomática pode ser acompanhado clinicamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) desde que muito bem orientado quanto a possíveis sintomas e complicações e quanto à necessidade de procurar assistência médica nesses casos. Aos

pacientes imunossuprimidos (transplantados, diabéticos), portadores de doença hemolítica, vesícula em porcelana (achado ultrassonográfico), muito jovens, com pedras > 2,5 cm ou < 0,5 cm ou cálculos associados a pólipos ≥ 1 cm, ou com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo, recomenda-se encaminhamento para serviço de cirurgia.

CENÁRIO II

COLELITÍASE SINTOMÁTICA SEM COMPLICAÇÕES

- Presença de colelitíase em exame de imagem do abdômen.
- Presença de dor biliar típica. Esta dor, apesar de ser conhecida como cólica, na verdade não se enquadra nesse tipo, uma vez que cólica representa uma dor intermitente, alternando em questão de segundos ou poucos minutos uma forte intensidade com momentos de intensidade menor ou até mesmo ausência de dor. Já a dor biliar é espástica, progressivamente mais intensa, que dura vários minutos e na maioria das vezes até horas para que seja aliviada espontaneamente ou mesmo com medicamentos. As localizações típicas são o hipocôndrio direito, o epigastro e a região dorsal direita. Menos frequentemente a dor pode surgir no flanco direito ou hipocôndrio esquerdo. Dores em outras localizações sugerem outros diagnósticos diferenciais. A dor pode estar associada à ingestão de alimentos gordurosos (20 a 40 minutos após) e normalmente não tem relação com o hábito intestinal. Geralmente vem acompanhada de náuseas e vômitos.
- Ausência de sinais e sintomas de complicação.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O paciente portador de colelitíase sintomática sem complicações, após a melhora clínica do sintoma da dor, deve ser orientado a abolir alimentos gordurosos e posteriormente ser encaminhado para tratamento cirúrgico de forma eletiva. De acordo com as característic clínicas do paciente, o mesmo poderá ser encaminhado para serviço de cirurgia ambulatorial ou então para hospital terciário.

Protocolo de Encaminhamento de Pacientes com Colelitíase

A) Elegibilidade – São elegíveis para tratamento cirúrgico em regime ambulatorial os pacientes que:

- tiverem idade superior a 18 anos e inferior a 70 anos; classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) 1 ou 2 (Tabela 66-1);

- apresentarem o diagnóstico de colelitíase por meio de ultrassom de abdômen (obs.: devem ser levados o laudo e as fotografias do exame no dia da consulta);
- não apresentaram sinais de complicação: pancreatite, colecistite aguda ou coledocolitíase;
- índice de massa corporal (IMC) < 35 kg/m2 e > 18 kg/m2, sendo IMC = peso (kg)/altura(metros) × altura (metros);

- forem sintomáticos ou, nos casos assintomáticos, se forem jovens ou com alguma imunossupressão;

não apresentarem critérios de exclusão;

- desejarem tratamento cirúrgico.

B) Critérios de Exclusão para cirurgia em regime ambulatorial:

- idade > 70 anos;
- icterícia em qualquer fase da doença;
- sinais clínicos ou ultrassonográficos de colecistite aguda;
- achado ultrassonográfico de vesícula escleroatrófica (diminuída de tamanho) ou de vesícula com parede espessada;
- achado ultrassonográfico de dilatação das vias biliares;
- quadro infeccioso vigente (pneumonia, infecção urinária ou outro);
- alteração dos valores de bilirrubinas e/ou fosfatase alcalina;
- tabagismo nos últimos 30 dias;
- não desejarem tratamento cirúrgico;
- não se enquadrarem nos critérios clínicos sociais pré-operatórios para cirurgia ambulatorial (ver critérios clínicos sociais de inclusão no programa de cirurgia).

C) Exames pré-operatórios específicos:

- Bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama-glutamiltransferase (GGT).
- Ultrassom de abdome superior.

Os pacientes que serão encaminhados para cirurgia ambulatorial deverão trazer, no dia da consulta.

TABELA Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA)

ASA	DESCRIÇÃO
1	Paciente saudável;
2	Doença sistêmica moderada, sem limitação das funções vitais;
3	Doença sistêmica grave, com funções vitais comprometidas;
4	Doença sistêmica grave com ameaça à vida;
5	Paciente moribundo, morte esperada nas próximas 24 h com ou sem intervenção cirúrgica;
6	Paciente em morte encefálica, possível doador de órgãos E Em cirurgias de emergência acrescentar o E ao número;

Fonte: ASA Physical Status Classification System http://www.asahq.org

Exames Complementares Pré-operatórios (Adultos)

A) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade < 50 anos •

- Hemograma Completo /Ureia / Creatinina / TAP/TTPA/ Glicemia de jejum / Gama gt / Fosfatase Alcalina / Bilirrubina total e frações/ TGO/TGP/ Raio x de torax Pa e Perfil / Eletrocardiograma;

B) Paciente sadio, com comorbidades (ASA -1), idade > 50 anos •

Hemograma Completo /Ureia / Creatinina / TAP/TTPA/ Glicemia de jejum / Gama gt / Fosfatase Alcalina / Bilirrubina total e frações/ TGO/TGP/ Raio x de torax Pa e Perfil/ Eletrocardiograma/ risco cirurgico cardiologico

Cenário III

COLECISTITE AGUDA

- A dor passa a ser mais intensa e duradoura (mais que 6 horas).
- A principal característica clínica é a defesa ao exame abdominal no hipocôndrio direito e/ou epigastro, tanto à palpação quanto à percussão. Caracteriza-se como um peritonismo localizado nessa região.
- Podem ou não estar presentes: febre, taquicardia.
- O hemograma, caso tenha sido realizado, pode evidenciar leucocitose.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de ringer.
- Analgesia.
- Ligar para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)/192 para referenciar o paciente para hospital.

CENÁRIO IV

COLELITÍASE COM ICTERÍCIA SEM FEBRE

- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor biliar, que passa a apresentar colúria e icterícia, podendo vir a ter também acolia fecal.
- Ausência de febre, queda do estado geral, ou outros sinais de infecção.
- Obs.: para casos de icterícia sem diagnóstico prévio é necessário que se siga o protocolo específico de icterícia.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Se paciente não está apresentando vômitos de repetição, deve ser encaminhado para o serviço de cirurgia de um hospital terciário, de forma mais rápida, sendo colocada na referência médica uma observação de que existe necessidade de prioridade alta (cerca de duas semanas) para o atendimento.
- Orientar hidratação via oral rigorosa.

CENÁRIO V

COLELITÍASE COM ICTERÍCIA E FEBRE

- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor biliar, que passa a apresentar colúria e icterícia, podendo vir a ter também acolia fecal e febre.
- Em casos mais graves podem-se associar hipotensão arterial e confusão mental.
- Obs.: para casos de icterícia sem diagnóstico prévio é necessário que se siga o protocolo específico de icterícia.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.
- Analgesia.
- Ligar para o SAMU/192 para referenciar o paciente para hospital.
- Em casos de hipotensão arterial ou confusão mental, enquanto se aguarda a ambulância, recomenda-se iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona 1 grama endovenoso (EV) e metronisazol 500 mg de 8/8h.

CENÁRIO IV

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.
- Ligar para o SAMU/192 para referenciar o paciente para hospital.
- Em casos de hipotensão arterial ou confusão mental, enquanto se aguarda a ambulância, recomenda-se iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona 1 gra-ma Eve metronidazol.

BIBLIOGRAFIA

Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2006;101:2379-400.

Coelho JC, Bonilha R, Pitaki SA, Cordeiro RM, Salvalaggio PR, Bonin EA, et al. Prevalence of gallstones in a Brazilian population. Int Surg. 1999;84:25-8.

Gonzalez M, Toso C, Zufferey G, Roiron T, MajnoP, Mentha G, et al. When should cholecystec- tomy be practiced? Not always an easy decision. Rev Med Suisse. 2006;2(70):1586-92.

Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy for patients with silent gallstones. Cochrane Database of Syst Rev. 2007;(1):CD006230.

Halldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. Br J Surg. 2004;91:734-8.

Lima CPJ, Brizolara AA, Tavares DC, Lima JP. Estudo post-mortem da prevalência da litíase vesicular em uma população cirrótica. Gastroenterol Endosc Dig. 1990;9:166-70.

Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, van Zanten SJV, et al. Canadian Asso- ciation of Gastroenterology Wait Time Consensus Group. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. Can J Gastroenterol. 2006;20:411-23.

Ransohoff DF, Gracie WA, Wolfenson LB, Neuhauser D. Prophylactic cholecystectomy or expectant management for silent gallstones. A decision analysis to assess survival. Ann Intern Med. 1983;99:199-204.

Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr. W, Kemp R, Módena JLP, Elias Jr. J, Silva Jr. OC. Cole-cistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. Rev Med. 2008;41(3):429-44.

Shaffer EA. Gallstone disease: epidemiology of gallbladder Stone disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20:981-96.

Stinton LM, Myers RP, Shaffer EA. Epidemiology of gallstones. Gastroenterol Clin N Am. 2010;39:157-69.

3.1 HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL/BILATERAL

Hérnias inguinais ocorrem na região da virilha e correspondem a 75% de todas as hérnias abdominais. Ocorrem quando há protrusão de conteúdo da cavidade abdominal, normalmente parte do intestino, pelo canal inguinal.

DIAGNÓSTICO

- Exames: US abdominal.
- Exames pré-operatórios: Hemograma, Coagulograma, ECG, RX Tórax.
- Indicação Cirúrgica: a cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs específicos na tabela abaixo.

CID 10	DEFINIÇÃO
K40.2	**HÉRNIA INGUINAL BILATERAL**
K40.3	**HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL**

ESCORE DE RISCO Elegíveis:

- Classificação de American Society of Anesthesiologist (ASA): I e II.
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

Não Elegíveis:

- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico);
- Pacientes com idade inferior a 12 anos;
- IMC ≥ 35Kg/m^2;
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

TÉCNICA UTILIZADA

Procedimento utilizado seguindo as técnicas de Lichtenstein[1] ou convencional com fixação de tela de polipropileno.

ALOCAÇÃO

1 DIÁRIA DE CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA

TRATAMENTO

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA: Raquianestesia e sedação.

PÓS-OPERATÓRIO:

- Dieta: Leve;
- Curativo em FO;
- Fisioterapia;
- Cuidados específicos;
- Atividade: quando acordado;
- Indicação de exames de controle.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (dipirona)	**1g**	**EV**	**6/6 h**
Analgésico (paracetamol)	**750 mg**	**VO**	**6/6 h (se dor)**
Opioide (tramadol)	**100 mg**	**EV**	**8/8 h (se dor)**
Toragesic	**10 mg**	**VO**	**8/8 h**
Antiemético (ondancetron)	**4 mg**	**EV**	**8/8 h**

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- Dieta geral;
- Retorno ambulatorial após 15 dias;
- Atividade diária sem peso após 7 dias, atividade física após 30 dias e hipertrofia após 60 dias.

Agente	Dose	Via	Frequência
Analgésico (dipirona)	**1 g**	**VO**	**6/6 h se dor**
Analgésico (paracetamol)*	**750 mg**	**VO**	**6/6 h se dor**

* em casos de pacientes alérgicos à dipirona

CRITÉRIOS PARA A ALTA HOSPITALAR

- Sinais vitais normais para faixa etária

- Dor controlada
- Diurese presente
- Boa aceitação alimentar
- Ausência de sangramento

REFERÊNCIAS

1.LichtensteinIL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension free hernioplasty. Am J Surg. 1989;157(2):188-93.

3.2 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipe Multiprofissional
- Sonda gástrica.
- Material para acesso venoso (periférico e central).
- Seringas.
- Gazes.
- Luvas, máscaras e óculos de proteção.
- Material de intubação traqueal (tubo, laringoscópio).
- Sondas de aspiração de via aérea.
- Sonda gastroesofágica (Balão de Sengstaken - Blakemore).
- Xilocaína gel.
- Serviço de endoscopia digestiva 24 horas.
- Serviço de Hemoterapia/ Banco de Sangue 24 horas.
- Medicações (terlipressina, ceftriaxona, noradrenalina).

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Identificar a causa do sangramento.**
- **Avaliar a gravidade e estabilidade hemodinâmica.**
- **Estabilizar o paciente para a realização do procedimento endoscópico.**
- **Identificar pacientes com necessidade de passagem de sonda de Sengstaken - Blakemore.**

3. PROCEDIMENTOS

• Identificar a causa do sangramento.

• Úlcera péptica. /

• Síndrome de Mallory-Weiss.

• Varizes de esôfago.

• Coagulopatias.

• Úlceras de estresse / Gastrites.

• Fístula aortoentérica.

• Neoplasia.

• Divertículo de Meckel.

• Questionar sobre a ingestão de AAS ou outro anti-inflamatório não hormonal, corticosteroides, anticoagulantes, agentes corrosivos ingeridos em tentativas de suicídio ou ingesta abusiva de bebida alcoólica.

• A endoscopia digestiva alta é o procedimento de eleição para a localização do sangramento digestivo alto. O paciente necessita estar estabilizado para iniciar a EDA, se necessário intubar, expandir a volemia e iniciar drogas vasoativas para atingir esta estabilidade.

• Avaliação da gravidade da HDA

• São pacientes de alto risco:

• Perda volêmica maciça.

• HDA varicosa.

• Instabilidade hemodinâmica.

• Doenças associadas com potencial descompensação devido ao sangramento (ex. insuficiência hepática, insuficiência renal, IAM recente, etc).

• Paciente com fatores prognósticos clínicos, volêmicos e endoscópicos de alta possibilidade de ressangramento ou mortalidade.

• Tratamento: a ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA

• Aquecer o paciente evitando hipotermia.

• Deve-se iniciar imediatamente a reanimação volêmica com soluções cristalóides, através de cateter de grosso

calibre instalado em veia também calibrosa.

• Se o paciente for alcoólatra, as soluções intravenosas devem incluir glicose e tiamina (Acesyl* 100 mg em 1 mL; Citoneurin' 1.000 tiamina 100 mg e piridoxina 100 mg).

• Transfusão

• Concentrado de hemácias - sempre que hemoglobina menor que 7 g/dl, ou quando menor que 9 g/ dl em pacientes com comorbidades como coronariopatia e na presença de sangramento ativo.

• Concentrado de plaquetas - quando contagem de plaquetas menor que 50 mil

• Plasma fresco congelado - quando INR ou relação do TTPA > 1,5. Transfundir 15 a 20 ml/kg (uma bolsa após a outra

• Quando transfundir mais de 4 concentrados de hemácias lembrar de repor cálcio e repor fatores de coagulação (plasma fresco congelado).

• CONTROLE DO SANGRAMENTO

• Lavagem gástrica: Não traz benefícios terapêuticos. Serve para documentar a presença de HDA e melhorar as condições para a realização da endoscopia.

• A endoscopia alta de urgência e a tentativa de aplicação de medidas hemostáticas através da mesma são indicadas em todos os doentes com hemorragia digestiva alta.

• VARIZES DE ESÔFAGO

• Terapia farmacológica

• Deve-se iniciar o emprego de vasoconstritores esplâncnicos o mais precocemente possível em pacientes sob suspeita de hemorragia varicosa, antes mesmo da realização de exame endoscópico.

• Terlipressina:

• Terapia farmacológica de *V* escolha. Único agente vasoativo associado a redução de mortalidade.

• Recomenda-se administração intermitente da droga na dose de 2 mg em bolus seguido de 1 - 2 mg de 4/4 horas, a depender do peso corpóreo por 2 a 5 dias.

• Efeitos colaterais do tratamento podem incluir angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, bradiarritmias, isquemia de membros inferiores, isquemia mesentérica e hipertensão arterial sistêmica.

• A droga deve ser evitada ou empregada com cautela em pacientes com insuficiência coronariana e insuficiência vascular periférica. Seu uso durante a gestação está contraindicado pelo risco aumentado de abortamento espontâneo.

• Interações medicamentosas: cautela no uso de terlipressina associado a medicações que ocasionem bradicardia (propofol, fentanil), pois este efeito pode se tornar mais frequente e exigir suspensão da medicação.

• Somatostatina:

• Também induz redução significante das pressões portal e intra varicosa e do fluxo da veia ázigos, mas de efeito mais transitório na dose habitual de 250 mcg/ kg/hora, sendo observado efeito mais persistente com dose mais alta de 500 mcg/kg/hora. Recomenda-se administração de 250 mcg em bolus, seguida por infusão contínua de 250 mcg/kg/hora por 2 - 5 dias.

• Octreotide:

• Análogo da somatostatina que, embora se associe apenas à redução transitória ou nula da pressão portal, exibe ação na prevenção da sua elevação pós-prandial.

• É habitualmente empregado em bolus de 50 -100 mcg, seguido de infusão contínua de 25 - 50 mcg/ hora por 2 - 5 dias.

• Os efeitos colaterais principais da somatostatina e seus análogos são dor abdominal, diarreia, hiperglicemia

e cefaleia.

• Não se deve mais empregar vasopressina associada a nitratos como tratamento farmacológico para sangramento

varicoso.

• O uso dessas drogas deve ser estendido por 2 a 5 dias.

• Muito embora o tratamento farmacológico possa ter eficácia semelhante ao tratamento endoscópico no controle do sangramento varicoso, existem evidências de superioridade no controle do sangramento e na frequência de recidiva hemorrágica com o emprego do tratamento combinado farmacológico e endoscópico.

• Procedimentos para controle do sangramento:

• Endoscópicos

• A escleroterapia endoscópica interrompe o sangramento em 80% a 90% dos pacientes com hemorragia

aguda de varizes.

• A laqueadura endoscópica de varizes é equivalente à escleroterapia na obtenção da hemostasia. Há menos complicações associadas, as quais incluem ulcerações superficiais e, raramente, a formação de estenoses.

• *Balão de Sengstaken - Blakemore*

• Indicações:

• O balão constitui uma ponte para um tratamento definitivo (endoscópico, cirúrgico ou mesmo tempo

para ação da terapia farmacológica).

• Instalação do Balão:

• A equipe que irá inserir o balão deverá utilizar material de proteção pessoal, como: gorro, máscara, óculos de proteção, luvas e avental.

• Teste do balão - insuflar os balões gástrico e esofágico a fim de verificar que não existem vazamentos. Esvaziar completamente os balões.

• Explicar o procedimento aos pacientes acordados. Alguns pacientes com necessidade de passagem do balão poderão necessitar de analgesia e sedação para o procedimento.

• Estimar o quanto o balão necessitará ser introduzido para permanecer em posição gástrica através da soma das medidas das distancias do epigástrio a narina e da narina ao lobo da orelha. Somar a isto a distancia da ponta do balão até o final do balão gástrico. Deixar alguns centímetros (10 a 15 cm) mais introduzido, visto que o balão gástrico não pode estar locado no esôfago ao ser inflado.

• Aplicar xilocaína gel na narina e ao balão.

• Introduzir o balão além da medida estimada ou até próximo da sua completa introdução.

• Confirmar a posição pela ausculta da injeção de ar no lúmen da sonda gástrica.

• Encher o balão gástrico com 300 a 400 ml de ar.

• Tracionar gentilmente o balão até senti-lo impactar no fundo gástrico. Não tracionar com excesso de força.

• Inflar o balão esofágico com 20 a 30 mmHg de ar. Medir a pressão com manovacômetro (esfigmomanômetro ou cufômetro adaptado). Raramente varizes esofágicas atingem pressões maiores que 20 mmHg.

• Lacrar os lumens dos balões esofágico e gástrico do balão e monitorar o lúmen da sonda gástrica do balão (deixá-lo aberto em sifonagem).

• Fixar o balão, mantendo a compressão do balão gástrico sobre o fundo do estômago, com cuidado para não gerar pressão excessiva sobre o estômago ou prende-lo a narina e gerar necrose do nariz.

• Confirmar a posição do balão por radiografia. Duração da terapia:

• Checar a pressão do balão esofágico a cada 4 a 6 horas.

• Esvaziar balão a cada 12 horas e checar se existe evidência de retorno do sangramento.

• O balão não deverá ser mantido além de 24 a 48 horas pelo risco elevado de complicações.

• Antes da retirada do balão fazer endoscopia para procedimento de ligadura ou laqueadura. O balão pode ser apenas esvaziado e permanecer locado durante a realização da endoscopia. Após o controle dos pontos prováveis de sangramento pela endoscopia o balão pode ser retirado.

• Se ao esvaziar o balão houver retorno do sangramento e terapia endoscópica imediata não for possível, inflar imediatamente o balão. Considerar realização de nova endoscopia em 12 horas ou colocação de TIPS, ou procedimento cirúrgico.

TIPS - derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) consiste na colocação de um stent de metal expansível por uma área criada entre uma veia hepática e um ramo intra-hepático principal do sistema porta.

Cirúrgicos - derivações cirúrgicas devem ser consideradas em casos de hemorragia refratária ou ressangramento recorrente precoce que não podem ser controlados através de meios endoscópicos ou farmacológicos e quando o TIPS não estiver disponível ou não for tecnicamente possível. Algoritmo Tratamento da HDA varicosa.

Úlcera Péptica

Sangramento de úlcera péptica cessa espontaneamente em pelo menos 80% dos pacientes, a maioria dos quais tem uma recuperação sem intercorrências sem uma Intervenção específica.

Classificação endoscópica de Forrest

Classe III: úlceras de base limpa.

• Taxa de hemorragia recorrente de *0%* a 2%.

• Virtualmente nunca requerer intervenção urgente para hemorragia recorrente.

• Candidatos para alta precoce (durante o primeiro dia) depois de reanimação volêmica, estabilização e instituição de terapia específica para a úlcera.

• Classe IIC e MB: úlceras caracterizadas por placas pigmentadas planas ou coágulos aderentes, respectivamente.

• Incidência de ressangramento e intervenção urgente entre 10% a 22%, respectivamente.

• Requerem período mais longo de hospitalização, embora não em UTI.

• Classe IIA e Classe I: úlceras não sangrantes com vasos visíveis e úlceras com sangramento ativo, respectivamente.

• Apresentam risco mais elevado para hemorragia adicional (43 a 55%, respectivamente) e morte.

• Devem passar pelo menos um dia na UTI.

• Desde que a maioria dos episódios de hemorragia recorrente acontece dentro de três dias depois do episódio, os pacientes que têm uma evolução hospitalar descomplicada podem ser receber alta após três dias.

• Dieta

• Dieta zero: duração definida pelo risco de ressangramento.

• Características endoscópicas de baixo risco: iniciar dieta em seguida ao procedimento endoscópico.

• Características endoscópicas de risco mais alto; não receber nada por via oral ou somente dieta líquida sem resíduos durante os primeiros dois dias de hospitalização.

• Redução de pH gástrico

• Inibidores da bomba de prótons: omeprazol (pó liofilizado 40 mg).

• Ataque: 80 mg diluído em SF0,9% 100 mL EV em 20 a 30 minutos.

• Infusão contínua: 8 mg/hora nas 72 horas subsequentes
(80 mg em 100 mL SF0,9% a 10 mL/hora).

• *Endoscopia*

• Terapias endoscópicas: eletrocoagulação bipolar, sondas térmicas ou escleroterapia endoscópica.

• Indicada para pacientes com evidência clínica de hemorragia significativa ou evidência endoscópica d sangramento ativo ou um vaso visível não sangrante.

• Úlceras com uma placa pigmentada, coágulo aderente ou base limpa não são beneficiadas com a terapia endoscópica.

• *Cirurgia:* quando a terapia endoscópica falha ou é indisponível.

• *Outros Cuidados*

• Considerar intubação endotraqueal como precaução contra aspiração antes da endoscopia em pacientes com hemorragia volumosa, agitação severa ou estado mental alterado.

• Antibioticoprofilaxia sistêmica.

• Pacientes cirróticos com hemorragia gastrointestinal (ceftriaxona Ig EV ao dia).

• Úlcera péptica perfurada (penicilinas associadas aos inibidores da beta-lactamase, carbapenémicos, fluoroquinolonas e anti anaeróbio, aztreonam e ou aminoglicosídeo e anti anaeróbio).

- A duração da cobertura antimicrobiana é controversa. O consenso geral corrente advoga terapia antimicrobiana por 5 a 7 dias.

4. INDICADORES

- **Taxa de sucesso do tratamento endoscópico.**
- **Registro de alta e óbito.**
- **Registro de complicações do uso de balão de Sengstaken - Blakemore.**

5. REGISTROS

- **Prescrição médica.**
- **Evolução médica.**
- **Anotação de enfermagem UTI.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- Ficha de balanço e controle.

6. SIGLAS

HDA - Hemorragia Digestiva Alta

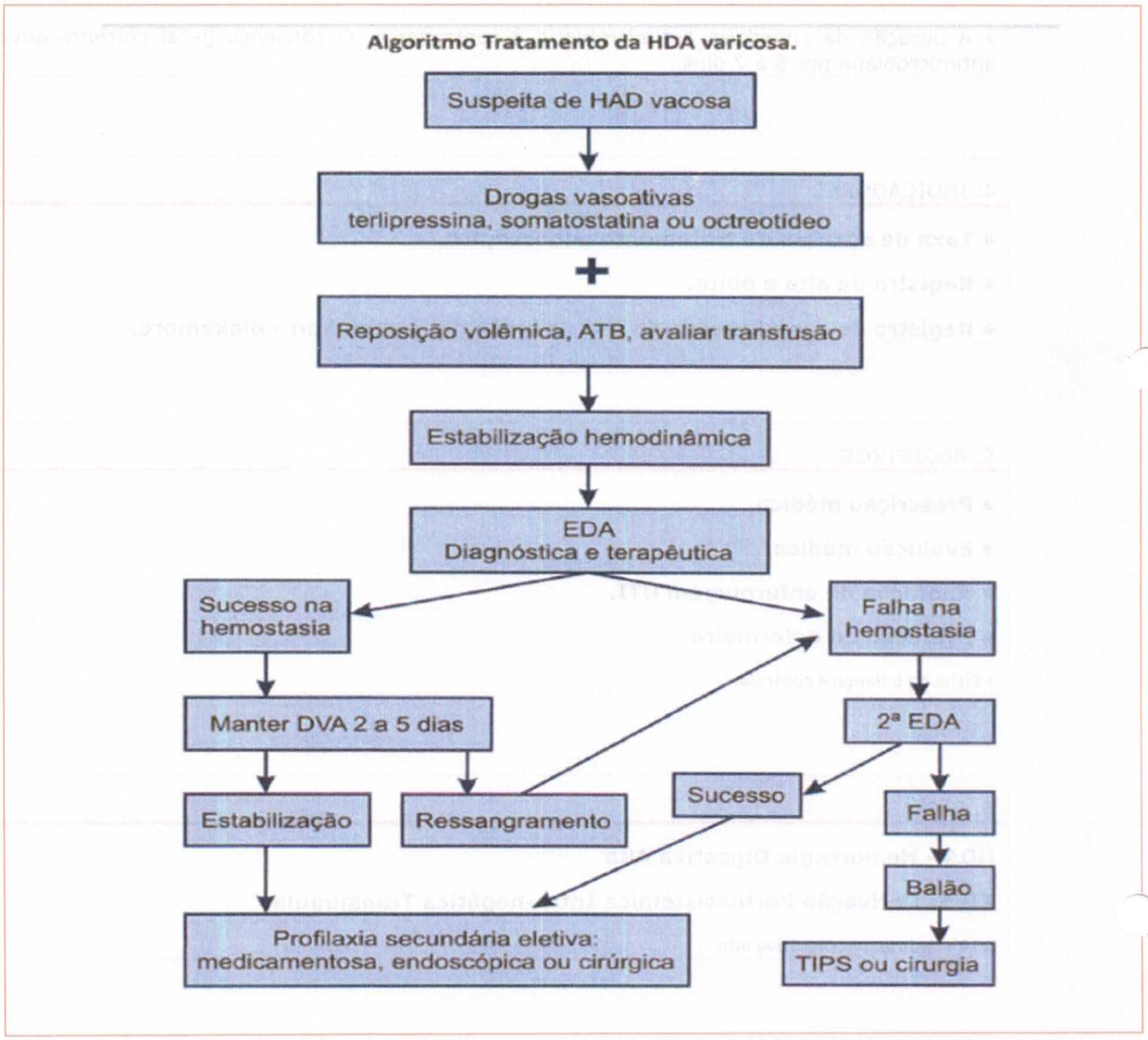
TIPS- Derivação Portossistêmica Intra-hepática Transjugular

EDA - Endoscopia Digestiva alta

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Ioannou G. et. al. Cochrane Database Syst Rev. 2003.**
- **Bittencourt. P, et. al. GED 2011: 30 (Supl. 2): 10-30.**
- **Federação Brasileira de Gastroenterologia. Hemorragias Digestivas. Projeto Diretrizes AMB/CFM. 2008.**

8. ANEXOS



3.3 TAQUIARRITMIAS

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Equipe multidisciplinar (medicina e enfermagem) preparada para atender o paciente em situação de instabilidade

Máscara enriquecida com

Conjunto completo para aspiração/ unidade bolsa-valva-máscara

Tubo traqueal de tamanho adequado e Laringoscópio

Desfibrilador/cardioversor manual

Gel condutor de Eletrocardiógrafo

Fármaco analgésico e sedativo para cardioversão em rotina da instituição

Pás de Marca passo transcutâneo

KIT para marca-passo transvenoso

Eletrocardiógrafo

2. TAREFAS CRÍTICAS

Reconhecer e diagnosticar as taquiarritmias.

Reconhecer os critérios de instabilidade relacionados à presença de taquiarritmia, que definem o seu tratamento.

Determinar o algoritmo de tratamento das taquiarritmias.

3. PROCEDIMENTOS

Definições: as taquiarritmias são condições clinicamente representadas por elevação da frequência cardíaca superior a 100 bpm, que, quando patológicas, ocorre independentemente do aumento da demanda metabólica do organismo e podem ser do tipo supraventricular ou ventricular, de acordo com local anatômico do tecido que participa do seu início e da sua manutenção.

Sinais e Sintomas: Instabilidade ou Estabilidade: O determinante maior da conduta a ser adotada no tratamento da taquiarritmia e baseia-se exatamente na avaliação da condição hemodinâmica do paciente, reconhecendo sua instabilidade ou estabilidade. São sinais de instabilidade:

Alteração do nível de consciência.

Sinais e sintomas de choque.

Hipotensão.

Dor torácica tipo isquêmica (angina).

Dispnéia associada à congestão pulmonar.

A presença de um ou mais sintomas/sinais de instabilidade hemodinâmica determina conduta emergencial para abordagem da taquiarritmia com a cardioversão elétrica.

Tipos de Taquiarritmias:

Taquicardias supraventriculares (TSV): taquicardia sinusal, fibrilação atrial, flutter atrial, taquicardia paroxística supraventricular (TPSV), taquicardia atrial nodal (TAN) e taquicardia juncional (TJ).

Taquicardia sinusal: Tratamento: o foco do tratamento é remover o fator desencadeante ou tratar a doença de base.

Taquicardia Supraventricular: Tratamento: inicialmente, na tentativa de manobras vagais (Valsalva ou massagem do seio carotídeo), depois de afastadas as contraindicações. Caso não haja sucesso, a adenosina é o fármaco de escolha, devendo ser evitada em pacientes com broncoespasmo ou doença coronariana grave. Na impossibilidade do seu uso, betabloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio não dihidropiridínicos (diltiazem e verapamil). Outras opções são a amiodarona, digitálicos, propafenona e a procainamida. Na presença de instabilidade hemodinâmica, a cardioversão elétrica deve ser imediatamente realizada, iniciando-se com carga de 100 J.

Taquicardia Atrial: além da abordagem do distúrbio do ritmo em si, o tratamento concomitante do evento desencadeante é de grande auxílio na reversão da arritmia e na prevenção de sua recorrência. As drogas recomendadas são os betabloqueadores e antagonistas do cálcio (diltiazem e verapamil). Outras opções incluem amiodarona e propafenona. A taquicardia atrial costuma ser irresponsiva à cardioversão elétrica.

Flutter Atrial: o tratamento agudo depende da apresentação clínica, onde a CVE é mandatória diante de instabilidade hemodinâmica, podendo-se iniciar com carga de 50 J. O uso de fármacos para o controle da frequência (betabloqueadores, verapamil, diltiazem e digitálicos) pode ser indicado. Reversão para ritmo sinusal pode ser obtida por meio de cardioversão química com ibutilide e dofetilide (não disponíveis no Brasil), mas a cardioversão elétrica é o método mais eficaz. Nos casos com duração superior a 48 horas, torna-se necessária a anticoagulação quando a opção for a reversão da arritmia.

Fibrilação Atrial: a abordagem inicial deve sempre levar em conta a situação clínica do paciente e a resposta ventricular da arritmia, pois raramente a FA é a causa da instabilidade em pacientes com frequência cardíaca < 150 bpm. Nesses casos, deve-se procurar outras razões para a instabilidade e evitar a cardioversão. Para os pacientes que se apresentam estáveis, pode se definir pelo controle da resposta ventricular com drogas intravenosas, como diltiazem, verapamil e betabloqueadores. O digital tem seu papel nos pacientes com ICC (outra opção seria a amiodarona). Caso a decisão de reversão farmacológica para o ritmo sinusal seja tomada nos pacientes estáveis, deverá ser realizada em até 48 horas do início da arritmia, quando os eventos tromboembólicos são raros. Passado este período, o paciente deve ser efetivamente anticoagulado por, pelo menos, 3 a 4 semanas antes da cardioversão. Os fármacos usualmente utilizados em nosso meio, para esse fim, são a propafenona, a procainamida, o sotalol e a amiodarona; esta última é a mais segura no caso de disfunção ventricular.

Taquicardias ventriculares (TV): taquicardia ventricular polimórfica e monomórfica.

Taquicardia monomórfica de complexo largo: As drogas de escolha são a amiodarona, a procainamida e o sotalol por via intravenosa, ficando a lidocaína como segunda opção. Nos pacientes com disfunção ventricular, a procainamida deve ser evitada, podendo-se utilizar a amiodarona e a lidocaína. A taquicardia ventricular monomórfica estável responde bem a choques de cardioversão com forma de onda monofásica ou bifásica com energias iniciais de 100 J. A adenosina pode ser considerada nas taquicardias de QRS largo regulares de origem incerta e estáveis, uma vez que é segura e potencialmente eficaz para o tratamento e o diagnóstico inicial nesses casos. Diante de instabilidade clínica, a cardioversão elétrica é mandatória, com carga inicial de 100 J.

Taquiarritmia ventricular polimórfica: O tratamento consiste na retirada dos fármacos que alargam o QT, correção hidroeletrolítica e a infusão de sulfato de magnésio. A lidocaína e a fenitoína são outras opções terapêuticas. As TV polimórficas com intervalo QT normal devem ser inicialmente tratadas com betabloqueador (amiodarona, lidocaína, mexiletine, fenitoína também são opções). Na presença de disfunção ventricular, a amiodarona torna-se a melhor opção.

Tratamento - principais fármacos e terapia elétrica

Adenosina: 6 mg IV em 3 a 5 s; considerar 12 mg.

Amiodarona: 150 mg IV em 5 - 10 minutos; 1 mg/min em 6 horas; 0,5 mg/min em 18 horas; Máximo de 2,2 g nas 24 horas.

Metoprolol: Bolus 5 mg IV em 5 minutos (máx. de 15 mg).

Atenolol: Bolus 5 mg IV em 5 minutos (máx. de 10 mg).

Propranolol: Bolus 0,5 a 1,0 mg IV em 1 minuto (máx. de 0,1 mg/Kg).

Esmolol: Bolus 0,5 mg (500 mcg) /Kg IV em 1 minuto seguido de 0,05 mg (50 mcg) /Kg/min (máx. de 300 mcg/Kg/min).

Verapamil: Bolus IV 2,5 a 5,0 mg em 2 a 3 minutos S/N, 5 a 10 mg a cada 15 minutos até o máx. de 20 mg ou 5 mg a cada 15 minutos até o máx. de 30 mg.

Diltiazem: 0,25 mg/Kg (15 a 20 mg) IV em 2 minutos; 0,35 mg/Kg (20 a 25 mg) IV em 2 minutos; Manutenção: 5 a 15 mg/h.

Lanatosideo C: 0,4 mg / dose. Máx. de 1,2 mg.

Propafenona: 2 mg/Kg em 2 minutos.

Princípios da cardioversão elétrica (CVE)

A CVE difere da desfibrilação porque a liberação do choque é sincronizada com a atividade intrínseca do coração, evitando que o mesmo incida sobre a fase ascendente da onda T (fenômeno R sobre T) e induza Fibrilação ventricular.

Todo paciente instável que será submetido a uma CVE em virtude de taquicardia deve ser levado à sala de emergência, onde serão providenciados: monitorização eletrocardiográfica e de pressão arterial, oximetria de pulso, acesso venoso e assistência ventilatória básica ou avançada de acordo com o nível de consciência e saturação arterial de oxigênio do paciente.

A sedação do paciente para a CVE do paciente consciente tem de prover a devida hipnose e analgesia e deve ter ação fugaz para o rápido despertar do paciente após o procedimento. Entretanto, não deve causar depressão respiratória que necessite intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

As drogas mais utilizadas em nosso meio são fentanil, para analgesia, associado à midazolam, etomidato ou propofol para promover hipnose.

Em caso de CVE eletiva, deve-se manter o paciente em jejum por pelo menos 6 horas.

Sob sedação adequada, confirmada pela perda do reflexo ciliar, deve-se colocar gel nas pás e posicioná-las com uma pressão de cerca de 13 Kg na posição esterno-ápice ou posição anteroposterior. Feito isso, a derivação eletrocardiográfica de maior amplitude positiva de

QRS deve ser selecionada no monitor, ligar o modo sincronizado e carregar o cardioversor com a carga inicial recomendada, que varia de acordo com a taquicardia a ser tratada: flutter atrial - 50J, taquicardia paroxística e taquicardia atrial - 100J, taquicardia ventricular monomórfica - 100J, fibrilação atrial - 120 a 200 J .

4. INDICADORES

Taxa de sucesso de Cardioversão

Taxa de mortalidade cardiovascular

5. REGISTROS

Prontuários do Paciente

Evolução médica

Evolução da enfermagem

Registro de óbitos do hospital

Laudo de exames laboratoriais

6. SIGLAS

ECG - Eletrocardiograma

7. REFERÊNCIAS

Guideline - 2015

3.4 EDEMA AGUDO DE PULMÃO

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Equipe multidisciplinar preparada para atender prontamente o paciente em insuficiência respiratória.

Material para intubação traqueal e ventilação (ambu, máscara, laringoscópio, tubos, ventilador).

Suporte ventilatório- ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

Material para instalação de acesso venoso (primeiramente periférico e depois central).

Morfina.

Furosemida.

Metoprolol.

Lanatosideo C.

Amiodarona.

Marca-passo transcutâneo.

Atropina.

Nitroprussiato de sódio.

Nitroglicerina.

Hemodiálise.

2. TAREFAS CRÍTICAS

Identificar pacientes em Edema agudo de pulmão.

Identificar ritmo cardíaco e valores de pressão arterial.

Identificar fatores de gravidade.

Reversão da instabilidade hemodinâmica e respiratória.

3. PROCEDIMENTOS

Identificar pacientes em edema agudo de pulmão, a causa e direcionar tratamento pela etiologia.

A abordagem do paciente em EAP deve ser ágil.

Monitoração multiparamétrica: ECG, oximetria de pulso, PNI.

Instalar acesso venoso, inicialmente periférico.

Suporte ventilatório- avaliar VNI, se necessário VM invasiva de acordo com o nível de consciência, trabalho respiratório e instabilidade hemodinâmica.

Após, ou simultaneamente à abordagem pelo ABC rápido, (via aérea, ventilação e circulação) a morfina associada à furosemida deve ser utilizada imediatamente.

Morfina- Promove melhora da ansiedade pelo seu efeito hipnótico bem como aumenta a capacitância venosa.

Diuréticos: Não há a necessidade de realizar mais que 40 mg de furosemida nos indivíduos que não apresentam insuficiência renal crônica

Iniciar o tratamento do fator desencadeante

Arritmias

Fibrilação Atrial (FA)

- FA crônica na ausência de hipotensão- diminuir frequência cardíaca-betabloqueador* / digital.

-FA aguda Iná ausência de hipotensão-reversão da arritmia: cardioversão elétrica / amiodarona.

-FA aguda instável (hipotensão, dessaturação, angina - cardioversão elétrica).

Bloqueio atrioventricular total:

-Marca passo transcutâneo externo e atropina.

Hipertensão arterial sistêmica

EAP hipertensivo:

Morfina

Diurético

Vasodilatador.

Insuficiência cardíaca descompensada

Dobutamina

Vasodilatador (se PA elevada).

Insuficiência coronária

AAS.

Betabloqueador* para controle de frequência cardíaca

Vasodilatador:

Em pacientes coronarianos e que o evento seja considerado como equivalente isquêmico, independente da presença ou não de arritmias.

Insuficiência renal crônica

Vasodilatador

Ultra filtração: Nos indivíduos com insuficiência renal terminal considera ultrafiltração de emergência. Nestes casos pode ser necessário proceder a intubação orotraqueal para estabilizar o quadro até que possa realizara remoção de fluidos.

Atenção: o uso de Beta-Bloquedores em pacientes com edema pulmonar deve ser feito com cuidado. Nos casos em que exista disfunção ventricular esquerda, o uso de B-bloqueador na fase aguda do EAP pode reduzir o inotropismo e acentuar o quadro congestivo.

Medicações

Sedação

Morfina-2mg IV podendo repetir conforme a resposta do paciente.

Diuréticos

Furosemida-20 a 40mg IV inicialmente. Após 30 minutos pode repetir 20 mg.

Vasodilatadores

Nitroprussiato de sódio- Diluição sugerida:SG 5% 248 ML +Nitroprussiato de sódio 50 mg (2ml).

Nitroglicerina –SG5% 240ml + Nitroglicerina 50 mg (10ml).

Inotrópicos

Dobutamina- Diluição concentrada sugerida: SG 5% 170ml –Dobutamina 80 ml (1.000mg).

Antiarrítmicos

Amiodarona- 5-7 mg/kg em 30 a 60 minutos, seguido 10 a 20 mg/kg/dia (em média 600 a 800 mg/24h até 1.200mg/24h) em 250 ml de solução de glicose a 5% durante alguns dias.

São fatores de risco para edema agudo de pulmão grave:

Insuficiência renal crônica.

Insuficiência coronária.

Insuficiência cardíaca congestiva.

Hipertensão arterial maligna.

Fibrilação atrial aguda.

4.INDICADORES

Tempo de controle hemodinâmico e respiratório.

5. REGISTROS

Prescrição medica.

Evolução medica.

Anotação de enfermagem UTI.

Anotação de fisioterapia UTI.

Evolução do enfermeiro.

Evolução do fisioterapeuta.

Ficha de balanço e controle.

6. SIGLAS

IV- Intravenoso.

ICC- Insuficiência cardíaca congestiva.

SCA- Síndrome coronariana aguda

PNI- Pressão Não invasiva

PA- Pressão arterial.

ECG- Eletrocardiograma

Mg -Miligrama.

Mcg- Micrograma.

EAP- Edema agudo de pulmão.

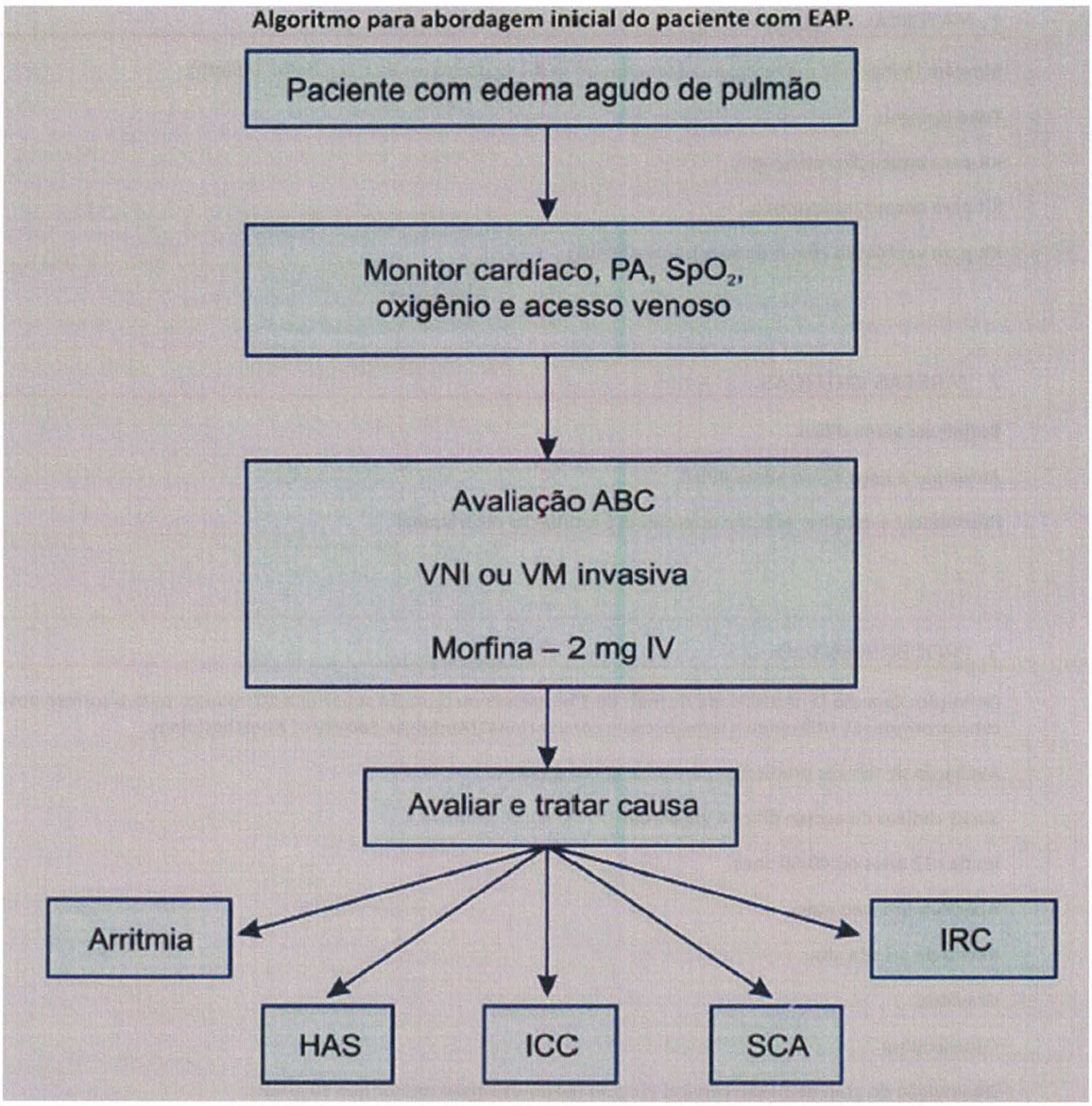
HAS- Hipertensão arterial sistêmica.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coons J.C., McGraw M., Murali S. Am J Health Syst Pharm, 2011 68:21-35.

Boldrini R, fasano L,Nava S. Curr Opin Crit Care 2012: 18(1):48-53.

08.ANEXOS



3.5 MANUSEIO DE VIA AÉREA DIFÍCIL

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Máscara laríngea de numerações adequadas ao perfil de pacientes da UTI (adulto, infantil).

Tubo laríngeo.

Kit para intubação retrógrada.

Kit para cricotireoidostomia

Kit para ventilação com jato transtraqueal (VJJT)

2. TAREFAS CRÍTICAS

Definir via aérea difícil.

Antecipar o risco de via aérea difícil.

Reconhecer e escolher método alternativo à intubação orotraqueal

3. PROCEDIMENTOS

Definição: Quando já necessidade de mais de 3 tentativas ou duração superior a 10 minutos para o correto posicionamento do tubo orotraqueal, utilizando a laringoscopia convencional (American Society of Anesthesiology.

Avaliação de fatores preditores para a via aérea difícil:

Sinais clínicos de acesso difícil à via aérea:

Idade <12 anos ou 40-60 anos.

Abertura oral <40 mm.

Pelato de arcada alta.

Gravidez.

Cifoescoliose.

Diminuição do grau de flexão cervical (ângulo flexão-extensão menor que 90 graus).

Pescoço curto: Distância entre tireoide e mandíbula <3 dedos ou 50 mm.

Escala de Mallampati graus III ou IV.

Dentes protusos.

Orofaringe profunda, estreita e arqueada.

Macroglossia.

Anomalia laríngea.

Anomalia mandibular.

Intolerância ao decúbito dorsal.

Estridor, rouquidão.

Trauma, deformidade, infecção ou hematoma de face, boca, faringe.

Distância **tireo mental** menor que 50mm.

Classificar a visualização da orofaringe a partir da abertura oral (Mallampati) :

Grau I- Visualiza palato mole, pilares,úvula e orofaringe.

Grau II- Visualiza palato mole e úvula.

Grau III- Visualiza palato mole e base da úvula.

Grau IV- Não **visualize** palato mole.

Classificar a visualização da laringe durante a laringoscopia: **Classificação** de laringoscopia (Cormack):

Grau I: glote bem visível.

Grau II: somente a parte posterior da glote é visualizada.

Grau III: Somente a epiglote pode ser visualizada. Nenhuma porção da glote é visível.

Grau IV: Nem a epiglote, nem a glote pode ser visualizada.

Intubação retrógada

Indicações gerais: Falha em tentativas convencionais associada a: obstruções por sangue, secreções, anomalias, epiglote, edema de laringe; acesso a via aérea em pacientes com comorbidades associadas a alterações anatômicas do trajeto boca-laringe (exemplos, artrite reumatoide, esclerodermia, lesões cervicais instáveis, macroglossia, micrognatia, fratura mandibular).

Contra-indicações: Obstrução severa no trajeto entre abertura oral e laringe; anatomia desfavorável da laringe;bócio, coagulopatia,obesidade,estenose traqueal,infecção no trajeto.

Técnica:

Administrador O_2 sob cateter nasal.

Após adequado preparo para intubação acordado, assepsia da região anterior do pescoço e anestesia da pele.

Identificar a membrana cricotireoidea.

Imobilizar a laringe usando o polegar e o dedo médio enquanto que o indicador palpa a membrana cricotireoidea.

Puncionar a membrana cricotireoidea com kit especifico (ou cateter jelco 18-20) formando ângulo de 90° com a pele; a aspiração de ar pela seringa com Salina indica posição intratraqueal da agulha; direcionar agulha no sentido cefálico, ficando em inclinação de 45° com a pele.

Retirar a seringa com a salina e colocar guia metálico pela agulha, na direção cefálica, até ele emergir pela boca (opção: usar pinça de Magill para pinçar o guia na faringe).

Retirar a agulha e fixar a ponta distal do guia aramado que saiu pela boca.

Revestir o guia com o dilatador e progredi-lo até sentir resistência (abertura de planos de pele, subcutâneo, fáscia e membrana cricotireoidea).

Manter as duas extremidades do guia esticadas.

Introduzir tubo traqueal através do dilatador e guia na extremidade que sai pela boca (preferencialmente passe o dilatador pelo olho de Murphy do tubo), até sentir que o mesmo toca a parede anterior da traqueia, na altura da membrana cricotireoidea.

Retornar a cabeça do paciente para a posição neutra.

Retire guia e dilatador juntos e introduza o tubo para a região inferior da traqueia.

Máscara Laríngea:

Via de acesso invasivo supraglótico que se consagrou como equipamento indispensável na manipulação da via aérea difícil.

Dentre as vantagens de seu uso podemos citar que dispensa laringoscopia para sua iserção e permite a rapidez no acesso e controle da via aérea.

Uma vez inserida, a ML se acomoda na hipofaringe com sua face convexa posterior em contato com a parede da faringe, e a anterior, na forma de uma pequena máscara inflável se sobrepondo à laringe.

Indica-se a máscara laríngea:

Como conduto para intubação traqueal com fibra óptica no paciente acordado.

Na situação de não emergência (paciente anestesiado que não pode ser **entubado,** mas pode ser ventilado), como via aérea definitiva para prosseguir o caso.

Como conduto para intubação traqueal com fibra óptica no paciente anestesiado que pode ser ventilado, mas não intubado.

Na situação de emergência "não intubo,não ventilo",como um dispositivo salva-vidas.

Como conduto para intubação traqueal nos casos "não intubo, não ventilo".

Tubo Laringeo (TL) - COMBITUBE

O TL original consiste de um tubo de vias aéreas de silicone com dois balões. Os balões distais bloqueiam a entrada do esôfag e o espaço faríngeo acima da laringe, respectivamente, enquanto orifícios entre os balões permitem ventilação. O tubo laríngeo de sucção (LTS é uma versão de duplo lúmem do TL). O LTS possui um tubo esofagiano de drenagem que isola os tratos respiratórios e alimentar, permitindo a introdução de sonda gástrica no esôfago.

Cricotireoidostomia

Se possível: colocação de coxim sob os ombros para maximizar a exposição do pescoço e assepsia da região anterior do pescoço e anestesia da pele.

Identificação da membrana cricotireoidea.

Imobilizar a laringe usando o polegar e o dedo médio enquanto que o indicador palpa a membrana cricotireoidea.

Fazer incisão vertical na pele e palpar a cartilagem.

Incisão horizontal na membrana cricotireoidea próxima à sua borda infeiror.

Dilatar verticalmente a incisão com um a pinça Kelly ou com o cabo do bisturi.

Inserir a cânula de cricotireoidostomia,de traqueostomia infantil ou mesmo um TT de calibre pequeno.

Insuflar o balonete e confirmar intubação.

Via aérea com jato transtraqueal (VJTT)

A ventilação a jato transtraqueal é realizada a partir de uma cricotireoidostomia feita com cateter especial ou cateter venoso. É um procedimento simples, relativamente seguro e eficaz para uma situação de emergência na qual o paciente não pode ser intubado nem ventilado com máscara facial. A VJTT tem caráter provisório até o estabelecimento de uma via aérea definitivo.

INDICADORES

Taxa de intubação esofágica

Intubação retrógada e cricotireoidostomia: complicações imediatas: Hemorragia; enfisema subcutâneo ou de mediastino; pnemotórax, perfuração de traqueia, mediastino ou esôfago; lesão de corda vocal; aspiração do contudo gástrico; perfuração da porção membranosa da traqueia; complicações tardias: estenose traqueal ou subglótica; aspiração; fístula traqueoesogágica; mudança na voz; infecção local; sangramento; tranqueomalacia.

Mote ou dano cerebral permanente.

5. REGISTROS

Prontuário do paciente.

Evolução médica.

Evolução do enfermeiro.

Evolução do fisioterapeuta

Ficha de balanço e controle.

Registro de óbitos do hospital.

Laudo de exames laboratoriais.

Relatório da engenharia clínica.

6. SIGLAS

ML- Máscara Laríngea.

TL- Tubo Laríngeo.

VJTT- Via aérea com jato trasntraqueal.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Practice Guidelines for management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American

Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology 2003;98(5):1269-1277

Http://www.viaaereadificil.com.br Acessado em 07/08/2012

3.6 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Máscara e máscara enriquecida co O_2.

Conjunto completo para aspiração.

Tubo traqueal de tamanho adequando.

Laringoscópio.

Fita de fixação do tubo.

Seringa de 10 ml para insuflar balonete.

Luva estéril, avental, gorro, máscara e óculos de proteção.

Anestésico tópico em geleia e spray.

Guia de metal.

2. TAREFAS CRÍTICAS

Indicações de acesso à via aérea.

Sedação e anestesia local para o procedimento.

Técnica convencional de intubação traqueal.

Complicações relacionadas à intubação e à manutenção do tubo traqueal.

3. PROCEDIMENTOS

Indicações de via aérea artificial:

Obstrução de via aérea.

Proteção contra aspiração pulmonar.

Remoção de secreções, no paciente incapaz de fazê-lo independentemente.

Uso de ventilação mecânica - insuficiência respiratória ou choque.

Lavar as mãos

Ventilar e oxigenar com bolsa e máscara até atingir saturação adequada ($SatO_2$> 90%), forçando a extensão da cabeça (exceção no paciente com suspeita ou confirmação de lesão cervical) .

Aspirar secreções orais se estiverem presentes em quantidades abundantes.

Estratégias de sedação: leve (vantagens de manter incursões respiratórias espontâneas, reflexo de tosse e menor efeito hemodinâmico) ou profunda (vantagens de melhor controle de relaxamento muscular e amnésia após procedimento).

Iniciar a seqüência de medicações para analgesia e sedação.

Analgesia:

Fentanil (2 a 5 mcg/kg). Essa infusão pode ser feita de forma lenta (ao longo de 30 segundos a 1 minuto).

Sedação

Etomidato (0,3 mg/kg) ou,

Propofol (1 a 3mg/kg) ou,

Midazolam (0,1 a 0,3mg/kg) ou,

Cetamina 1 a 2 mg/kg.

A opção por uma destas medicações deve ser feita levando em conta a condição clínica do paciente (instabilidade hemodinâmica e probabilidade desenvolvimento de insuficiência adrenal).

Bloqueador neuromuscular (BNM), assim que houver a perda da consciência. O uso desta medicação deve ser avaliado conforme a sua segurança no procedimento. Podem ser utilizados:

Rocurônio (1mg/kg) ou,

Atracúrio 9 0,5mg/kg) ou ainda,

Succinilcolina(1-2 mg/kg)

A opção por uma destas medicações deve ser feita levando em conta os o inicio de ação, duração e efeitos colaterais de cada um destas, ajustados à condição clínica do paciente.

Testar o balonete do cuff antes da intubação.

Ajustar a cabeceira da cama; pode-se elevar ou manter no zero grau; a melhor posição será quando a ponta do nariz do paciente estiver na mesma altura que o apêndice xifoide do médico que fará o procedimento.

Proceder a intubação, tentativas com duração máxima de 20-30 segundos.

Mobilizar a cabeça de extensão (melhor para ventilação com bolsa e máscara) para posição neutra (ideal para intubação traqueal); colocar coxim ou pequeno travesseiro (cerca de 8 cm) embaixo da cabeça, na região do occipício (figura 1).

Colocar o laringoscópio pelo lado direito da abertura oral; aprofundar a lâmina, de modo a rebater a língua para a esquerda; avançar a lâmina até a valécula; após visualizar a epligote, elevar e empurrar o laringoscópio no sentido craniocaudal; visualizar a rima glótica.

Em caso de dificuldade, manter a ventilação com bolsa e máscara e oxigênio suplementar.

Usar oximetria de pulso durante procedimento (evitar $SatO_2$ inferiores a 90%).

Insuflar o balonete com 10 a 15 ml.

Testar posicionamento do tubo observando a expansibilidade torácica e auscultando o tórax durante a ventilação com bolsa.

Fixar o tubo após a inserção do balonete, entre a marcação 21 e 23 cm.

Aspirar secreções e determinar a pressão do balonete mantendo a menor pressão que evite fuga de ar verificada à ausculta (máximo 18- 20mmHg).

Manter as lâminas do laringoscópio em saco protetor (plástico) após desinfecção com álcool a 70%.

Cuidados com a manutenção da via aérea artificial:

Fixação do TOT a cada 24 horas ou em caso de frouxidão.

Confirmar a intubação traqueal através de:

Visualização da passagem do TOT pela glote.

Névoa na parede do tubo.

Capnografia/capnometria.

Ausculta torácica.

Radiografia de tórax.

Posicionar o tubo na cavidade oral preferencialmente centralizado (paciente sedado).

Ao mobilizar o paciente intubado, atenção para evitar atração do circuito do ventilador que pode levar ao deslocamento do tubo.

4.INDICADORES

Hipoxemia e/ou hipotensão durante procedimento.

Desposicionamento do TOT, (extubação acidental).

Obsturação do TOT, com necessidade de troca.

Trauma de boca, faringe, laringe ou traqueia.

Broncoaspiração (síndrome de Mendelson).

Estridor pós-extubação.

Granulomas, estenoses ou malacia na traqueia.

5. REGISTROS

Evolução médica

Anotação de enfermagem

Evolução de fisioterapia

Folha de balanço hídrico e sinais vitais

Laudo de broncoscopia

Parecer de otorrinolaringologia.

6. SIGLAS

TOT- Tubo Orotraqueal

$SatO_2$ – Saturação de Oxigênio.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Kabrhel C, Thomsen TW, Setnik GS, Walls RM.

Orothacheal intubation. N Engl J Med 2007;356:e15

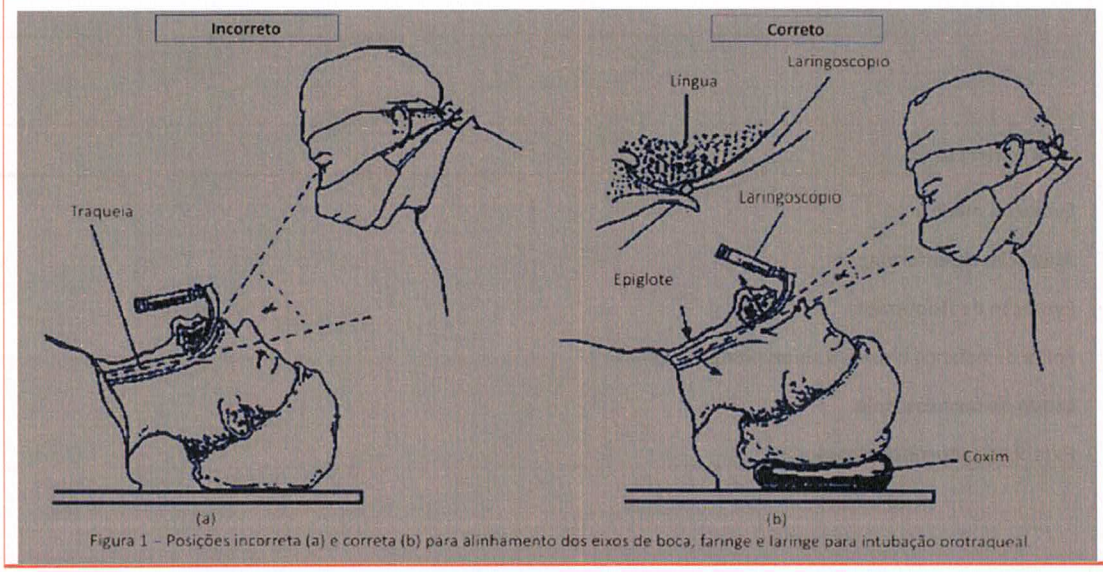


Figura 1 – Posições incorreta (a) e correta (b) para alinhamento dos eixos de boca, faringe e laringe para intubação orotraqueal.

3.7 INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Carvão ativado.**
- Antídotos específicos.

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Reconhecer em qual síndrome tóxica o paciente melhor se enquadra, caso o agente toxicante não seja conhecido (ver síndromes clínicas ao final do texto).**
- **Reanimação cardiopulmonar caso necessário.**
- **Medidas de suporte e correção de distúrbios associados.**
- **Uso de antídotos (ver tabela ao final do texto).**
- **Prevenção da absorção do toxicante.**
- **Aumento da eliminação do agente toxicante.**
- **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UTI**

3. PROCEDIMENTOS

Prevenção da absorção do toxicante

• LAVAGEM GÁSTRICA

• A lavagem gástrica somente deve ser considerada em pacientes que tenham ingerido quantidades significativas de um agente tóxico que determine Importante toxicidade sistêmica ou risco de vida e quando o procedimento possa ser iniciado até 1 hora após a ingestão.

• O paciente deve ser mantido em decúbito lateral esquerdo e a Infusão deve respeitar a capacidade gástrica do paciente. Em adultos, administra-se 250 mL por vez.

• CARVÃO ATIVADO

• A administração de carvão ativado deve ser considerada em pacientes que tenham ingerido quantidade potencialmente tóxica de substância que seja bem adsorvida pelo carvão ativado e, preferencialmente, até 1 hora após a exposição.

• Dose: 1 g/kg de peso (até 100 g), diluir a 10% e administrar por via oral ou através de sonda nasogástrica.

• Contraindicações incluem substâncias com alto risco de aspiração brônquica, como os derivados de petróleo, agentes corrosivos e pacientes com risco de sangramento ou perfuração devido a lesões de mucosa ou cirurgia recente.

• Não são adsorvidas pelo carvão ativado: ácidos, álcalis, álcoois e metais, incluindo lítio e ferro.

Aumento da eliminação do toxicante

• ALCALINIZAÇÃO DA URINA

• A alcalinização da urina é mais frequentemente utilizada para eliminação de salicilatos, fenobarbital e dapsona. Para Isso utillza-se uma infusão endovenosa de bicarbonato de sódio (1 a 2 mEq/kg por 3 a 4 horas) até atingir pH urinário entre 7 a 8; repetir se necessário. A alcalinização sérica é útil para diminuir a toxicidade dos salicilatos e antidepressivos tricfclicos.

• DOSES MÚLTIPLAS DE CARVÃO ATIVADO

• A indicação de múltiplas doses de carvão ativado para diálise intestinal é utilizada nas intoxicações por agentes que apresentem circulação entero-hepática como, por exemplo, fenobarbital e por medicamentos de liberação prolongada (teofilina em apresentação "retard"). A dose pode ser repetida a cada 4 horas nas primeiras 12 horas após a exposição ou até 48 horas, conforme as manifestações clínicas e características do agente tóxico.

Remoção extracorpórea de toxicantes

• **A hemodiálise é o principal método de remoção extracorpórea de substâncias. Intoxicações graves em que a hemodiálise pode ser útil incluem metanol, etilenoglicol, ácido bórico, salicilatos e lítio.**

4. INDICADORES

•Não se aplica

5. REGISTROS

• **Prontuário do paciente.**

• **Evolução médica.**

• **Evolução do enfermeiro.**

• **Ficha de balanço e controle.**

• Laudo de exames laboratoriais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

• **Martins HS. Tratamento específico das intoxicações exógenas agudas. In; Martins HS (Ed.). Emergências clínicas: abordagem prática. Baruerl: Manole, 2006. p. 753-77.**

• **Graff S. Intoxicações exógenas. In: Programa de atualização em medicina de urgência PROURGEN. Porto**

Alegre: Artmed/Panamericana; 2008. Ciclo 2. Módulo

1. p. 89-135.

• **Barotto AM, Cordioli MICV, Grando M. Intoxicações agudas. In: Programa de atualização em medicina**

intensiva - PROAMI. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana; 2008. Ciclo 7. Módulo 1. p. 39-87.

• **Martins HS e Jacon SM. Abordagem inicial das intoxicações exógenas agudas. In: Martins HS (Ed.).**

Emergências clínicas: abordagem prática. Barueri: Manole, 2006. p. 344-64.

3.8 SEPSE

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Laboratório preparado para realização de exames bioquímicos, hemograma e culturas.**
- **Frascos de hemocultura (quatro - dois anaeróbios e dois aeróbios ou quatro aeróbios) e frascos específicos para**

coletas de demais culturas pertinentes (secreção respiratória, urina, secreção de abscesso).

- **Material para coleta de gasometria e lactato.**
- **Material para passagem de cateter venoso central – campos e avental estéril, material para limpeza da área de passagem (ex. clorexidina degermante e solução de clorexidina alcoólica), luvas estéreis, gazes, anestésico local, equipo de soro, solução intravenosa (ringer ou soro fisiológico).**
- **Material para medir pressão venosa central (transdutor de pressão ou coluna d"água).**
- **Antibióticos venosos.**
- **Sonda vesical.**
- **Material para passagem de acesso arterial e medida de pressão arterial invasiva.**
- **Material de intubação e ventilador mecânico.**
- **Leito em unidade de emergência ou terapia intensiva.**
- **Equipe multiprofissional da UTI com treinamento para atendimento ao paciente séptico**

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Diagnosticar o paciente com sepse.**
- **Identificar o paciente com disfunções orgânicas e choque séptico.**
- **Identificar o foco infeccioso e coletar hemoculturas (dois pares de hemoculturas com 20 ml para cada coleta - 1 par, colocando 10 ml em cada frasco) e culturas pertinentes preferencialmente antes do início da antibioticoterapia.**
- **Avaliar a perfusão tecidual do paciente com sepse e adequá-la em até 6 horas.**
- **Administrar a antibioticoterapia venosa de amplo espectro para a Infecção confirmada ou suspeita em até 1 hora.**

3. PROCEDIMENTOS

• Reposição volêmica e uso de vasopressores

• Investigar sinais SIRS diante da suspeita de sepse. São sinais desta:

Temperatura central > 38 °C ou < 36 °C.

Frequência cardíaca > 90 bpm.

Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO^< 32 mmHg.

Leucócitos totais > 12.000/mm^; ou < 4.000/mm^ ou presença de > 10% de formas jovens.

• Atenção: hiperglicemia pode ocorrer em decorrência de SIRS.

• Investigar se a resposta inflamatória sistêmica está sendo ocasionada por um quadro Infeccioso confirmado ou suspeito. Se existe a possibilidade da SIRS ser consequência de um quadro infeccioso tratar como sepse até confirmar ou descartar a presença da infecção.

• Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o diagnóstico de sepse grave. As principais disfunções orgânicas são:

Hipotensão (PAm < 65 mmHg ou PA sistóllca < 90 mmHg).

Oligúria (< 0,5 ml/Kg/h) ou aumento de escórias nitrogenadas.

Pulmonar - definida por uma relação PaO^/FiO^ < 300.

Contagem de plaquetas < 100.000/mm^ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias.

Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases < 5,0 mEq/L e lactato > 1,5 vezes o valor normal.

Alteração do estado de consciência desde rebaixamento de do nível de consciência até agitação psicomotora.

Aumento das bilirrubinas > 2,0mg/dl.

Aumento do INR > 2,0.

Choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva a adequada reposição volêmica.

• A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse grave. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais.

• Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de sepse, sempre poderemos suspender a antibioticoterapia.

• Pacientes portadores de sepse grave (sinais de hipoperfusão tecidual, ou disfunção orgânica) e choque séptico deverão iniciar os pacotes propostos pela SSC. Os pacotes iniciais do atendimento são:

Pacote de ressuscitação inicial.

Pacote de choque.

Complementar com medidas para serem atingidas em 24 horas.

- **Pacote de ressuscitação inicial**
- **Diagnóstico**
- **Coletar lactato para diagnóstico de hipoperfusão tecidual. Se lactato maior que 1,5 vezes, ou se houver necessidade de drogas vasopressoras, instalar acesso venoso central.**
- **Coletar 2 pares de hemoculturas. Cada par é composto de uma coleta de 20 ml, coloca-se 10 ml em cada frasco de obtém-se o primeiro par. Realiza-se outra punção, caso o paciente tenha acesso venoso central há mais de 48 horas, coleta-se desta via 20 ml, coloca- se 10 ml em cada frasco e obtém-se o segundo. As hemoculturas devem ser coletadas sem aguardar que o paciente apresente pico febril e não deve ter intervalo de tempo entre as amostras.**
- **Antibioticoterapia. Fazer antibiótico intravenoso de amplo espectro para a infecção suspeita em até 1 hora do diagnóstico. Prescrever e avisar a enfermagem de que deve ser administrado em até 1 hora. O antibiótico deverá ser selecionado conforme o sítio infeccioso provável e a probabilidade de resistência antibiótica, baseando-se para tal em dados epidemiológicos do hospital.**
- **Otimização hemodinâmica - Se hipotensão, hiperlactatemia ou sinais hipovolemia, iniciar reposição volêmica (pelo menos 30 ml/kg de cristalóides).**
- **Pacote de choque**
- **O objetivo é atingir essas metas:**
- **PVC: 8 -12 mmHg ou 12 - 15 mmHg em pacientes em VM ou com complacência ventricular reduzida conhecida previamente.**
- **PAM > 65 mmHg.**
- **Diurese > 0,5 ml/kg/h.**
- **SvcO2>70%.**
- **O clearance de lactato pode ser utilizado como guia a resposta terapêutica nos casos em que exista hiperlactatemia, ou como equivalente a meta terapêutica nos casos em que não é possível obter $SvcO^2$.**
- **Caso se disponha, poderá se optar pela utilização de outro método de avaliação da volemia (pressão de oclusão da artéria pulmonar) ou métodos dinâmicos de avaliação de resposta a infusão de fluidos de fluidos (variação de pressão de pulso, variação da cava inferior, elevação passiva dos membros inferiores). Ao considerar os métodos dinâmicos de fluido responsividade como VPP, distensibilidade de veia cava inferior ou WS deve-se lembrar que os pacientes devem estar sob ventilação mecânica com VC 8-lOml/Kg, PEEP <lOcmH^O, ausência de arritmias e esforço ventilatório.**

- **Instalar um acesso arterial para medida da pressão arterial invasiva em todos os pacientes com choque séptico.**
- **Noradrenalina é o agente vasopressor de primeira escolha. A dopamina pode ser utilizada nas exceções em que houver bradicardia, pacientes com baixo risco de desenvolver arritmias ou com disfunção ventricular esquerda prévia conhecida.**
- **A otimização dos parâmetros citados deverá seguir o algoritmo a seguir:**
- **Atenção: a manutenção do Hematócrito acima de 30 é opcional e quando optado só deve ser feito nas primeiras 6 horas de atendimento. Após estas primeiras 6 horas (ou mesmo quando se optar por não adotar tal conduta) a hemoglobina deve ser mantida igual ou maior que 7 g/dl. Salvo nos casos acompanhados de sangramento ou insuficiência coronária aguda.**
- **Medidas propostas para 24 horas**
- **Controle glicêmico < 180 mg/dl. Protocolos específicos de controle glicêmico devem ser utilizados para este fim.**
- **Pacientes com choque séptico refratário ao uso dedrogas vasoativas podem receber hidrocortisona (50mg EV a cada 6 horas ou 100 mg EV a cada 8 horas).**
- **Pacientes sépticos com SDRA e intubados deverão ser ventilados seguido protocolos de ventilação protetora, mantendo VC de 5 a 7 ml/kg/min e pressão de platô até 30 mmHg. O peso a ser considerado é o predito pela estatura. Nos homens =50+0,91*(Altura em cm-152,4) e nas mulheres = 45,5+0,91*(Altura em cm-152,4).**

4. INDICADORES

- **Coleta de culturas.**
- **Administração do antibiótico em até 1 hora.**
- **Coleta de lactato e $SvcO^2$**
- **Otimização hemodinâmica, atingindo os objetivos citados em até 6 horas.**
- **Controle gllcêmico < 180 mg/dl.**
- Uso de ventilação protetora em pacientes com SDRA.

5. REGISTROS

- **Prescrição médica.**
- **Evolução médica.**

- **Prescrição do enfermeiro.**
- **Anotação de enfermagem UTI.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- Ficha de balanço e controle.

6. SIGLAS

SIRS-Síndrome da Resposta inflamatória Sistémica.

PAm - Pressão Arterial Média.

SDRA-Síndrome Do Desconforto Respiratório Agudo.

VM - Ventilação Mecânica.

$SvcO^2$- Saturação Venosa Central de Oxigénio.

SCC - Surviving Sepsis Campaing.

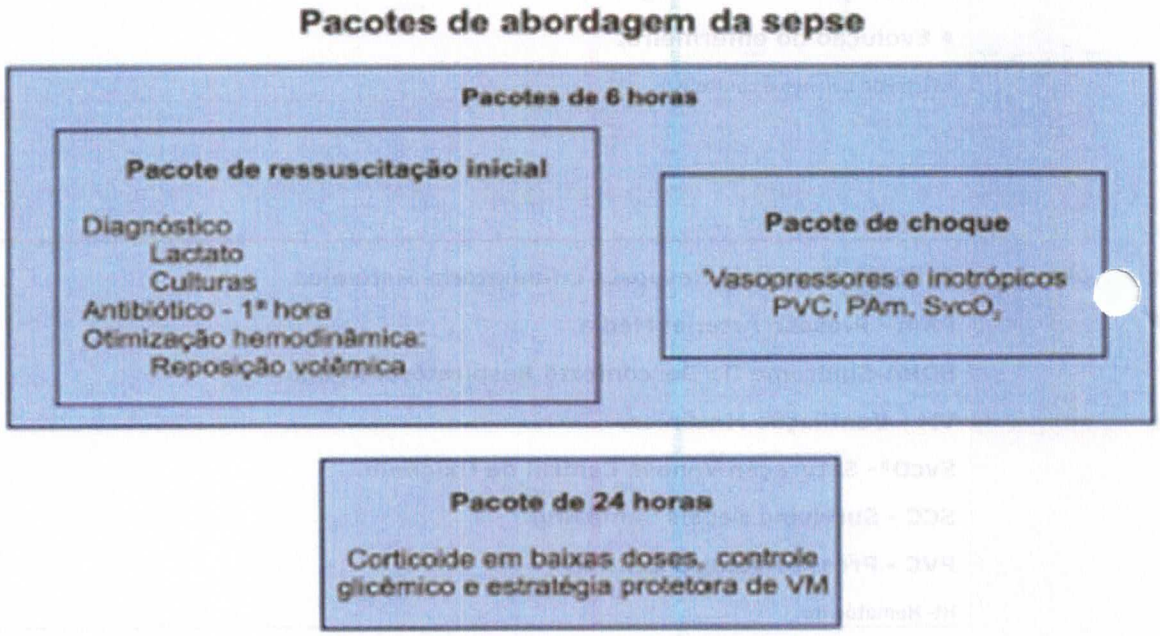
PVC - Pressão Venosa Central.

Ht- Hematócrito.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Dellinger RP. et. al. Surviving Sepsis Campaign: International guldelines for management of sevei sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med. 2008 Jan;36(l):296-327.**
- **Rivers E. et. al. Early goal-directed therapy In the treatment of severe sepsis and septic shock. N E J Med. 2001 Nov 8;345(19):1368-77.**

8. ANEXOS



3.9 PANCREATITE AGUDA GRAVE

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Apoio de especialidade cirúrgica abdominal.**
- **Exames de bioquímica sérica: amilase e lipase.**
- Tomografia computadorizada (TC).
- Equipe Multiprofissional da UTI (Médica, enfermagem, nutrição e fisioterapia)

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Classificar os pacientes em pancreatite aguda com ou sem gravidade.**
- **Identificar e manusear disfunções orgânicas advindas dos casos mais graves.**
- **Identificar e tratar prontamente os casos com necrose pancreática infectada.**

3. PROCEDIMENTOS

- **A pancreatite aguda grave é condição inflamatória, caracterizada por dor abdominal associada a elevação de enzimas pancreáticas; ela se assemelha a outros quadros de SIRS, e ocorre por migração de cálculo oriundo de vesícula biliar ou toxicidade direta por álcool em 80% dos casos. Outras causas são mais raras (~ 10%): hipertrigliceridemia, medicações, obstrução extrínseca do colédoco, ascaridíase, citomegalovirose, HIV/AIDS, hepatite B, caxumba, hipercalcemia grave, após procedimento de colangiografia endoscópica, trauma, pós-operatório abdominal e alterações genéticas.**
- **Os sintomas de pancreatite são dor abdominal persistente, náuseas e vômitos, febre, distensão abdominal e outros sinais/sintomas de disfunções orgânicas (choque, insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda).**
- **A classificação da pancreatite em leve ou grave depende de critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos; a pancreatite leve é autolimitada (3 - 5 dias), com imagem de edema do pâncreas na TC e se resolve com tratamento sintomático e conservador.**
- **A pancreatite grave se caracteriza por sinais de inflamação sistêmica, com disfunções orgânicas e posteriormente**

com complicações locais; a TC demonstra necrose e/ou coleções pancreáticas ou peripancreáticas.

- **A elevação de amilase sérica e/ou lipase sérica acima de 3 vezes a normalidade sugerem o diagnóstico quando avaliadas conjuntamente com os sintomas; a amilase é muito sensível, sobe nas primeiras 10 – 12 horas de doença, porém pode se elevar em outras patologias do trato gastrointestinal; a lipase é mais específica e permanece elevada por mais tempo; seu grau de elevação não se associa com gravidade ou recuperação dos pacientes.**
- **Critérios de Ranson**
- **Cinco sinais podem ser documentados à admissão:**
- **Idade > 55 anos.**
- **Glicemia > 200 mg/dL.**
- **LDH>350 UI/L**
- **TGO 250 UI/L.**
- **Leucócitos > 16.000/mml**

- **Os outros seis sinais são determinados nas primeiras 48 horas da admissão:**
- **Redução do hematócrito > 10%.**
- **Elevação da ureia > 5 mg/dL.**
- **Cálcio sérico < 8 mg/dL (< 2 mmol/L).**
- **PaO2<50mmHg.**
- **Déficit de bases > 4 mEq/L.**
- **Sequestro de líquido para o terceiro espaço > 6 L.**
- **A pancreatite grave é diagnosticada se:**
- **Três ou mais critérios de Ranson estiverem presentes.**
- **APACHE? 8 pontos.**
- **Presença de um ou mais dos seguintes: choque, insuficiência renal ou respiratória.**
- **Os critérios de Ranson são inespecíficos e não predizem de forma adequada a gravidade, ao passo que o escore APACHE II é mais complicado para cálculo e não prediz gravidade nas primeiras horas após a internação de pacientes com pancreatite aguda. Outros escores foram avaliados e apresentam moderada acurácia:**

BISAP (ureia > 50 mg/dl, confusão mental/torpor, SIRS maior que 2 pontos, idade > 60 anos, derrame pleural);

Harmiess acute pancreatitis score **(hematócrito e creatinina sérica normais e ausência de defesa/hipersensibilidade**

abdominal); ***Sequentia! Organ Failure Assessment*** **(SOFA) score.**

- **O escore Balthazar (Tabela 1) é composto por alterações de imagem na TC (pontuação maior que 5 pontos aumenta o risco de curso complicado):**
- **o tratamento da pancreatite aguda grave deve ser realizado inicialmente na UTI; hidratação vigorosa deve repor a perda extensa de líquidos por sequestro retroperitoneal; manter débito urinário acima de 0,5 ml/ kg/h; analgesia com opioídes; suporte respiratório (oxigenioterapia, ventilação mecânica); profilaxia de úlcera de estresse gástrico; reposição de cálcio somente se houver hipocalcemia com sinais clínicos de tetania ou convulsões.**
- **A 13° semana se caracteriza por desenvolvimento de SIRS e disfunções orgânicas; nas 2° e 3° semanas podem ocorrer sepse e formação de necrose e coleções infectadas.**
- **A nutrição deve ser realizada por cateter nasojejunal e é o método de escolha para oferta de nutrição em doentes com pancreatite aguda grave após a fase de reanimação hemodinâmica; nos pacientes cuja condição é estável, a alimentação deve ser iniciada dentro de dois a três dias após a admissão.**
- **A nutrição parenteral pode ser necessária na presença de íleo grave. Evitar lipídios por via intravenosa se cursar com triglicerídeos acima de 500 mg/dl.**

- **A síndrome de compartimento abdominal é comum em casos de pancreatite aguda grave e prejudica a avaliação do débito urinário (pressão intra-abdominal acima de 12 - 15 mmHg); a descompressão cirúrgica deve ser realizada com pressões acima de 20 – 25 mmHg associada ao desenvolvimento de disfunções orgânicas.**

- **Papilofomia endoscópica pode ser realizada nas primeiras 48 - 72 horas de internação e melhora a evolução nos casos de pancreatite biliar.**

- **A infecção de necrose infectada e o abscesso pancreático ocorrem por translocação bacteriana intestinal e via hematogênica, geralmente após a 1° semana de doença. A extensão de necrose acima de 30% aumenta muito a chance desta complicação. Está indicada a punção guiada por TC, porém a localização e a disponibilidade de profissional capacitado são limitações para aplicação desta técnica atualmente.**

- **Antibióticos estão indicados na suspeita ou presença comprovada de necrose infectada. A profilaxia antibiótica**

não se confirmou com estudos posteriores à década de 90, além de selecionar bactérias resistentes e aumentar a chance de infecção fúngica. Devem ser usados antibióticos com boa penetração no pâncreas: quinolonas, cefalosporinas, carbapenêmicos e metronidazol. Glicopeptídeos e antifúngicos devem ser acrescentados se não houver melhora da sepse em 48 horas e/ou se houve uso de antibióticos previamente. A duração do tratamento antibiótico é incerta.

- **A intervenção cirúrgica deve ser postergada ao máximo possível, principalmente posteriormente à 3° semana**

de doença. Não se provou o benefício de necrosectomia antes deste período. A laparotomia deve ser reservada para casos de hemoperitôneo ou peritonite difusa por perfuração de alça intestinal. Colecistectomia deve ser realizada antes da alta hospitalar, após a fase mais grave da doença.

4. INDICADORES

- **Etiologia biliar da pancreatite aguda (pelo menos acima de 50%).**
- **Taxa de infecções nosocomiais.**
- **Mortalidade hospitalar.**

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**

- **Evolução do enfermeiro.**
- **Evolução do fisioterapeuta.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- **Registro de óbitos do hospital.**
- Laudo de exames laboratoriais e radiológicos.

6. SIGLAS

- **TC- Tomografia Computadorizada**
- **SIRS - Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica**
- **APACHE - Acute Physiology and Chronic Health disease Classifícation System**
- **SOFA - Sequential Organ Failure Assessment**
- **AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**
- **LDH - Desidrogenase Láctica**
- TGO - Transaminase Glutâmico-oxalacética

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Balthazar, EJ, Robinson, DL, Megibow, AJ, Ranson, JH, Radiology 1990; 174:331.**
- **Marik PE, Zaloga GP. Meta-analysis of parenteral nutrition versus enteral nutrition in patients with acute**

pancreatitis. BMJ 2004;328:1407-1407.

- **Nathens AB, Curtis JR, Beale RJ, Cook DJ et al. Management of the critically III patient with severe acute pancreatitis. Crit Care Med 2004; 32: 2524-36.**
- **Dellinger EP, Tellado JM, Soto NE et al. Early Antibiotic Treatment for Severe Acute Necrotizing Pancreatitis: A**

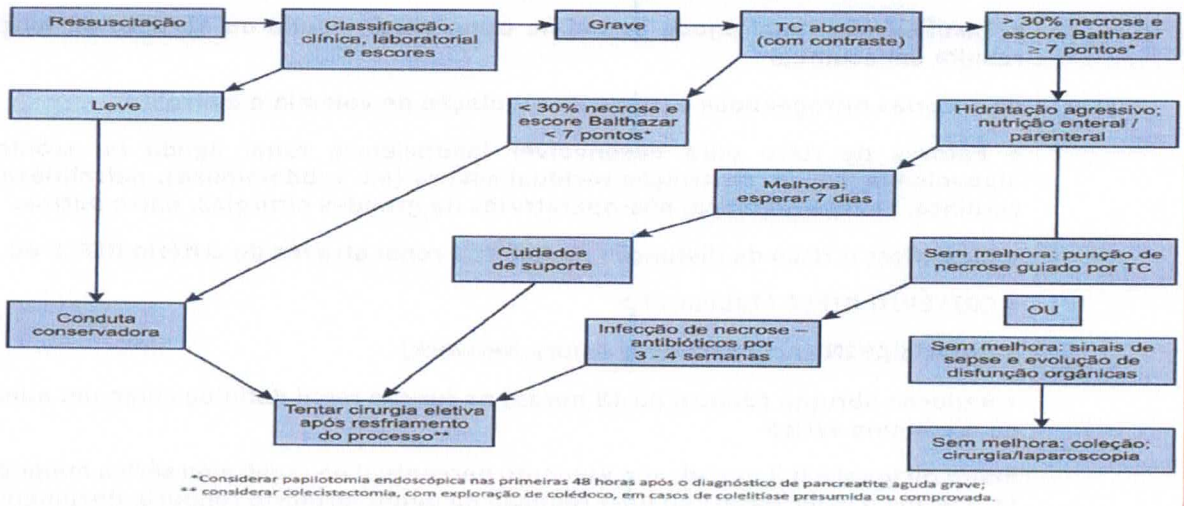
Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Ann Surg 2007; 245: 674-683.

8. ANEXOS

Tabela 1 - Escore Balthazar - Imagem de alterações pancreáticas e peri-pancreáticas na Tomografia Computadorizada		
Grau	Achados	Es
A	Pâncreas normal; bem definido, com contornos claros; impregnação de contraste homogêneo; gordura peripancreática e retroperitoneal sem captação de contraste.	
B	Aumento focal ou difuso do pâncreas; contorno pode ser irregular; captação de contraste pode ter falha em espaço peripancreático.	
C	Inflamação peripancreática com anormalidades pancreáticas intrínsecas.	
D	Coleções líquidas intrapancreáticas ou extrapancreáticas.	
E	Duas ou mais coleções gasosas grandes no pâncreas ou retroperitôneo.	

Necrose, %	Escore
0	0
< 33	2
33 - 50	4
50	6

Figura – Conduta geral nos casos de pancreatite aguda grave.



*Considerar papilotomia endoscópica nas primeiras 48 horas após o diagnóstico de pancreatite aguda grave;
** considerar colecistectomia, com exploração de colédoco, em casos de colelitíase presumida ou comprovada.

3.10 INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Dosagem de bioquímica sérica.**

- **Ultrassonografia.**
- **Serviço de Nefrologia.**
- **Equipe médica e multiprofissional da UTI**

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Monitorizar o risco de disfunção renal aguda ou crônica agudizada.**
- **Diagnosticar insuficiência renal (disfunção/falência) no paciente grave; identificar os tipos de insuficiência renal aguda.**
- **Indicar tratamento clínico e/ou terapia de substituição renal.**

3. PROCEDIMENTOS

- **Insuficiência renal aguda se define como perda aguda ou abrupta da função renal, que resulta em acúmulo**

de escórias nitrogenadas e perda da regulação de volemia e eletrólitos.

- **Fatores de risco para desenvolver insuficiência renal aguda ou crônica agudizada: hipovolemia, sepse, destruição tecidual severa (ex. rabdomiólise), nefrolitíase, insuficiência cardíaca, cirrose hepática, pós-operatórios de grandes cirurgias, entre outros.**
- **Classificar o risco de disfunção ou falência renal através do critério RIFLE ou AKIN:**
- **CRITÉRIO RIFLE (Tabela 1) >**
- **Critério AKIN *(Acute Kindney Injury Network)***
- **Redução abrupta (dentro de 48 horas) na função renal definida como um aumento absoluto na creatinina sérica**

maior ou igual a 0,3 mg/dL, um aumento percentual na creatinina sérica maior ou igual a 50% (1,5 vezes o valor basal) ou uma redução do débito urinário (oligúria documentada de menos de 0,5 mL/kg/hora por mais de 6 horas).

- **A taxa de filtração glomerular (TF6) pode ser estimada através do *clearance* da creatinina através da equação**

de Cockcroft e Gault: Clearance da creatinina (140 - idade) x peso corporal ideal em kg (72 X creatinina sérica em mg/dL)

- **Este cálculo só é válido quando a função renal é estável e a creatinina sérica mantém-se constante; quando o paciente está oligúrico ou a creatinina sérica encontra-se em elevação rápida, deve-se considerar o *clearance* da creatinina como menor que 10 mL/min.**
- **Os sinais e sintomas de insuficiência renal aguda compreendem sinais de hipovolemia ou de hipervolemia (edema, derrames cavitários, congestão pulmonar, hipertensão arterial); pode-**

se verificar anúria (< 100 mL/dia), oligúria (< 0,5 mL/kg/hora por um período maior ou igual a 2 horas) ou poliúria (> 3 mL/kg/hora); acidose metabólica com aumento do *ânion gap;* hipercalemia; hipo ou hipernatremia; hiperfosfatemia; disfunção plaquetária, com discrasia sanguínea; uremia (torpor, náuseas e vômitos, dor abdominal); miofasciculações.

• Os tipos de insuficiência renal aguda podem ser agrupados em 3:

• Pré-renal: choque hipovolêmico ou distributivo, hemorragias, uso de diuréticos ou laxantes, diarreia, cirrose hepática.

• Pós-renal: obstrução do trato urinário (obstrução de cateter vesical, litíase, tumores, necrose papilar, coágulos).

• Renal intrínseco: necrose tubular aguda, nefrites intersticiais, leptospirose, causas vasculares, síndrome hemolítico-urêmica/púrpura trombocitopênica trombótica, endocardite bacteriana, síndrome de compartimento abdominal.

• Todo paciente com insuficiência renal aguda deve ser submetido a ultrassonografia para se afastar causas de obstrução do trato urinário

• A diferenciação entre causas pré-renais e necrose tubular aguda deve ser realizada rapidamente para se evitar falência renal: pré-renal está associada com hipoperfusão renal no seu estágio inicial, enquanto a necrose depende de hipoperfusão grave e prolongada; nas causas pré-renais, a urina é concentrada e pobre em sódio; na necrose tubular, a densidade urinária pode estar normal/reduzida e há aumento do sódio urinário (coleta de amostra de 10-20 ml de urina).

• Pode-se prevenir a insuficiência renal aguda através de:

• Evitar os fatores causais descritos anteriormente, principalmente hipovolemia ou hipotensão e agentes nefrotóxicos, especialmente em paciente sob risco aumentado (idosos, diabéticos).

- Manter normovolemia

• Identificar e corrigir possível obstrução pós-renal.

• Suspender drogas nefrotóxicas.

• Tratar distúrbios subjacentes.

• A infusão de N-acetilcisteína e de bicarbonato de sódio previamente a exames com contraste venoso têm benefício questionável; avaliar o uso de contraste não iônico; a melhor estratégia é a hidratação venosa com salina antes do uso de contraste venoso.

• O uso de furosemida não evita a evolução para falência renal e pode atrasar a recuperação da função também; seu uso não é preconizado na insuficiência renal aguda.

• O bicarbonato de sódio pode ser usado para tratar acidose metabólica com pH < 7,20 - 7,25, desde que não exista hipoperfusão tecidual e aumento do lactato sérico.

• Em pacientes com grande piora da função renal, indica- se a terapia de substituição renal (diálise). As principais indicações são:

• Uremia sintomática (asteríxis, atrito pericárdico, encefalopatia), usualmente com níveis acima de 200 mg/dl.

• Acidose refratária ao tratamento clínico.

- **Hipercalemia ou sobrecarga volêmica refratária ao tratamento clínico.**
- **A escolha da modalidade de diálise (intermitente ou contínua) é frequentemente guiada pelo estado hemodinâmico do paciente; se o paciente precisa de aminas vasoativas em doses maiores, opta-se pelo modo contínuo ou prolongado; quando houver melhora da hemodinâmica, opta-se pelo modo intermitente para aumentar a eficiência da diálise.**

4. INDICADORES

- **Dosagem sérica de creatinina, ureia, bicarbonato de sódio, sódio e potássio.**
- **Taxa de pacientes que precisam hemodiálise por total de pacientes internados na UTI.**

5. REGISTROS

- **Prontuário do paciente.**
- **Evolução médica.**
- **Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- **Laudo de exames laboratoriais.**
- Registro de óbitos do hospital.

6. SIGLAS

RIFLE-R/s/c, *Injury, Failure, Loss, End-stage*

DRT- Doença Renal Terminal

AKIN - *Acute Kindney Injury Network*

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P. Acute renal failure - definition, outcome measures,**

animal models, fluid therapy and Information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Criticai Care 2004, 8:R204-R212.

- **Renal Replacement Therapy Study, NEJM 2009.**

8.ANEXOS

Tabela 1. CRITÉRIO RIFLE

Classificação	Filtração glomerular	Volume urinári
RISK (Risco)	↑ 1,5x creatinina sérica ou ↓ RFG > 25%	< 0,5 mL/kg/h em 6
INJURY (Lesão)	↑ 2x creatinina sérica ou ↓ RFG > 50%	< 0,5 mL/kg/h em 12
FAILURE (Insuficiência)	↑ 3x creatinina sérica ou creatinina sérica ≥ 4 mg/dL com elevação aguda > 0,5 mg/dL ou ↓ RFG > 75%	< 0,3 mL/kg/h em 24 h anúria por 12 ho
LOSS (Perda da função)	IRA persistente por mais de 4 semanas	
End-stage renal disease (DRT – Doença Renal Terminal)	Insuficiência renal por mais de 3 meses	

3.11 SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS

1. MATERIAL NECESSÁRIO

Equipe medica e multiprofissional da UTI.

ECG de 12 derivações.

Fibrinolítico e/ou Equipe de Cardiologia intervencionista e sala de hemodinâmica.

Medicamentos padronizados na instituição para tratamento de SCA descritos nesta rotina.

2. TAREFAS CRÍTICAS

Reconhecer diagnóstico de Síndrome Coronária Aguda.

Estabelecer baseado em ECG, história clínica e marcadores bioquímicos o algoritmo de atendimento adequado.

Estabelecer de trombólise química ou mecânica respeitando indicadores de tempo do atendimento e qualidade.

Prescrever fármacos que promovem benefício e redução de mortalidade nas primeiras 24 horas e confirmar prescrição de alta da UTI.

3. PROCEDIMENTOS

Avaliação da Dor torácica:

Considerar a probabilidade de a dor torácica decorrer de manifestação de síndrome coronária aguda (SCA) baseada na estratificação da American Heart Association e recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) descrita na tabela 1.

Síndromes coronarianas agudas (SCA):

Envolve os quadros com elevação ou supradesnível do segmento ST (SCAEST) ou sem elevação ou supra desnível do segmento ST (SCASEST). O trombo que promove a oclusão total (SCAEST) ou parcial da coronária (SCASEST) determina a manifestação clínica e eletrocardiográfica. O infarto sem supra desnível do segmento ST diferencia-se da angina instável pela presença de marcadores séricos de necrose miocárdica.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

A estratificação de risco identifica pacientes com SCA sem elevação de ST e angina instável que devem ser conduzidos com estratégia invasiva. A angiografia coronariana determina melhor avaliação de recomendações terapêuticas.

CONDUTA INICIAL

Oxigénio -Acesso Venoso-Monitor.

História e exame físico breve e dirigido.

Sinais vitais (PA, FC, FR).

Oximetria.

ECG de 12 derivações em até 10 minutos do início do atendimento.

Marcadores de lesão miocárdica.

Radiografia de tórax em até 30 minutos (desde que feita sem deslocamento do paciente da unidade).

MARCADORES DE LESÃO MIOCÁRDICA

Mioglobina: marcador mais precoce disponível; aumenta em 2 a 3 horas após o infarto, com pico entre 6 horas e normalização em 24 horas. O valor preditivo negativo bastante relevante quando dosada quatro horas após o início dos sintomas.

CreatinoquInase-MB (CPK-MB): é específica para o músculo cardíaco; eleva-se entre 4 a 12 horas após início da dor; pico em 24 horas; valores normalizam- se em 48-72 horas. Falsos positivos: pós-operatório de cirurgia cardíaca, angioplastia, doenças musculares, uso de cocaína, hipotireoidismo, insuficiência renal crônica e alcoolismo.

As Troponinas cardíacas T e I são os marcadores laboratoriais mais sensíveis e específicos de lesão miocárdica. As troponinas começam a elevar-se em 4 horas, têm pico em 12 horas e mantêm-se elevadas por 7 a 14 dias. A Troponina elevada isoladamente não faz diagnóstico de infarto (outras causas: pericardite, miocardite, embolia pulmonar, ICC, choque séptico, trauma cardíaco, drogas cardiotóxicas, insuficiência renal grave).

TRATAMENTO

Todos pacientes devem receber imediatamente ou dentro das primeiras 24 horas preferencialmente, exceto se contraindicado:

Medicação antianginosa (betabloqueador, nitratos, diltiazem/verapamil).

Terapia antiagregante (aspirina e clopidogrel).

Estatina.

Inibidor da enzima de conversão (IECA).

Heparina não fracionada ou de baixo peso molecular (exceto em fibrinólise com estreptoquinase).

Para pacientes de alto risco considerar o uso dos inibidores da glicoproteína IIb/IIIa.

- **Principais Fármacos:**

Ácido Acetilsalicílico

Reduz a mortalidade.

200 mg (mastigar) VO, o mais rapidamente possível; manutenção de 75 a 100 mg ao dia.

Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor

Reduz a mortalidade.

Administrado associado ao AAS.

Para casos de hipersensibilidade ao AAS, podem ser administrados isoladamente.

Dose:

Clopidogrel: 300 mg via oral, seguido por 75 mg/ dia caso não programada a intervenção coronária percutânea (ICP); para os casos de ICP imediata ou em curto prazo a dose inicial deve ser de 600 mg. Evitar as doses de ataque para pacientes acima de 75 anos.

Ticagrelor: 180 mg via oral, seguido de 90 mg 2x/dia

Prasugrel: 60 mg via oral, seguido de 10 mg/dia

Nitroglicerina.

Não reduz mortalidade.

Analgésico eficaz para desconforto torácico isquêmico.

Não deve ser administrado em caso de IAÍVI de ventrículo direito ou uso. de sildenafil ou similar nas ultimas 24 - 48 horas.

Apresentações:

Endovenosa: Nitroglicerina 25 e 50 mg. Iniciar com 5 -10 mg/minuto (3 a 6 mL/h) e aumentar 5 a 10 mg/minuto a cada 5 a 10 minutos, não excedendo 100 mg/minuto:

Cálculo da velocidade de infusão da nitroglicerina EV (mg/min.) = (taxa de infusão (mL/hora) x5) /3.

Morfina

Não reduz mortalidade.

2 a 5 mg EV cada 5 minutos: 1 ampola em 9 ml de água destilada, fazer 2 a 5 ml.

Precauções: Hipotensão; Depressão respiratória; Náuseas e vômitos.

Use naloxone (Narcan® 0,4 mg em 1 ml) 0,4 a 0,8 mg EV para reverter a depressão respiratória.

Betabloqueadores

Reduz mortalidade.

Preferencialmente iniciar pela via oral:

Metoprolol - 25 mg de 12/12 horas aumentando até 100 mg de 12/12h.

Atenolol - 25 mg 24/24 horas, aumentando até 100 mg.

Carvedilol 3,125 12/12 horas até 25 mg 12/12 horas.

Contra-indicações absolutas: Hipotensão, Broncoespasmo, Bradicardia, Bloqueio AV avançado e Disfunção ventricular esquerda grave e infarto do ventrículo direito.

Bloqueadores dos canais de cálcio

Não reduz a mortalidade.

As evidências de benefício dos bloqueadores dos canais de cálcio são maiores para o verapamil e diltiazem.

Verapamil: 2,5 a 5 mg EV em *bolus* em cerca de 2 minutos. O efeito terapêutico máximo se observa em 3 a 5 minutos. Dose oral inicial: 80 mg a cada 8 horas ou 120 mg AP a cada 12 horas.

Diltiazem 25 mg EV em *bolus,* seguido de infusão EV contínua de 10 mg/hora, podendo aumentar até 15 mg/hora; a infusão não deve exceder 24 horas devido ao acúmulo de metabólitos tóxicos. Dose oral: 30 ou 60 mg 3 a 4 vezes ao dia; 90,120 ou 180 mg RETARD de 12 em 12 horas.

Atenção à associação de bloqueador dos canais de cálcio e betabloqueador, uma vez que ambos agem em sinergia na depressão da função do VE e da condução dos nós sinusal e atrioventricular.

Heparinas

Reduzem a mortalidade.

Heparina de baixo peso molecular (HBPM: enoxaparina) ou heparina não fracionada.

Dose:

HBPM:

Pacientes até 74 anos: dose de ataque com *bolus* de 30 mg EV, seguido da dose de 1 mg/kg SC a cada 12 horas.

Pacientes com 75 anos ou mais: não utilizar dose de ataque e diminuir a dose de manutenção em 25% (0,75 mg/kg SC a cada 12 horas;

Pacientes com *clearance* de creatinina < 30, a dose de ataque não deve ser utilizada e a dose de manutenção deve ser reduzida para metade (1 mg/kg SC 1 vez ao dia).

HNF:

60 -70 lU/Kg (máximo 5.000 lU): 12 - 15 Ul/Kg/H (máximo 1.000 Ui/h) Bolus de 4Ò00 Ul seguido de infusão de 800 a 1.000 U/h para manter a relação do TTPa entre 1 - 2,5 x o controle.

FONDAPARINUX:

Fondaparinux é um inibidor sintético e específico do fator X ativado (Xa).

Promove redução de mortalidade e está indicado em substituição a heparina.

Dosagem: 2,5 mg uma vez ao dia administrada até 7 dias ou alta hospitalar. A administração da primeira injeção de Fondaparinux Sódico deve ser estritamente seguida em pacientes > 75 anos e/ ou com peso corporal < 50 kg e/ou com disfunção renal moderada (CIcrea: 30 - 50 ml/min). Na Disfunção renal grave não deve ser usado (CIcrea: < 30 ml/min).

Inibidores da Glicoproteína Mb/IIIa

Reduz mortalidade.

Indicações:

Paciente de alto risco com angina instável ou infarto sem elevação do segmento ST (juntamente com heparina).

Pacientes que serão submetidos a angioplastia coronária (iniciado no momento da angiografia).

Não existe indicação para a utilização de inibidor IIb/IIIa como adjuvante ao tratamento fibrinolítlco nos infartos com supradesnivelamento de ST.

Abciximab

0,25 mg/kg em bolus, seguido por 0,125mg/kg/ durante 12 horas.

Tirofiban

Diluir 50 mL de tirofiban em SF/SG 200 mL.

Ataque: 0,4mg/kg/minuto - peso corporal x 0,48 = dose em mL/hora (correr em 30 minutos).

Manutenção: 0,1mg/kg/minuto - dose de ataque 4 = dose em mL/hora (durante 48 horas).

Insuficiência renal: clearance da creatinina < 30 mL/minuto - diminuir a dose em 50%.

A solução deve ser desprezada após 24 horas.

Contra-indicações:

Sangramento interno em atividade ou distúrbio da coagulação nos últimos 30 dias (trombocitopenia).

História de hemorragia, neoplasia, má-formação arteriovenosa ou aneurisma intracranianos ou históricos de AVC nos últimos 30 dias.

Cirurgia de grande porte ou trauma nos últimos 30 dias.

Dissecção aórtica, pericardite ou hipertensão severa.

Hipersensibilidade e uso concomitante de outro inibidor da GR IIb/IIIa

Plaquetas abaixo de 150.000/mml

Terapêutica Trombolítica

Indicação:

1 Reduz mortalidade.

2 Paciente com história característica associada a alterações eletrocardiográficas de elevação do segmento ST e que não tenha nenhuma contraindicação absoluta à trombólise.

Em geral, não se recomenda terapia trombolítica quando passados mais de 12 horas do início dos sintomas (início do episódio que levou o paciente a procurar socorro).

Estreptoquinase (Streptase 1.500.000 UI)

1,5 milhões UI (1 frasco-ampola) diluído em 100 mL de SF ou SG EV em 1 hora de infusão (sempre em veia periférica).

Alteplase: ativador do plasminogênio tecidual (tPA).

Peso > 65 kg:

- 15 mg como *bolus* EV.

- A seguir 50 mg em infusão EV durante 30 minutos.

- A seguir infusão EV de 35 mg durante os 60 minutos seguintes, até a dose máxima de 100 mg.

Peso < 65 kg

- 15 mg como *bolus* EV.

- A seguir, infusão de 0,75 mg/kg (até o máximo de 50 mg) durante 30 minutos.

- A seguir, infusão de 0,5 mg/kg (até o máximo de 35 mg) durante os 60 minutos seguintes.

Tenectplase:

Reduz a mortalidade

A dose necessária deve ser administrada como um único bolo intravenoso, durante aproximadamente 5 a 10 segundos.

Critérios de Reperfusão

Melhora imediata da dor.

Redução na elevação do segmento ST de mais de 70% nas derivações com a elevação máxima.

Inversão da onda T durante as primeiras poucas horas de terapia de reperfusão.

Ritmo idioventricular acelerado (frequência cardíaca de 60 a 120 bpm) ou outras arritmias de reperfusão.

Contra- indicações e cuidados com uso de fibrinolíticos

Absolutas

Qualquer hemorragia intracraniana prévia.

Lesão vascular cerebral estrutural conhecida (por exemplo, MAV).

Neoplasia intracraniana maligna conhecida (primária ou metastática).

AVC isquêmico nos últimos 3 meses (EXCETO AVC isquêmico agudo há menos de 3 horas).

Suspeita de dissecção aórtica.

Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluindo menstruação).

TCE significativo ou trauma facial nos últimos 3 meses.

Relativas

História hipertensão crônica, severa, mal controlada.

Hipertensão descontrolado severa de entrada (PS > 180 mmHg ou PD >110 mmHg).

História de AVC isquêmico prévio a mais de 3 meses, demência ou patologia intracraniana conhecida não coberta nas contraindicações absolutas.

Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (>10 minutos) ou grande cirurgia com menos de 3 semanas.

Sangramento interno recente (dentro de 2 a 4 semanas).

Punção vascular não compressível.

Para estreptoquinase ou anistreplase: exposição prévia (há > 5 dias) ou reação alérgica prévia a estes agentes.

Gravidez.

Úlcera péptica ativa.

Uso atual de anticoagulantes.

Inibidor da Enzima de Conversão (IECA)

Reduzem mortalidade.

Prescrito nas primeiras 24 horas.

Úteis após o infarto do miocárdio, especialmente com disfunção sistólica ventricular esquerda e na para prevenção de mortalidade em até seis meses.

IECAS com evidencia para uso:

Captopril: doses alvo: 100 mg/dia.

Enalapril: doses alvo: 10 - 20 mg/dia.

Lisinopril: doses alvo: 30 - 35 mg/dia.

Ramipril: doses alvo: 5 -10 mg/dia.

Trandolapril: doses alvo: 4 mg/dia.

Perindopril: doses alvo: 16 mg/dia.

Estatinas

Reduzem mortalidade

Prescrito nas primeiras 24 horas.

Atorvastatina: dose: 80 mg/dia.

Sinvastatina: dose: 40 mg/dia.

Pravastatina: dose: 40 mg/dia.

4. INDICADORES

ECG em até 10 minutos da admissão hospitalar.

Taxa de reperfusão.

Tempo porta-agulha inferior a 30 minutos.

Tempo porta-balão inferior a 90 minutos.

Taxa de prescrição dos medicamentos que reduzem mortalidade: AAS, clopidogrel, IECA, Estatina, Betabloqueador, Heparina.

Mortalidade hospitalar.

5. REGISTROS

Prontuário do paciente.

Evolução médica.

Evolução do enfermeiro.

Evolução do fisioterapeuta.

Registro de óbitos do hospital.

Laudo de exames laboratoriais

6. SIGLAS

AHA - American Heart Association

SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia

ECG - Eletrocardiograma

CIcrea - Clearance de Creatinina

SCA - Síndrome Coronariana Aguda

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, Timerman A, et al. Sociedade Brasileir**

de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):el79-e264.

- **Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A. Jr. *Guidelines for Unstable Angina . Non- ST-Segment Elevation Myocardial Infarctíon of the Brazilian Society of Cardiology (II Editi 2007).* Arq**

Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-el31.

- **Goodman SG, Menon V, Cannon CP et al. Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarctí Antíthrombotic and Thrombolytíc Therapy: American College of Chest Physicians Evidenced-Ba Clinicai Practíce Guidelines (8th Editíon). Chest 2008; 133(6) Supplement:708S-775S.**

- **Harrington RA, Becker RC, Cannon CP et al. Antíthrombotic Therapy for Non-ST-Segment Eleval Acute Coronary Syndromes: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinicai Prac Guidelines (8th Editíon).**

Chest 2008; 133(6) Supplement: 670S-707S.

- **Trost JC, Lange RA. Treatment of acute coronary syndrome: Part 1: Non-ST-segment acute coron syndrome.**

Crit Care Med 2011; 39:2346-53.

08.ANEXOS

Tabela 1

	A. Alta Probabilidade	B. Probabilidade Intermediária	C. Baixa Probabilidade
	Alta probabilidade que a dor torácica seja de etiologia isquêmica se o paciente apresentar *qualquer um* dos achados na coluna abaixo:	Probabilidade intermediária que a dor torácica seja de etiologia isquêmica caso o paciente não apresente *NENHUM* dos achados da coluna A e *qualquer um* dos achados da coluna abaixo:	Baixa probabilidade que a dor torácica seja de etiologia isquêmica caso o paciente não apresente *NENHUM* dos achados das colunas A e B. O paciente pode ter qualquer um dos achados da coluna abaixo
História	O principal sintoma é dor ou desconforto torácico ou em MSE *mais* A dor atual reproduz a dor de uma angina prévia documentada e DAC conhecida, incluindo IAM	O principal sintoma é dor ou desconforto torácico ou em MSE Idade > 70 anos Sexo masculino Diabetes melitus	Sintomas isquêmicos prováveis Uso recente de cocaína
Exame físico	Insuficiência mitral transitória Hipotensão Diaforese Edema pulmonar ou creptos	Doença vascular extracardíaca	Desconforto torácico reproduz dor pela palpação
ECG	Desvio transitório de ST [≥ 0,5 mm] novo ou presumivelmente novo ou inversão da onda T [≥ 2 mm] com sintomas.	Ondas Q fixas Segmentos ST anormais ou ondas T que não são novos	ECG normal ou achatamento da onda T ou inversão da onda T em derivações com ondas R dominantes.
Marcadores cardíacos	Troponina T ou I elevada CK-MB elevada	Normal	Normal

Escore de risco TIMI para pacientes com angina instável e infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST

Variável	Valor da variável	Definição
Idade ≥ 65 anos	1	
≥ 3 fatores de risco para DAC	1	Fatores de risco • História familiar de DAC • Hipertensão • Hipercolesterolemia • Diabetes • Tabagismo atual
Aspirina nos últimos 7 dias	1	
Sintomas recentes, severos de angina	1	≥ 2 episódios anginosos nas últimas 24 horas
Marcadores cardíacos elevados	1	CK-MB ou troponina cardíaca
Desvio de ST ≥ 0,5 mm	1	Depressão de ST ≥ 0,5 mm é significante; elevação transitória de ST ≥ 0,5 mm por < 20 minutos é tratada como depressão de ST e é de alto risco; a elevação do ST ≥ 1 mm por mais que 20 minutos coloca este pacientes na categoria de tratamento de infarto com supra de ST
Estenose prévia de artéria coronária ≥ 50%	1	Este preditor de risco permanece válido mesmo se esta informação for desconhecida.

Escore de risco TIMI calculado	Risco de ≥ 1 eventos primários em ≤ 14 dias	Risco
0 ou 1	5%	Baixo
2	8%	
3	13%	Moderado
4	20%	
5	26%	Alto
6 ou 7	41%	

*Eventos primários: morte, IAM novo ou recorrente ou necessidade de revascularização urgente.

Peso corporeo do paciente (kg)	Tenecteplase (mg)	Volume correspondente à solução reconstituída (ml)
< 60	30	6
≥ 60 a <70	35	7
≥ 70 a <80	40	8
≥ 80 a <90	45	9
≥ 90	50	10

Algoritmo simplificado para atendimento da SCA

Paciente com desconforto torácico sugestivo de isquemia

ABC, monitorização, acesso EV
ECG, Rx torax, enzimas cardiacas
Oxigênio 4 L/min
AAS 200 mg
Nitrato SL, spray ou EV
Morfina se a dor não cede com nitrato

IAM com Supra de ST
Elevação de ST ou BRE novo ou presumidamente novo; forte suspeita

12 horas ou menos

Mais de 12 horas

Estratégia de reperfusão Trombolítico ou Angioplasti

Angina Instável ou IAM sem Supra de ST de Alto Risco
Infradesnivelamento de ST ou inversão dinâmica da onda T; forte suspeita de isquemia

Admissão na UTI
Nitratos
Betabloqueador
Clopidogrel
Enoxaparina
IECA/BRA
Estatina
Cineangicoronariografia dentro de 48 horas do IAM

Angina Instável de Risco Baixo a Moderado
ECG normal ou alterações não diagnosticadas de ST ou T

Admissão em leito de urgência monitorado

Enzimas cardiacas seriadas

3.12 PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE

1. MATERIAL NECESSÁRIO

- **Cefotaxima: 2 g EV cada 8 horas.**
- **Ceftriaxona: 2 g EV cada 24 horas.**
- **Cefepime: 2 g EV cada 12 horas.**
- **Ampicllina/sulbactam: 3 g EV cada 6 horas.**
- **Azitromicina: 500 mg EV cada 24 horas.**
- **Claritromicina: 1 g EV cada 8 horas.**
- **Levofloxacina: 500 mg EV cada 24 horas.**
- **Gatifloxacina: 400 mg EV cada 24 horas.**
- **Moxlfloxacina: 400 mg EV cada 24 horas.**
- **Imipenem: 500 mg EV a cada 6 horas.**
- Meropenem: 1 g EV cada 8 horas.

2. TAREFAS CRÍTICAS

- **Rever o CURB-65 (anexo 2) para confirmar a adequação da internação hospitalar.**
- **Avaliar a presença de critérios de PAC grave.**
- **Avaliar a presença de fatores de risco para *Pseudômonas* spp. (anexo 4).**
- **Escolher antibioticoterapia empírica conforme situação do paciente em relação ao item anterior.**

3. PROCEDIMENTOS

- **Internar no hospital na presença de mais de 1 item do CURB-65.**
- **Considerar PAC grave a presença de um critério maior ou dois critérios menores (anexo 3).**

- **Pacientes com PAC grave devem ser admitidos na UTI.**
- **Colher material para hemocultura (2 amostras), bacterioscopia e cultura de escarro, LBA ou aspir traqueal (paciente intubado).**
- **Se disponível, realizar teste de antígeno urinário para pneumococos e Legionella sp.**
- **Iniciar antibioticoterapia o mais precocemente possível.**
- **Na ausência defatorde risco para Pseudomonos spp. usar:**
- **Betalactâmico (cefotaxima, ceftriaxona, ampicilina/ sulbactam) mais macrolídeo. Ou**
- **Quinolona (levof loxacina, gatifloxacina, moxlfloxacina).**
- **Na presença de fator de risco para *Pseudômonas* spp. Usar:**
- **Betalactâmico antipseudomonas (cefepime, plperacilina/ tazobactam, imipenem, meropenem) m quinolona (ciprofloxacina).**
- **Não mudar a terapia antibiótica inicial nas primeiras 72 horas, a não ser que haja uma deteriora clínica importante, ou baseado nos resultados das culturas.**
- **Sugere-se o uso de biomarcadores (PCT ou PCR) como auxiliares na avaliação da resposta terapêu (anexo 1).**
- **Adequar a antibioticoterapia empírica inicial conforme resultados de culturas.**

4. INDICADORES

- **Taxa de adequação da antibioticoterapia.**
- **Tempo para início da antibioticoterapia empírica.**
- Taxa de mortalidade.

5. REGISTROS

- **Evolução médica.**
- **Anotação de enfermagem UTI. a Evolução do enfermeiro.**
- **Ficha de balanço e controle.**
- Evolução de fisioterapia.

6. SIGLAS

PAC - Pneumonia Adquirida na Comunidade.

LBA - Lavado Broncoalveolar.

IRPM - Incursões Respiratórias por IVlinuto.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- **Correa, RA et al. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes. J Bras Pneumol 2009; 35(6): 574-601.**
- **Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A et. al. Infectious Diseases Society of Annerica/**

American Thoracic Society Consensus Guidelines on the IVIanagement of Community-Acquired

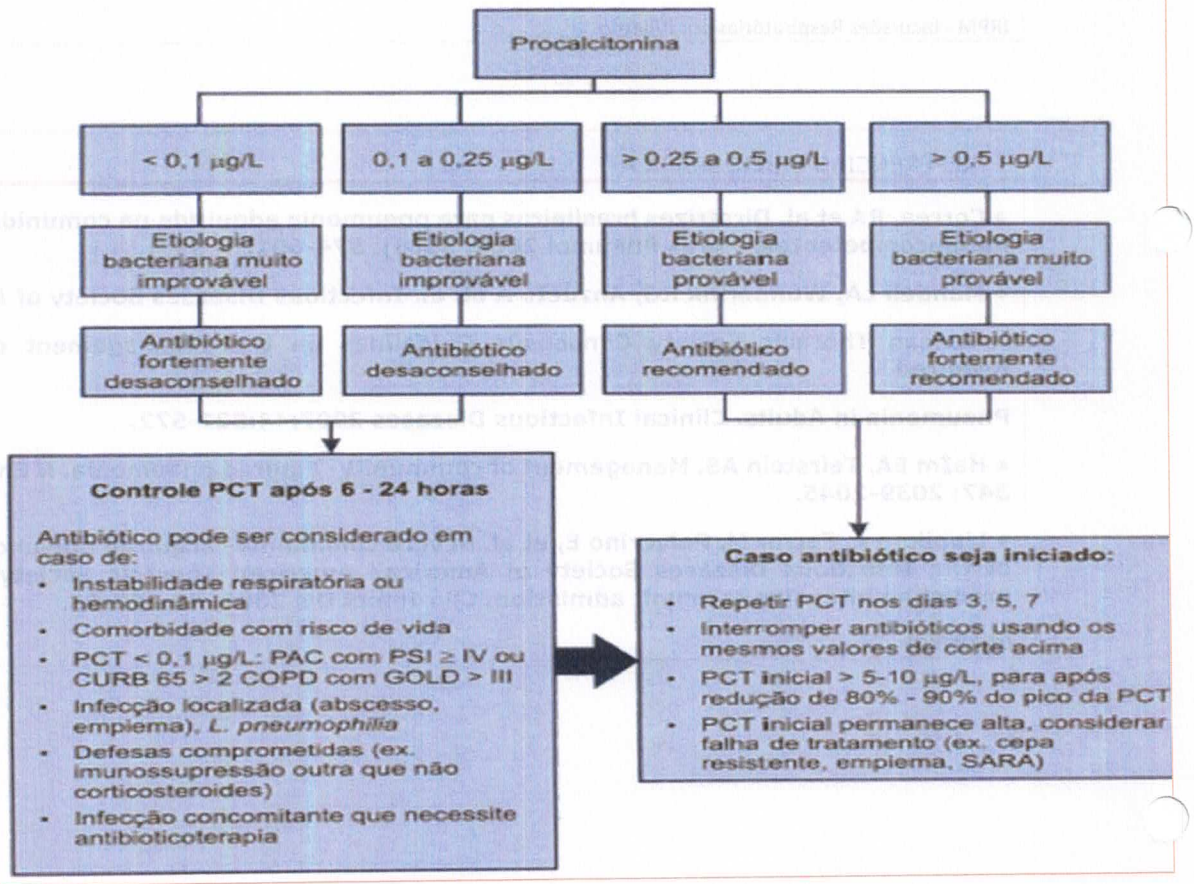
Pneumonia in Adults. Clinicai Infectious Diseases 2007;44:S27-S72.

- **HaIm EA, Teirstein AS. Management of community- aquired pneumonia. N EngI J Med 2002; 347: 2039-2045.**
- **Liapikou A, Ferrer M, Polverino E, et al. Severe community- acquired pneumonia: validation of the Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society Guidelines to predict an intensive care unit admission. Clin Infect Dis 2009; 48:377-85.**

08.ANEXOS

ANEXOS

- **Anexo 1. Uso da procalcitonina para guiar antibioticoterapia**



Anexo 2. CURB-65

- Confusão mental.
- Uremia (ureia > 50 mg/dL).
- Respiração ≥ 30 irpm.
- Baixa pressão (PAS < 90 mmHg; ou PAD ≤ 60 mmHg).
- 65 anos ou mais.

Classificação do CURB-65

- 2 pontos – Internação de curta permanência conforme resposta ao tratamento.
- 3 e 4 pontos - pneumonia grave - internação hospitalar.
- 5 pontos - pneumonia grave – internação em UTI.
- Confusão mental e hipotensão podem representar disfunção orgânica ocasionada pela infecção, sendo neste caso o paciente classificado como sepse grave. Consultar protocolo específico de sepse.

Anexo 3. Critérios de PAC grave

- Critérios maiores:
  - Choque séptico necessitando de drogas vasopressoras.
  - Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica.
- Critérios menores:
  - PAS ? 90 mmHg.
  - Relação PaO_2/FiO_2 < 250.
  - Presença de infiltrados multilobulares.

Anexo 4. Fatores de risco para *Pseudômonas* spp.

- Doença pulmonar estrutural (ex.: bronquiectasias).
- Exacerbações repetidas de DPOC severa.
- Fibrose cística.
- Antibioticoterapia nos últimos 30 dias.
- Imunossupressão.

3.13 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Incidência

- É a infecção bacteriana mais frequente do ciclo gravídico-puerperal
- Sua incidência é da ordem de 10%
- O microrganismo mais frequentemente encontrado é a *Escherichia coli.*

A bacteriúria assintomática ocorre em 5% a 7% das gestações, taxa semelhante àquela de mulheres não-grávidas e sexualmente ativas.

Infecção urinária sintomática se desenvolve em 20% a 40% das pacientes com bacteriúria assintomática no início da gestação e em 2% nas gestantes sem bacteriúria.

COMPLICAÇÕES

- Pielonefrite aguda
- Choque séptico

Deterioração da função renal.

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

- Trabalho de parto prematuro
- Crescimento intra-uterino retardado
- Síndrome de angústia respiratória no recém-nascido
- Anormalidades congênitas
- Óbito fetal

DIAGNÓSTICO

PIELONEFRITE AGUDA

Sinais e sintomas locais

- Disúria
- Polaciúria
- Urgência miccional
- Dor lombar a punho percussão (sinal de Giordano presente)

Sinais e sintomas sistêmicos

- Alteração do estado geral
- Anorexia
- Náuseas e vômitos
- Calafrios e sudorese
- Taquicardia
- Febre alta (39º a 40ºC), intercalada com episódios de hipotermia
- Nos casos graves, alteração da função renal, anemia, septicemia e insuficiência respiratória

TRATAMENTO

Drogas contra-indicadas

- Sulfas
- Tetraciclinas
- Quinolonas
- Aminoglicosídeos (apenas em pacientes graves, comprometimento do estado geral, ou quando a sensibilidade aos microrganismos não apontar outras alternativas)

CONDUTA

- Hospitalização
- EAS
- Culturas de urina
- Hemograma
- Creatinina sérica
- Solução cristóide EV para manter diurese $\geq$ 30 ml/h

Antibióticos

- A

ntibióticoterapia EV no mínimo 72 h

✓ Cefalotina - 1 a 2 g, EV, 6/6h

Em casos mais graves ou infecção de repetição

✓ Ceftriaxone -1 a 2 g, EV, 1X ao dia

- Alta e tratamento ambulatorial após 48h assintomática
- Completar 10 a 14 dias de tratamento ambulatorial

✓ C
efalexina 500 mg, V O, 6/6h

✓ A
moxacilina 500 mg, VO, 6/6h

✓ C
efadroxil 500 mg, V O, 6/6h

3.14 ATUAÇÃO EM HEMOTERAPIA

1 PASSO- MÉDICO:

- Realiza a solicitação de hemoderivado em impresso próprio para Solicitação de Hemocomponentes e/ou Hemoderivados (2 VIAS). No formulário deve se constar os seguintes dados: nome completo do paciente, sexo, idade, peso, número do prontuário do paciente, cartão SUS, número do leito, diagnostico, antecedentes transfusionais, hemocomponente e/ou hemoderivado solicitado (com o respectivo volume ou quantidade), tipo da transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem indicação de hemocomponente e/ou hemoderivado, data, assinatura e número do CRM do médico solicitante. Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia.
- Em caso de EMERGÊNCIA, deverá ser preenchido e assinado o termo de responsabilidade para transfusão de hemocomponente e/ou hemoderivado de emergência, o qual se encontra na parte inferior da mesma ficha de solicitação. Classificação de tempo para solicitações:
  - Programada: para determinada dia e hora;
  - Rotina: a ser realizada dentro de 24h.;
  - Urgente: a ser realizada dentro de 3h.;

➢ Emergência: nos casos em que o atraso na administração da transfusão pode acarretar risco de morte para o paciente.

OBS.: Nas solicitações de emergência, as bolsas serão liberadas para a unidade solicitante sem conclusão de exames de rotina do Hemocentro. Porém, os exames serão realizados mesmo após início da transfusão. Caso detectado alguma alteração nos resultados realizados no Hemocentro, seremos comunicados imediatamente para interrupção da infusão do hemocomponente e/ou hemoderivado em curso.

2 PASSO- ENFERMEIRO:

- Conferir preenchimento da Solicitação Médica, com todos os dados que devem constar no formulário;
- Comunicar ao laboratório a solicitação de hemoderivados, para que sejam providenciadas as medidas necessárias para preparo da caixa térmica e encaminhamento da amostra e da Solicitação Médica ao Hemocentro;
- Solicitar transporte através do telefone: 3524-1553 / 35241551, para encaminhar a amostra de sangue da paciente aqui da maternidade ao Hemocentro e também para trazer do Hemocentro o hemocomponente e/ou hemoderivado necessário para a hemotransfusão (no momento da ligação deve se informar ao atendente que o transporte é para amostra de Sangue, pois existe um carro específico para esta finalidade);
- O enfermeiro responsável deve estar atento ao prazo para chegada do hemocomponente e/ou hemoderivado, conforme a classificação de tempo necessária para cada caso, e se necessário entrar em contato com o hemocentro para cobrar agilidade, através do telefone: 3201- 4570 / 3201- 4580;
- Assim que o hemocomponente e/ou hemoderivado chegar na unidade (MNC), o laboratório deverá acondicionar a (as) bolsa (a) s e deverá informar o enfermeiro responsável pelo plantão que as mesmas já se encontram disponíveis no laboratório;

- A administração do hemocomponente e/ou hemoderivado é de responsabilidade do enfermeiro do plantão que deverá possuir conhecimento de técnicas corretas e capacidade para identificação de potenciais eventos adversos;

ADMNISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE E/OU HEMODERIVADO:

❖ **Materiais necessários:**

- EPI (luva, máscara, gorro, óculos)
- Bandeja
- Bolsa de hemocomponentes
- Equipo próprio para transfusão
- Jelco 18
- Algodão
- Álcool 70%
- Garrote
- Esparadrapo

❖ **Descrição de técnica para administração de hemocomponente e/ou hemoderivado:**

- Realizar lavagem das mãos;
- Paramentar adequadamente: óculos de proteção, luva de procedimento, gorro e máscara;
- Verificar a prescrição médica e qual o tipo e quantidade de hemocomponente e/ou hemoderivado;
- Realizar conferência dos dados da bolsa de hemocomponente e/ou hemoderivado com os dados do paciente por duas vezes (rótulo numeração, validade, tipagem ABO/RH);
- Observar as condições do produto relativas a estocagem, aspecto, validade e liberação;
- Deve se realizar uma avaliação visual dos seguintes aspectos (coloração, integridade do sistema, presença de hemólise, coágulos, turvação e bolhas);
- Inspecionar o equipo de infusão, quanto a validade e integridade;

- Confirmar em voz alta o nome completo do paciente;
- Informar o paciente sobre a administração do hemocomponente e/ou hemoderivado e orientá-lo para comunicar qualquer tipo de reação;
- Verificar os sinais vitais - SV (pressão arterial, pulso, freqüência respiratória e temperatura) do paciente antes de iniciar a hemotransfusão (antes de perfurar a bolsa e conectar o equipo para hemotransfusão);
- Checar o acesso venoso e caso necessite de novo acesso, puncionar o paciente antes de montar a bolsa de hemocomponente e/ou hemoderivado, lembrando que a via de acesso deve ser exclusiva para transfusão;
- Manter o paciente em posição de fowler;
- Montar o sistema transfusional: abertura do lacre da bolsa, colocar a bolsa de hemocomponente e/ou hemoderivado pendurada no suporte de soro, conectar o equipo de transfusão fechado, pressionar levemente o filtro para retirada de ar e preenchimento de 1/3 da câmara de gotejamento e abrir o equipo, preenchendo com sangue até a ponta final (onde será conectada no paciente). Atenção à bolsa de hemocomponente e/ou hemoderivado deverá ficar durante toda a sua montagem pendurada no suporte de soro, evitando desta forma perfuração e contaminações acidentais;
- Nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente e/ou hemoderivado e nem ser infundido em paralelo;
- É recomendada a troca do equipo de transfusão a cada unidade de hemocomponente e/ou hemoderivado transfundida, com o objetivo de diminuir o risco de contaminação bacteriana, quando necessário infundir mais que uma unidade de sangue com o mesmo equipo de transfusão, cuidado para que não ultrapasse às 04 horas de infusão;
- Acompanhar o paciente durante os primeiros 10 minutos da transfusão e após a cada 15 minutos e avisar ao médico se quaisquer anormalidades forem observadas;
- Registrar no prontuário do paciente o tipo de hemocomponente e/ou hemoderivado a ser instalada; data, horário de início e término da hemotransfusão; sinais vitais 10 min. antes

do início da hemotransfusão, 15min., 30min., 1h, 2h, 3h, 4h após o início da hemotransfusão e 1h após o término da hemotransfusão, o número da bolsa, o volume aproximado, a velocidade da infusão; identificação do profissional responsável pelo hemotransfusão; reações adversas, quando for o caso; monitorar o paciente quanto a eficácia do procedimento;

- Registrar todos os dados solicitados na ficha de acompanhamento transfusional para cada bolsa e anexar tal ficha no prontuário da paciente;
- Registrar dados no caderno de Hemoderivado da supervisão de Enfermagem (data, nome da paciente, leito, nome e quantidade de hemocomponente e/ou hemoderivado, número da bolsa, se reação adversa e responsável pela administração);
- Após a transfusão acompanhar o paciente e avaliar quaisquer reações apresentadas;
- Após infusão completa e sem intercorrências, realizar desmontagem do circuito e realizar descarte adequado em lixeira própria para lixo infectante.

EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL:

- As reações adversas são agravos ocorridos durante ou após a hemotransfusão, necessita de identificação e agilidade no atendimento a pacientes que apresentem qualquer tipo de reação;
- As reações adversas podem ser:

✓ Agudas ou imediatas: ocorrem no início da instalação de hemocomponentes ou até 24h após;

✓ Tardias: ocorrem após 24h da transfusão realizada;

- Sinais e sintomas das reações adversas: Febre com ou sem tremores, definida como aumento de 1°C da temp. corporal; Tremores e calafrios, com ou sem febre; Dor no sítio de infusão, tórax, abdômen e flancos; alteração na pressão sanguínea: hipertensão ou hipotensão; Rubor, eritema, urticária, edema generalizado ou localizado; Náuseas com ou sem vômitos; Mudança na coloração da urina;

- Na suspeita de qualquer reação transfusional a administração do hemocomponente e/ou hemoderivado deverá ser interrompida IMEDIATAMENTE e manter o acesso venoso com solução fisiológica 0,9%;
- O fato deve ser comunicado imediatamente ao médico responsável pelo plantão;
- Conferir a identificação do paciente com o rótulo da bolsa e conservar todo o sistema;
- Ter em mãos o material necessário para o atendimento de emergência;
- Avaliar, junto com equipe médica, o tipo de reação transfusional;
- Estabelecer a conduta a ser tomada: reinstalação, desistência ou nova transfusão (ato médico);
- Solicitar exames necessários para avaliação (ato médico);
- Registrar todos os sinais e sintomas da reação adversa e volume transfundido no prontuário do paciente, na ficha de notificação de hemovigilancia - NOTIVISA e no caderno de hemoderivado da supervisão de enfermagem.
- Em casos de reações transfusionais o enfermeiro responsável pelo plantão deverá preencher em **03 VIAS** a ficha de notificação de hemovigilancia - NOTIVISA, sendo que uma via deverá permanecer no prontuário do paciente a outra via deverá ser entregue à Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção da unidade para a realização da notificação no sistema on line NOTIVISA e a última via deverá ser enviada juntamente com o material para o Hemocentro;
- A bolsa com conteúdo restante, o equipo e os rótulos devem ser enviados ao Serviço de Hemoterapia (Divisão de Transfusão) devidamente embaladas em saco plástico vermelho e etiquetado com nome do paciente, data e motivo do descarte da bolsa, em caixa térmica em temperatura entre ± 2 e ±4 graus. Encaminhar juntamente com a bolsa a ficha do NOTIVISA PRENCHIDA;
- O responsável pela notificação no sistema NOTIVISA deverá entrar no site: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm;
- Entrar com a senha própria e instransferível;
- Registrar dados no sistema.

3.15 ROTINAS PARA INTERNAÇÃO:

- Preencher fichas de internação seguindo os protocolos do Ministério da Saúde de acordo com o diagnóstico específico:
- Preenchimento da AIH;
- Ficha de prescrição médica;
- Ficha de admissão obstétrica e ginecológica;
- Em pacientes na FASE ATIVA do trabalho de parto é obrigatório abertura do PARTOGRAMA
- Folha de evolução multiprofissional
- Nas internações para Parto normal ou Cesariana, aborto e gestação ectópica:

- Solicitar teste rápido de HIV 1 e 2 para todas as pacientes;
- Solicitar teste rápido de Sífilis, exceto no caso de resultado do exame 1 e/ou 2 reagentes para sífilis, neste caso solicitar VDRL quantitativo;
- Solicitar teste rápido de Hepatite B (HBsAg) para todas as pacientes não testadas no pré-natal e/ou aquelas com anti HBs não reagente no exame;
- Solicitar teste rápido de Hepatite C para todas as pacientes não testadas no pré-natal;
- Solicitar HTLV para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal e cesariana não testadas no pré-natal;
- Solicitar Sorologia de toxoplasmose IgG e IgM para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal e cesariana não testadas no pré-natal e/ou aquelas com IgG não reagente no exame (Solicitações de sorologias para toxoplasmose fora do critério anteriormente mencionado deve ter indicação médica);
- Solicitar Sorologia de Citomegalovírus IgG e IgM para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal e cesariana não testadas no pré-natal e/ou aquelas com IgG não

reagente no exame (Solicitações de sorologias para Citomegalovírus fora do critério anteriormente mencionado deve ter indicação médica);

- Solicitar grupo sanguíneo e fator RH para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal, cesariana, abortamento e gravidez ectópica não testadas no pré-natal;
- Solicitar Coombs indireto para todas as pacientes internadas para assistência ao parto normal, cesariana, gravidez ectópica e abortamento com fator RH negativo;
- Obs.: As sorologias para Rubéola / Zika / Dengue / Chikungunya / Doença de Chagas somente serão realizadas com indicação clínica.

AVALIAÇÕES NA INTERNAÇÃO PARA O PARTO:

- **Estabelecer idade gestacional:** Utilizar parâmetros como: data da última menstruação, ultrassonografia do 1º Trimestre (padrão ouro).
- **História Obstétrica:** História das gestações anteriores e da atual;
- **Exame físico geral**: Dados vitais, mucosas, aparelho respiratório, aparelho cardiovascular, exames das extremidades e exame físico das mamas;
- **Exame físico obstétrico:** Altura uterina, situação, posição e apresentação fetal, insinuação, ausculta de batimentos cardíacos fetais (antes, durante e após a contração uterina), dinâmica uterina e integridade da bolsa amniótica;
- **Análise do cartão de pré-natal**: Verificar e anotar as sorologias, a evolução do pré-natal, identificando possíveis alterações;

INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PARA O PARTO:

- Contrações uterinas regulares, 3 a 4 contrações de 35 a 40 segundos a cada 10 min.;
- Alterações cervicais: Apagamento > 80%;
- Dilatação > ou igual de 3 cm na primípara e dilatação > ou igual de 4 cm na multípara;

➢ **A gestante só deve ser internada na fase ativa do trabalho de parto, para evitar intervenções desnecessárias.**

ROTINAS DA ALTA:

- Tempo para alta em pacientes em boas condições:

✓ Partos normais ou Cesarianas: a partir das 36 horas;

✓ Curetagens: a partir de 6 horas após o procedimento;

- Conferência final das rotinas laboratoriais de sorologias e sorotipagens conforme protocolo do ministério da saúde e de internação da instituição (teste rápido para Sífilis e HIV, Grupo Sanguíneo e Fator RH, se fator RH negativo verificar Coombs indireto, fator RH do RN Coombs direito do RN e demais sorologias);
- Preencher receita;
- Elaborar sumário de alta médica;
- Encaminhar paciente ao ambulatório de puerpério com formulário de referência/contra referência;
- Preencher atestado médico e licença maternidade quando solicitado;
- Orientação de contracepção a partir do 40º dia de puerpério:

✓ Desogestrel 75mcg, 1 comprimido via oral por dia continuo;

✓ Acetato de Medroxi-progesterona 150mg, intramuscular, trimestral;

✓ DIU puerperal e/ou de intervalo;

✓ Métodos de barreira.

3.16 CUIDADOS PALIATIVOS

1. OBJETIVO:

✓ Padronizar a implementação da abordagem paliativa aos pacientes internados.

2. RESPONSABILIDADE:

✓ Equipe Multiprofissional

3. DEFINIÇÕES:

✓ De acordo com o último dado do IBGE, a expectativa média de vida no Brasil foi de 76,6 anos em 2019, sendo entre os homens 73,1 e entre as mulheres 80,1 anos. Essas expectativas são refletidas

mundialmente. Consequentemente o desenvolvimento das tecnologias e os avanços da medicina proporcionam uma melhora da qualidade de vida, porém não impedem a mortalidade.

✓ Cuidados paliativos são as ações ativas e integrais prestadas a todos os pacientes hospitalizados, particularmente aqueles com doença progressiva e irreversível. É uma forma de abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, é fundamental o controle da dor e demais sintomas objetivando a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

✓ A dificuldade imposta por fatores culturais e sociais no tratamento de um doente terminal leva à morte institucionalizada. Para que a dor e o sofrimento no processo de morrer sejam minimizados tem se tornado necessária a implantação de protocolos de cuidados paliativos.

✓ **Cuidado paliativo**: conjunto de ações visa a melhoria da qualidade de vida do indivíduo durante o adoecimento, dando a ele e seus familiares o conforto através da prevenção, identificação e tratamento precoce dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

✓ **Tratamento curativo fútil**: aquele realizado em pacientes terminais sem que haja resposta ou perspectiva de benefício. É ineficaz, não agrega benefício, pode gerar desconforto, piorar sintomas e aumentar custo.

✓ **Tratamento curativo obstinado**: aquele implementado durante o morrer como medida desesperada na intenção de se prolongar da vida. Na fase terminal de doença, tais tratamentos não trazem real benefício ao paciente e podem prolongar o sofrimento durante o morrer.

✓ **Terminalidade**: condição final no adoecimento do paciente. É o período compreendido entre a constatação do não benefício das medidas curativas e a morte. Nessa fase, o indivíduo passa por rápido declínio funcional e o caminhar em direção à morte é previsível e irremediável.

✓ **Princípio da autonomia**: é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. Logo, com devido empoderamento e informação, o indivíduo tem liberdade de decisão sobre questões relativas a seu corpo.

✓ **Princípio da beneficência**: fazer o bem, maximizar benefício, desejar o melhor para o paciente, buscar restabelecer sua saúde, prevenir um agravo, ou promover a saúde. Oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais.

✓ **Princípio da não maleficência**: evitar o mal, minimizar o prejuízo. Nunca infligir dano deliberado. Pesar a relação risco/benefício ao se tomar condutas, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas.

✓ **Princípio da justiça**: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido de maneira integral. Evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas.

✓ **Eutanásia**: conduta guiada pelo sentimento de compaixão ou piedade pela qual se traz a abreviação da vida através de uma morte rápida. O conceito se aplica a pessoas em estado terminal, ou portadoras de enfermidade incurável que estejam em sofrimento constante. É caracterizada no Brasil como crime de homicídio e punida com os rigores do código penal. Esta prática não deve ser realizada.

✓ **Distanásia**: é o prolongamento desnecessário do processo da morte através de métodos artificiais considerados obstinados e extraordinários durante o morrer. Não traz benefício ao paciente ou à sociedade. Tem por objetivo frustrado evitar a morte a qualquer custo. No entanto, apenas adia o óbito inevitável, prolongando o morrer. Pode trazer sofrimento adicional ao paciente e familiares. Esta prática não deve ser realizada.

✓ **Ortotanásia**: orto = certo e thanatos = morte. Consiste num processo de cuidado em que a condução do morrer é guiada pelo respeito à maneira natural em que a vida se encerra. Nesse sentido, uma vez identificado o processo inexorável da morte, evita-se a implementação ou descontinua-se tratamentos fúteis e obstinados, priorizando o conforto durante o transcorrer natural do morrer. Esta prática deve ser estimulada.

✓ Termos de uso inapropriado em cuidados paliativos: devem ser evitados as seguintes palavras e expressões em discussões sobre cuidado paliativo: "limitação", "grau de investimento", "paliar o paciente", "fora de possibilidade terapêutica".

4. **TERMINOLOGIAS:**

✓ IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

5. **ABRANGÊNCIA:**

✓ Unidade de Terapia Intensiva

✓ Pronto Socorro

✓ Clínica Médica

✓ Clínica Covid

6. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

✓ **Para a definição dos cuidados paliativos, alguns aspectos devem ser considerados:**

- ✓ Documentação do status da doença;
- ✓ Status funcional;
- ✓ Fatores que pioram ou aliviam sintomas físicos
- ✓ Orientação espiritual do paciente
- ✓ Gerenciamento dos sintomas e resposta do paciente às medidas curativas já instituídas
- ✓ Avaliação da necessidade de apoio aos familiares;
- ✓ Inclusão dos familiares e pacientes no processo de cuidado;
- ✓ **Primeira fase ou cuidado com ênfase curativa**: toda medida terapêutica e de cuidado que visa a cura ou melhoria da doença e a recuperação da saúde do indivíduo. Há maior probabilidade de recuperação do paciente do que irreversibilidade ou morte. Nessa fase, as ações paliativas têm como meta o alívio dos sintomas inerentes à doença e decorrentes do tratamento. A morte é pouco provável ou não é esperada.
- ✓ **Segunda fase ou cuidado paliativo proporcional**: é implementada quando já existe falha de resposta aos recursos terapêuticos utilizados e, o desapontamento do tratamento otimizado, o paciente caminha em direção ao desfecho de irreversibilidade e morte. Nesse quadro, as ações paliativas no controle dos sintomas passam a ter prioridade em relação aos cuidados curativos. A proporção da prioridade entre essas duas frentes de cuidado deve acompanhar a evolução de melhora ou piora do indivíduo, oscilando em patamares intermediários entre o cuidado curativo pleno e o cuidado paliativo exclusivo. Terapias invasivas devem paulatinamente dar lugar medidas de controle dos sintomas em evoluções no sentido da morte e irreversibilidade, assim como as intervenções curativas devem ser priorizadas à medida que o caso siga o caminho da melhora e restauração. A morte é possível e prevista para semanas a meses.
- ✓ **Terceira fase ou cuidado paliativo exclusivo**: identificada a irreversibilidade da doença e instalado o processo do morrer, nenhuma medida com intenção curativa seria efetiva para mudar a história natural do adoecimento e o desfecho clínico desfavorável. Nesse ponto, o tratamento curativo deixa de ter resultado ou significado e as medidas de controle de sintoma e conforto passam a ser a única estratégia efetiva e benéfica para o paciente. As medidas com intenção curativas devem então ser descontinuadas e toda a energia e conhecimento da equipe devem ser canalizados para o conforto do paciente e acolhimento da família. A morte é provável e prevista para horas a dias.
- ✓ **As intervenções:**
- ✓ Uma sucessão de medidas se faz necessária durante a progressão do adoecimento do paciente, como estratégias comunicação entre familiares e equipe, controle dos sintomas bem como decisões

sobre a implementação ou continuação do suporte artificial de vida. Em todas elas as práticas devem privilegiar o paciente como indivíduo, sendo a abordagem holística e focada na pessoa.

✓ A comunicação deverá ser clara, efetiva e acolhedora desde o primeiro contato com a família, criando uma relação de confiança com a equipe, facilitando a transmissão da mensagem, o objeto final do processo da comunicação deverá ser realista.

✓ Ser um bom comunicador, evitando termos técnicos, oferecendo tempo a família e dar liberdade e estimular perguntas.

✓ Fundamental que após as informações questionar se houve compreensão da mensagem, o profissional de saúde poderá perguntar ao paciente ou familiares se entenderam o que lhe foi dito, cas o entendimento não tenha sido satisfatório, pode-se optar por abordagem corretiva imediata ou escolher outro momento para nova tentativa.

✓ Ao iniciar a progressão dos cuidados paliativos proporcionais para cuidados paliativos exclusivos, medidas invasivas e métodos artificiais de suporte à vida não estão indicados, tendo em vista que prolongam o morrer e podem provocar sofrimento aditivo ao paciente. A decisão sobre o não incremento do suporte avançado de vida ou sua retirada deve ser tomada em conjunto pelo corpo médico e multiprofissional juntamente com a família. Todos os envolvidos devem estar informados, orientados, concordantes, em paz e à vontade com a conduta.

✓ Interrupção de medicamento vasoativo: durante o morrer, o tratamento vasoativo é considerado fútil, tendo em vista que é incapaz de mudar o desfecho clínico já esperado. O desligamento ou não incremento do vasopressor deve ser seguido da retirada da monitorização de pressão arterial, tendo em vista que tal aferição não muda a conduta quanto a hipotensão e gera ansiedade nos envolvidos com o cuidado. Essas condutas e informações devem ser tratadas de maneira participativa e transparente. Deve se ter em mente que a hipotensão precede a morte e que, nesses casos, apresenta-se como o mecanismo natural da mesma.

✓ Se acordado retirada de TOT, deve-se iniciar o preparo do paciente, antecipando controle de desconforto.

✓ Os registros formais dos assuntos abordados nas reuniões com familiares e das decisões clínicas serão feitos, no prontuário do paciente.

✓ Caso haja algum conflito referente a decisão, prevalece a estratégia de cuidado vigente ou anterior até que outros diálogos sejam eficazes.

7. REFERÊNCIAS:

Coelho CB, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(2): 222-230.

Kostakou E, Rovina N, Kyriakopoulou M, et al. Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise. J Crit Care. 2014;29(5): 817-22.

Moritz RD, Lago PM, Souza RP, et al. End of life and palliative care in intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4): 422-8.

Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014;370(26): 2506-14.

Soares M. End of life care in Brazil: the long and winding road. Crit Care. 2011;15(1):110. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013;41(1):263-306.

Huynh TN, Walling AM, Le TX, et al. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. J Palliat Med. 2013;16(11):1368-74.

Forte DN. Procedimentos sustentadores de vida em UTI. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 439-49.

Moritz RD. Cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Ateneu. 2012.

Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. EBSERB Prática hospitalar. **2009;XI(65):109-114.**

Organização Mundial da Saúde. (2012). *WHO Definition of Palliative Care*. Acesso em 14 de Janeiro de 2014.

1. principles of airway management and trachealintubation specific to the COVID-19 adult patient group. Med J Aust. 2020 Mar 16.

Preprint. Available at https://www.mja.com.au/system/files/2020-

03/Updated%20PREPRINT%20SAS%20COVID19%20consensus%20statement%2017

%20March%202020.pdf

2. Caille V, Amiel JB, Charron C, Belliard G, Vieillard-Baron A, Vignon P. Echocardiography: a help in the weaning process. Crit Care. 2010;14(3):R120.

3. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A trial of lopinavir–ritonavir in adults hospitalized with severe Covid-19. N Engl J Med. 2020 Mar 18. [Epub ahead of print].

4. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html.

63

5. Chan CM, Mitchell AL, Shorr AF. Etomidate is associated with mortality and adrenal insufficiency in sepsis: a meta-analysis. Crit Care Med. 2012;40(11):2945-53.

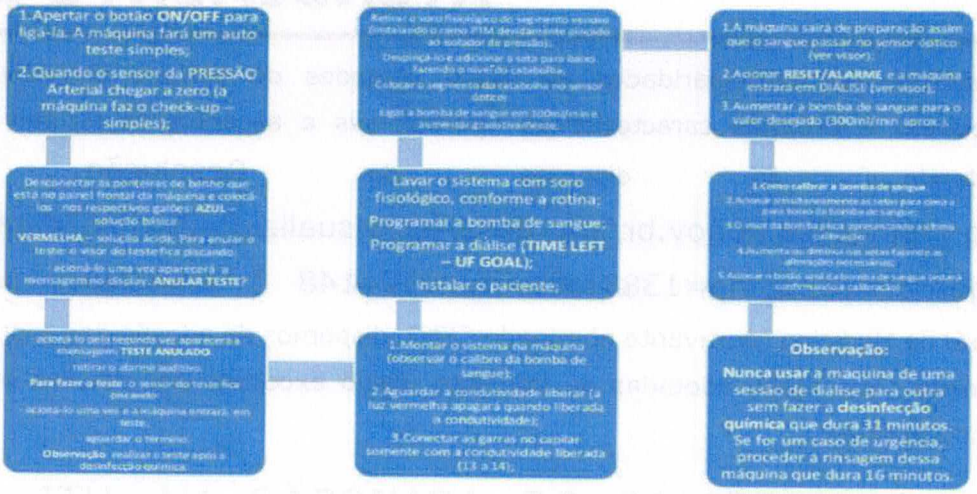
6. Cheung JC, Ho LT, Cheng JV, Cham EY, Lam KN. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. Lancet Respir Med. 2020 Feb 24. pii: S2213-2600(20)30084-9. [Epub ahead of print].

7. and Technology of Guangdong Province and Health Commission of Guangdong Province for chloroquine in the treatment of novel coronavirus pneumonia. [Expert consensus on chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia]. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020;43(0):E019. [Epub ahead of print]. Chinese.

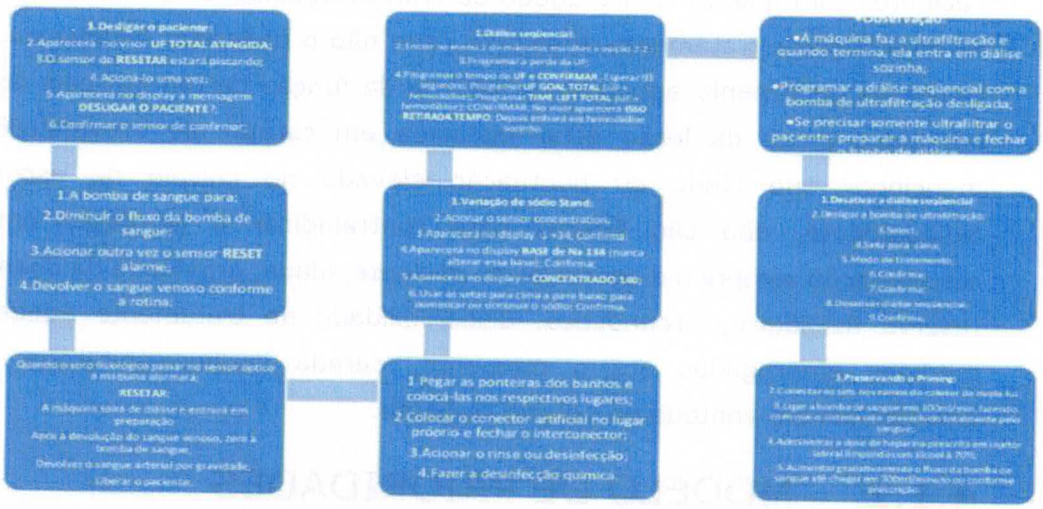
8. Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for Critically Ill Patients With COVID-19. JAMA. 2020 Mar 11. [Epub ahead of print]. HEMODIÁLISE

FLUXOGRAMA-RESUMO DO POP HEMODIÁLISE

PASSO A PASSO RESUMIDO:



PASSO A PASSO RESUMIDO:



Objetivos do desprezar o Priming:

- **Proporcionar alívio ao paciente com hipervolemia ou edema agudo de pulmão;**
- **Diminuir os riscos para os pacientes com hipertensão arterial;**

4 PROTOCOLOS MÉDICOS DE ATENDIMENTO DE UTI

Respeitando as particularidades de todas unidades de Terapia Intensiva, com suas respectivas e próprias características operacionais e aspectos municipais e estaduais, atendendo ao disposto da Resolução 2.156/16 (http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/11/2016&jornal=1&pagina=138&totalArquivos=148) estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina (doravante nominado CFM), dispomos da adoção dos seguintes critérios e normas (que serão adotadas de imediato, salvo exceções por edições ou revisões da referida norma):

4.1.1 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UTI QUEM E QUANDO ADMITIR

Pacientes com quadro clínico agudo ou crônico agudizado reversível que se beneficiem de monitorização e tratamento intensivos, que não o poderiam receber na enfermaria. Estes pacientes geralmente apresentam falência da função de um ou mais órgãos e devem ser admitidos antes da lesão estar instalada em caráter de irreversibilidade. Importante mencionar que idade ou pontuação elevada no cálculo de escore de gravidade, isoladamente, não são fatores para contraindicar a admissão em UTI. Levar em consideração sempre o diagnóstico do paciente, idade, gravidade da doença, comorbidades, reserva fisiológica, prognóstico, disponibilidade de tratamento adequado, resposta às medidas empregadas até o momento, parada cardiorrespiratória recente, diretivas antecipadas e a vontade do próprio paciente.

4.1.2 MODELO DE PRIORIDADES

Prioridade 1:

Criticamente doentes, instáveis, necessitando de monitorização e tratamento intensivos que não podem ser oferecidos fora da UTI. Entre os suportes necessários estão incluídos o

ventilatório, hemodinâmico (uso de drogas vasoativas) etc. Pacientes em Prioridade 1 geralmente não possuem limites a terapêutica a ser recebida.

Exemplos: *politraumatizados, insuficiência respiratória aguda, choque hemodinâmico.*

Prioridade 2:

Estes pacientes requerem monitorização intensiva e podem potencialmente demandar intervenção imediata. Geralmente não há limitação terapêutica estipulada para estes pacientes.

Exemplos: *pacientes com doenças crônicas agudizadas.*

Prioridade 3:

Estes pacientes instáveis são doentes críticos, porém a probabilidade de recuperação é reduzida devido à doença de base ou gravidade da doença atual. Eles podem se beneficiar da terapia intensiva para aliviar o quadro agudo, mas pode haver algum grau de limitação de esforços.

Exemplos: *choque séptico em paciente com neoplasia maligna metastática.*

Prioridade 4:

São pacientes que geralmente não têm indicação de admissão em UTI. Os casos devem ser analisados individualmente e em algumas situações pode ocorrer a internação. Eles podem ser classificados em duas categorias: A. Pouco ou nenhum benefício em receber cuidados intensivos devido à baixa complexidade de sua condição (estão muito bem para beneficiar de cuidados intensivos).

Exemplos: *cirurgia vascular periférica, cetoacidose diabética estável. B. Pacientes em condições terminais e*

irreversíveis em morte iminente (muito graves para se beneficiar da UTI).

Exemplos: *estado vegetativo persistente, diretivas antecipadas.*

4.1.3 MODELO DE PARÂMETROS OBJETIVOS

Sinais vitais:

- Frequência cardíaca < 40 ou > 150 bpm;
- •PAs < 80 mmHg ou 20 mmHg abaixo do normal para o paciente;
- PAm < 60 mmHg; • PAd > 120 mmHg;
- FR > 35 irpm. Parâmetros laboratoriais (diagnóstico recente):
- Na sérico < 110 mEq/L ou > 170 mEq/L;
- K sérico < 2,0 mEq/L ou > 7,0 mEq/L;
- PaO2 < 50 mmHg;
- pH < 7,1 ou > 7,7;
- Glicose sérica > 800 mg/dL;
- Ca total sérico > 15 mg/dL;
- Nível tóxico de droga ou substância em paciente instável hemodinamicamente ou com comprometimento neurológico.

Exames de imagem (Rx, USG, TC – diagnóstico recente):

- Hemorragia vascular cerebral, contusão, HSA com alteração de
- estado mental ou sinais focais;
- Ruptura de intestinos, bexiga, fígado, varizes esofagianas ou uterina
- com instabilidade hemodinâmica;
- Aneurisma dissecante da aorta.
- ***Eletrocardiograma:***
- Infarto do miocárdio com arritmias complexas, instabilidade
- hemodinâmica ou falência cardíaca congestiva;
- Taquicardia ventricular sustentada ou fibrilação ventricular;
- Bloqueio atrioventricular total com instabilidade hemodinâmica.
- Achados de exame físico (início agudo):
- Pupilas anisocóricas em paciente inconsciente;

- Queimaduras corporais > 10% da superfície corporal;
- Anúria;
- Obstrução de vias aéreas;
- Coma ou convulsões contínuas;
- Cianose;
- Tamponamento cardíaco.

4.1.4 CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI COVID

Critérios para solicitação de internação em Unidade de Terapia

Intensiva por COVID19:

1. Definir se o paciente preenche critérios de diagnóstico ou alta suspeita de COVID-19:

a) Teste positivo para coronavírus SARS-CoV-2. OU

b) Histórico de: febre e/ou sintomas respiratórios (tosse seca

ou produtiva, dispneia ou dor de garganta). E

c) Imagem de tórax com³1 das seguintes alterações:

opacidades em vidro despolido, infiltrados localizados, infiltrados

difusos bilaterais, envolvimento intersticial.

2. Definir se o paciente preenche critérios de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI):

a) Hipoxemia em adultos:

· Relação PaO2/FiO2£200mmHg OU

· **SpO2** 90% com O2 nasal a 5L/minuto + frequência respiratória³22 respirações/minuto.

b) Hipoxemia em crianças:

· Relação PaO2/FiO2 < 250mmHg OU

·Taquipneia conforme a faixa etária (60 respirações/minutos se <2 meses,50 respirações/minutos se 2-11 meses, 40 respirações/minutos se 1-5 anos, >30 respirações/minutos se 6-14 anos).

c) Choque circulatório.

d) Rebaixamento agudo de sensório.

e) Disfunção de múltiplos órgãos.

* Obs.: assume-se que pacientes já submetidos à intubação traqueal apresentassem critérios de hipoxemia com indicação de admissão em UTI.

Critérios para solicitação de transferência entre Unidades de Terapia Intensiva (transferência para Unidade de Terapia Intensiva de maior complexidade):

3. Definir qual o recurso indisponível na UTI de origem e disponível na UTI pretendida:

a) Equipamento adequado para ventilação mecânica invasiva.

b) Hemodiálise contínua (para pacientes com indicação de terapia renal substitutiva, que estejam em choque circulatório e que não tolerem hemodiálise intermitente).

c) Outro:

· Indicar qual e justificar.

Existem outros critérios que podem auxiliar a classificação da prioridade de cada paciente. Alguns exemplos são:

Proteína C reativa maior que 100 mg/l

- Linfopenia menor que 1500/µl
- Aumento dos níveis séricos de LDH
- Aumento dos níveis séricos de D-dímeros
- Doenças crônicas como fatores de má evolução: doença cardíaca prévia, doenças pulmonares crônicas, diabete melito, hipertensão arterial, câncer sólido ou hematológico

4.1.5 CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI

Notadamente esses princípios baseiam-se na decisão do médico assistente, coordenador ou horizontal da UTI, baseado em rígidos protocolos clínicos e ou atendendo uma demanda loco-regional sempre resvalando unicamente na unida do bem-estar do paciente. De forma a uniformizar essas decisões, dando celeridade e uniformidade as mesmas, estabelecemos:

A indicação de alta da unidade de terapia intensiva deve ser revista diariamente, e pode se basear em 2 princípios: Quando o paciente não necessitar mais de cuidados intensivos, e/ou quando não se beneficiar dos cuidados intensivos.

Considera-se o paciente apto à observação em unidade com nível de cuidado intermediário ou básico quando o status fisiológico do paciente estiver estabilizado e a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não forem mais necessários, ou quando o status fisiológico do paciente sofrer deterioração e mais nenhuma intervenção seja planejada (alta para semi-intensiva).

De modo geral, a alta deve obedecer a critério oposto à internação, com correção ou estabilização do fator que motivou a internação. Os principais fatores desse contexto são: idade, sexo masculino, motivo e tempo de internação, unidade de origem, escore Apache II e presença de disfunção renal.

Pode-se usar a escala SWIFT (***Stability and Workload Index for Transfer***), de maneira objetiva, como critério de alta da UTI pelo risco de reinternação, para orientar as estratégias de cuidado. Sabese que as readmissões precoces (< 48 horas) e as mortes inesperadas após a alta (< 7 dias) são eventos ainda frequentes, apesar da melhora na qualidade assistencial, e que quase 10% dos pacientes de CTI estão em risco de readmissão.

Variável	Pontuação
Local de origem	
Emergência	0
Enfermaria ou outro Hospital	8
Tempo de internação (dias)	
< 2	0
2-10	1
> 10	14
Última relação PaO2/FiO2	
> 400	0
400-150	5
150-100	10
< 100	13
Escala de Coma de Glasgow	
> 14	0
14-11	6
10-8	14
<8	24
Última avaliação da PaCO2 (mmHg)	
< 45	0
> 45	5

O momento da alta deve ser, preferencialmente, durante o dia, para facilitar as condições de transporte e admissão no setor de destino.

4.1.6 CONTRAINDICAÇÕES PARA ALTA DA UTI

Necessidade de monitorização e cuidadoso em intervalos inferiores a 4 horas;

Recursos não-rotineiros: necessidade de recursos humanos ou técnicos que não estão disponíveis em outros setores;

Condição clínica com risco de deterioração e indicação de na Unidade Intensiva dentro de 24 horas;

Necessidade de ventilação não-invasiva, com estabilidade clínica

Necessidade de suporte hemodinâmico com utilização de, no máximo uma droga vasoativa, em dose fixa ou decrescente, com finalidade de manutenção ou redução de níveis pressóricos.

Tratamento de arritmias agudas sem repercussão hemodinâmica (fibrilação/flutter ou outras taquiarritmias atriais).

Outros Critérios a serem levados em conta pelo risco de readmissão

na UTI:

- Pós-parada cardiorrespiratória;
- Necessidade de reabordagem cirúrgica;
- Complicação pós-operatória de neurocirurgia;
- Sepse;
- Complicações pulmonares (hipoxemia, higiene pulmonar inadequada, pneumonia e insuficiência ventilatória);
- Alterações cardíacas (arritmias, insuficiência cardíaca congestiva e parada cardíaca);
- Hemorragia digestiva alta;
- Déficit neurológico novo.



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

ANEXO – PROTOCOLOS ENFERMAGEM

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74.810-100, GOIÂNIA/GO – TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

INSTITUTO CE

Santa Helena de Goiás -2023

ANEXO –
PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

(ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS)

NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E EMERGÊNCIA

Sumário

1 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO HOSPITAL DIA E URGÊNCIA 2613

1.1 INTRODUÇÃO 2613

1.2 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM 2614

1.2.1 Introdução 2614

1.2.2 Objetivo 2615

1.2.3 Perfil da Unidade 2615

1.2.4 Definição Dos Serviços 2616

1.2.8 Normas e Rotinas 2626

1.2.9 AMBULATÓRIO: 2626

1.2.10 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 2632

1.3 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM 2639

1.3.1 Protocolo - POP.075.GE AFERIÇÃO DE PULSO ART E DOS MOVIMENTOS RESP EM PEDIATRIA 2639

1.3.2 Protocolo - POP.023.GE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS 2643

1.3.3 Protocolo - POP.003.GE BALANÇO HIDRICO 2652

1.3.4 Protocolo - POP.026.GE ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO 2655

1.3.5 Protocolo - POP.039.GE CONFORTO E SEGURANÇA DO PACIENTE 2667

1.3.6 Protocolo - POP.042.GE HIGIENE ÍNTIMA 2670

1.3.7 Protocolo - POP.035.GE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. 2674

1.3.8 Protocolo - POP.046.GE PREPARO DO CORPO PÓS - MORTE 2688

1.3.9 Protocolo - POP.027.GE REGISTRO DE ENFERMAGEM 2693

1.3.10 Protocolo - POP.093.GE USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL 2704

1.3.11 Protocolo - POP.069.GE VISITA HOSPITALAR 2707

1.3.12 PRIORIZAÇÃO E CADASTRO DE PACIENTES NA RECEPÇÃO 2710

1.3.13 SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 2714

1.3.14 CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA 2718

1.3.15 ORIENTAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS NA ALTA HOSPITALAR 2721

1.3.16 TRANSFERÊNCIAS INTERNAS 2729

1.3.17 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR(IM) 2732
1.3.18 ALTA DAS ENFERMARIAS 2736
1.3.19 HEMOTRANSFUSÃO 2738
1.3.20 MEDICAMENTOS MULTIDOSES 2743
1.3.21 Priorização Clínica Na Sala De Medicação 2746
1.3.22 Curativo de ferida cirúrgica limpa 2748
1.3.23 Armazenamento dos frascos de insulina 2751
1.3.24 ESCALA DE FUGULIN 275
1.4 NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA 2756
1.4.1 PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 2779
1.5 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO 2934
1.5.1 Protocolo - MANUAL DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO- NIR 2934
1.6 NÚCLEO SEGURANÇA DO PACIENTE 2983
1.6.1 Protocolo - DI.009.NSP REGIMENTO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE 2983
1.7 SCIRAS 2992
1.7.1 Protocolo - REGIMENTO INTERNO SCIRAS 2992
1.7.2 Protocolo - PRO.003.SCIRAS USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO 2996
1.7.3 Protocolo - PRO.007.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁR ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA 3025
1.7.4 Protocolo - PRO.008.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL 3030
1.7.5 Protocolo - PRO.009.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO 3035
1.8 PROTOCOLO - CENTRO CIRÚRGICO 3045
1.8.1 SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA 3045
1.8.2 ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA 3048
1.8.3 CHECK LIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA 3050
1.8.4 ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA 3051
1.8.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA 305

1.8.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA 3057

1.8.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA 3060

1.8.8 CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA 3064

1.8.9 CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES 3069

1.8.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO 3071

1.8.11 DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE 3074

1.8.12 DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA 3077

1.9 CME - CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO 3080

1.9.1 MACRO FLUXO DA CME 3081

1.9.2 ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME 3083

1.9.3 PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME 3086

1.9.4 RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO 3092

1.9.5 FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO 3096

1.9.6 LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA 3098

1.9.7 LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS 3101

1.9.8 PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE 3105

1.9.9 ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO 3109

1.9.10 LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA 3113

1.9.11 PROCESSAMENTO DOS AMBUS 3116

1.9.12 PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES 3120

1.9.13 LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX) 3127

1.9.14 LIMPEZA E PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH 3132

1.9.15 LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES 3137

1.9.16 PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI 3140

1.9.17 PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS 3145

1.9.18 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS 3150

1.9.19 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME 3153

1.9.20 PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS 3157
1.9.21 LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS 3160
1.9.22 IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO 3164
1.9.23 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME 3167
1.9.24 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME 3171
1.9.25 ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME 3174
1.9.26 LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME 317
1.9.27 MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME 3181
1.9.28 TRATAMENTO DE EXPLANTES 3185
1.10 ATENDIMENTO AMBULATORIAL EQUIPE MULTIPROFISSIONAL 3188
1.10.1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATORIAL 3189
1.11 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO LABORATÓRIO 3398
1.11.1 Estrutura Organizacional -Normas Do Funcionamento Do Laboratório 3398
1.11.2 Recepção Do Paciente Para A Realização De Exame 3413
1.11.3 Recepção De Amostras De Exames E Coletas De Sangue 3416
1.11.4 Realização Dos Exames 3418
1.11.5 Liberação Do Resultado Dos Exames 3420
1.11.6 Entrega De Laudos De Exames 342
1.11.7 Limpeza E Higienização Do Laboratório 3424
1.11.8 Preparo Do Material De Coleta (Tubos) – Hematologia 3426
1.11.9 Preparo Do Material De Coleta (Lâminas – Esfregaço) – Hematologia 3428
1.11.10 Preparo De Material De Coleta (Tubo De Hemólise) – Hematologia 3431
1.11.11 Coleta De Sangue Capilar 3432
1.11.12 Coleta De Sangue Venoso 3435
1.11.13 Protocolo - POP.LAB.001 COAGULOGRAMA. 3438
1.11.14 Protocolo - POP.LAB.002 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA REAGENTE. 3444
1.11.15 Protocolo - POP.LAB.003 CONFECÇÃO E COLORAÇÃO DE ESFREGAÇOS SANGUINEOS. 3447
1.11.16 Protocolo - POP.LAB.004 HEMOGRAMA. 3450
1.11.17 Protocolo - POP.LAB.006 ROTINA DIÁRIA DO LABORATÓRIO 345

1.11.18 Protocolo - POP.LAB.007 MICOLÓGICO DIRETO - RASPADO DE LESÇO.... 3459
1.11.19 Protocolo - POP.LAB.034 LIMPEZA DE MATERIAIS LABORATORIAIS 3462
1.12 MANUAL NORMAS E ROTINAS - DIAGNOSTICO POR IMAGEM 3467
1.12.1 NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM 3467
1.12.2 EQUIPAMENTOS DO SETOR DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM 3468
1.12.3 AGENDAMENTO DE EXAMES 3468
1.12.4 ULTRASSONOGRAFIA..... 3468
1.12.5 ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA..... 3474
1.12.6 PREPARO PARA ULTRASSONOGRAFIA..... 3480
1.12.7 ROTINA NA REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA..... 3481
1.12.8 ROTINA NA REALIZAÇÃO DA DENSITOMETRIA ÓSSEA 3481
1.12.9 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM ROTINAS AMBULATÓRIO - EXAMES 3482
1.13 SERVIÇOS DE APOIO..... 3516
1.13.1 ALMOXARIFADO E FARMÁCIA..... 3516
1.13.2 CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO 3516
1.13.3 ROTINAS ADMINISTRATIVAS 3516
1.13.4 LIMPEZA TERMINAL..... 3517
1.13.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 3517

1 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO HOSPITAL DIA E URGÊNCIA

1.1 INTRODUÇÃO

Os Protocolos Operacionais Padrão – POP's constituem importante ferramenta para organização do Serviço de Enfermagem nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo a passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro que lhes auxilia nas tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém-admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada pela Equipe de Multidisciplinar que compõe o Núcleo de Qualidade do Instituto CEM com base nas diretrizes e normatizações do MS, Conselhos de Classe e Associações de Especialistas. Ressaltamos que todos os Protocolos serão revisados e adequados à realidade dos Serviços do hospital, no primeiro trimestre de vigência do contrato.

Os Protocolos Assistenciais utilizados pelo INSTITUTO CEM baseiam-se nos protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde, entre outros, aqueles citados e atualizados pelas sociedades de especialidade,

> *A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!*

Cada sociedade de especialidade médica divulga, periodicamente, novos protocolos que passam a serem os utilizados pela comunidade médica e hospitalar no Brasil.

Ainda assim, é necessário, periodicamente, atualizá-los conforme a evolução da medicina ocorre nas diversas especialidades em termos de materiais, medicamentos, técnicas cirúrgicas etc.

De toda a forma, para efeito da presente proposta, entendemos que a apresentação dos protocolos assistenciais abaixo relacionados, e indicados para cada unidade de saúde.

Os protocolos clínicos são apresentados de acordo com as características dos serviços implementados nas unidades assistenciais abaixo relacionadas:

1.2 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM

1.2.1 Introdução

A enfermagem é, em sua essência, responsável pela arte e ciência do cuidado ao paciente/paciente, no entanto, além disso, passou a cuidar também da organização dos ambientes/setores, fluxos, processos e fluidez de todas as atividades desenvolvidas nos setores, tornando-se a ligação entre a equipe multiprofissional e entre os vários serviços prestados ao paciente/paciente.

Partindo do princípio que sistematizar e organizar de forma coerente, a sistematização das rotinas de enfermagem no setor é de extrema importância para garantir um padrão de assistência seguro e com qualidade aos pacientes.

A padronização é uma ferramenta gerencial, que possibilita a transmissão de informações e dos conhecimentos adquiridos, favorecendo a continuidade da assistência, contribuindo para a redução dos erros e assim garantindo a segurança do paciente.

Neste contexto, este manual vem apresentando as normas e rotinas do hospital, servindo como referência para manutenção da organização dos mais diversos setores da Unidade.

Todas as normas e rotinas aqui descritas, foram elaboradas considerando as regulamentações vigentes no campo da enfermagem, bem como legislações que

normatizam os mais diversos setores do hospital como cita o Código de Ética de Enfermagem (Resolução 564/2017) quanto aos Princípios Fundamentais.

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

1.2.2 Objetivo

Apresentar, estabelecer e padronizar, em caráter normativo e norteador, as normas de funcionamento dos setores da Unidade, bem como as rotinas de execução das atividades de enfermagem.

1.2.3 Perfil da Unidade

O HERSO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, que funciona 24 horas realizando atendimentos de média e alta complexidade, prestando atendimento prioritariamente à Macrorregião Centro Sudeste e demais Macrorregiões, podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

1.2.4 Definição Dos Serviços

Linhas de Serviços

Para o funcionamento do HERSO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

1.2.4.1Internação:

a.1) Saídas de Clínica Médica

a.2) Saídas Cirúrgicas

a.3) Internações em leitos de UTI adulto (não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas)

Cirurgias programadas: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

1.2.4.2Atendimento Ambulatorial:

Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;

Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório;

Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não requerem internação hospitalar;

Atendimento Leito Dia.

c) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade.

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **INSTITUTO CEM** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar.

1.2.4.3Assistência Hospitalar

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida;

No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

- Assistência por equipe médica especializada;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;

- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de enxoval;
- Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- A realização das cirurgias, devendo o **INSTITUTO CEM** evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância;

A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização;

1.2.4.4Atendimento às Urgências Hospitalares

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual.

Para efeito de produção pactuada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

O atendimento de cirurgia torácica ocorrerá por meio de parecer, conforme demanda encaminhada pelo Complexo Regulador Estadual.

1.2.4.5Especialidades para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no HERSO

- Cirurgia Buco Maxilo Facial Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Ortopedia e Traumatologia Vascular

1.2.4.6 Atendimento Ambulatorial

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

O **INSTITUTO CEM** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

As consultas ambulatoriais compreendem:

- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Regulação** ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de egresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

- É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas;

As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;

Constitui exceção ao disciplinado no *caput* deste subitem, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

- análise dos dados contidos no prontuário;

- entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;
- diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);
- resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;
- definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e
- registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira à sábado, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

ESPECIALIDADES MÉDICAS INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HERSO

- Angiologia e Cirurgia Vascular
- Cardiologia - Risco Cirúrgico Cirurgia Geral
- Ortopedia e Traumatologia

ESPECIALIDADES MULTIPROfiSSIONAIS INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HERSO

- Bucomaxilo Facial
- Enfermagem

O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de

especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela SES-GO;

A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pelo Complexo Regulador Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **INSTITUTO CEM** em até 60 dias;

Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Termo de Colaboração**, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

1.2.4.7 CIRURGIAS ELETIVAS

Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo 04 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser **programado** de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;

- Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);
- Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;
- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO);

CIRURGIA ELETIVA AMBULATORIAL:

Procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória.

- Instrumento de registro: APAC;
- Autorização para execução: via sistema de regulação;
- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

CIRURGIA ELETIVA HOSPITALAR:

procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia co necessidade de internação hospitalar pós operatória.

- Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;
- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;
- Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e
- Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 6 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.

As cirurgias eletivas deverão ser realizadas prioritariamente para os pacientes egressos q necessitem do segundo tempo cirúrgico;

Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial autorizada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

Será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência e necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;

A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás;

A unidade deverá executar cirurgias eletivas nas especialidades mínimas descritas no quadro abaixo, a serem encaminhadas pelo Complexo Regulador Estadual:

ESPECIALIDADES INICIAIS A SEREM OFERTADAS NAS CIRURGIAS ELETIVAS DO HERSO

- Bucomaxilofacial
- Cirurgia Geral
- Ortopedia
- Cirurgia Vascular

1.2.5 Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e aos que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pelo Complexo Regulador Estadual;

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional do SADT;

Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados são:

1.2.6 Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

- Radiografia com e sem contraste
- Tomografia Computadorizada com e sem contraste
- Ultrassonografia /Doppler

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;

Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada;

1.2.7 Serviços de Apoio

- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente. Considerando o perfil da unidade, destaca-se que um dos serviços essenciais envolve a endoscopia digestiva para diagnóstico e terapêutica, que deverá ser devidamente realizado;
- Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;
- Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;
- Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;

- Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

Destaca-se a possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

1.2.8 Normas e Rotinas

1.2.9 AMBULATÓRIO:

Rotinas que serão comuns a todos os profissionais de enfermagem do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Executar todas as atividades visando a segurança do paciente respeitando os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- Apresentar-se ao posto de trabalho devidamente uniformizado, portando crachá de identificação profissional;
- Solicitar as trocas de plantões entre profissionais à chefia imediata com no mínimo 05(cinco) dias úteis de antecedência, assinadas por ambos os empregados e encaminhadas para a Coordenação ou Gerência do Serviço de Enfermagem;
- Avisar a chefia imediata com a antecedência mínima de 6 horas do plantão quanto a impossibilidade de comparecer ao serviço, para providências, exceto em casos extraordinários;
- Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;
- As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;

- O pessoal em serviço deverá estar vestido/paramentado de acordo com a padronização estabelecida;
- Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade. Não consumir alimentos no posto de trabalho;
- Todos os membros da Equipe de Enfermagem de todas as unidades de internação do Hospital deverão zelar pelo patrimônio da instituição.
- As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem deverão ser em datas previamente definidas pela chefia imediata;
- Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos próprios ou sistema informatizado;
- Organizar o local de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
- Orientar as pessoas que porventura não estiverem identificadas no interior da Unidade Ambulatorial para que o façam na recepção;
- É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO;
- Os colaboradores deverão informar aos pacientes idosos (maiores de sessenta anos), menores de dez anos, acamados e cadeirantes que deverão comparecer ao ambulatório para realização de consultas e/ou exames com um acompanhante. Somente uma pessoa poderá permanecer junto ao paciente, não sendo permitida circulação em outros andares;
- Orientar aos familiares e/ou acompanhantes que no caso de urgências, emergências e intercorrências com qualquer paciente, será solicitado aos acompanhantes e visitantes que se retirem momentaneamente para que o trabalho da equipe não seja prejudicado;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial;
- Manter a organização do setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho. Não consumir alimentos nos postos de trabalho;

- Registrar em livro próprio as ocorrências da unidade;
- Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente;
- Orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos quando estes passarem pelo acolhimento;
- Auxiliar no processo de agendamento de consultas, retornos, interconsultas, exames e procedimentos, caso o paciente precise.

ENFERMEIRO COORDENADOR:

- Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;
- Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;
- Elaborar escala mensal do Serviço de Enfermagem, atentando-se para férias e licenças e encaminhar para a Gerência de Enfermagem em formato digital;
- Providenciar substituições na escala quando se fizer necessário;
- Supervisionar as anotações de enfermagem nos prontuários, formulários e livros de registro;
- Revisar a agenda ambulatorial e alimentar os indicadores de atendimento;
- Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade ambulatorial para a Gerência de Enfermagem;
- Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc.);
- Manter a Gerência de Enfermagem e a Gerência de Recursos Humanos informadas sobre mudanças de escalas, convocações para plantões, horas extras, compensação de horas, comunicação de sono, dentre outros mais específicos.
- Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefia Médica das clínicas e outros, quando for convocado;
- Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;

- Solicitar material permanente para a unidade, quando necessário;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;
- Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto, médio e longo prazo pelo serviço;
- Participar das resoluções e encaminhamentos realizados pela Gerência do Serviço;
- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem para o ambulatório;
- Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;
- Supervisionar a ordem no ambulatório, zelando pelo patrimônio da instituição;
- Estabelecer, monitorar e gerenciar os indicadores do ambulatório.
- procedimentos e outros tratamentos no ambulatório;
- Supervisionar o Técnico de Enfermagem em suas atividades, fornecendo assistência e orientação técnica, quando necessário;
- Verificar o abastecimento adequado e suficiente dos kits de roupa limpa, materiais para pequenos procedimentos, kits de inalação entre outros disponibilizados para o setor;
- Supervisionar a solicitação de material esterilizado bem como o envio de material contaminado p processamento pelos Técnicos e Auxiliares de enfermagem;
- Realizar acolhimento do cliente dando orientação sobre as normas e rotinas do ambiente hospitalar, esclarecendo dúvidas sobre o atendimento ou procedimento que o mesmo irá realizar;
- Conferir diariamente a funcionalidade do laringoscópio, cardioversor e integridade do lacre do carrinho de emergência do ambulatório, revisando-o mensalmente, mesmo lacrado, e, a qualquer momento quando houver necessidade de utilizá-lo. Realizar reabastecimento, seguindo de inserção de novo lacre;
- Realizar procedimentos privativos do enfermeiro, estabelecidos em POP, e pelo conselho de classe;

- Supervisionar e realizar a aplicabilidade dos protocolos de prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde de acordo com protocolos do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância à Saúde e da Instituição;

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Apresentar-se para iniciar o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente uniformizado, sapato fechado e sem adornos;
- Conferir a presença de funcionários da equipe de enfermagem escalados e informar ao coordenador de enfermagem da unidade as possíveis ausências e intercorrências relacionadas à assiduidade, pontualidade, disciplina e conduta;
- Assistir/acompanhar os pacientes sob sua responsabilidade, realizando cuidados de enfermagem necessários em parceria com a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional do ambulatório;
- Registrar no prontuário de cada paciente as informações relevantes referentes a prestação dos cuidados e orientações fornecidas;
- Verificar com antecedência e orientar os pacientes e acompanhantes quanto ao preparo adequado de exames,
- Receber do médico os documentos pertinentes à perícia realizada;
- Entregar os documentos na Coordenação da Unidade Ambulatorial.

TÉCNICO AUXILIAR/ENFERMAGEM

- Cumprir rigorosamente seu horário de trabalho de acordo com as normas e rotinas do setor;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem;
- Atender às solicitações do Coordenador de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;
- Participar de reuniões com o Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem, para o repasse das informações e orientações da Gerência de Enfermagem, sempre que solicitado;

- Participar de atividades de educação permanente e capacitações oferecidas pelo próprio setor e outros responsáveis pela Educação Permanente, com registro de presença em impresso específico;
- Participar da Avaliação de Desempenho realizada pelo Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem;
- Abastecer as salas e consultórios do ambulatório com luvas, toucas, aventais, máscaras, antissépticos, lençóis de papel, seringas, agulhas, entre outros materiais;
- Manter bancadas limpas e organizadas, trocar a caixa de perfuro cortante quando necessário;
- Organizar a sala de coleta de sangue no dia anterior deixando disponível todo material necessário para a execução do serviço;
- Repor material de uso diários nas salas de atendimento e consultórios, de acordo com a necessidade;
- Suprir os respectivos armários com material esterilizado, buscando-os na CME conforme agendamentos do dia seguinte;
- Manter o armário de roupas organizado; solicitar roupa para abastecer o armário e manter contato com a lavanderia sempre que necessário;
- Repor as roupas no início do atendimento e encaminhar as utilizadas ao expurgo ao final do atendimento;
- Recolher e organizar as bandejas e materiais utilizados nos pequenos procedimentos, diariamente, no expurgo;
- Acondicionar o material utilizado em sacos (bandejas, pinças, bacias, comadres e papagaios, materiais respiratórios (traqueias, umidificadores, kits de inalação etc) após realizar pré lavagem, listar em formulário próprio e encaminhar o material para a CME;
- Abastecer o Ambulatório com o material estéril da CME (bandejas, pacotes de curativo, pacotes de paramentação;
- Comunicar ao Enfermeiro (a) sempre que perceber a necessidade de reparos/ manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- Executar os Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente;

- Identificar as almotolias e datá-las assim que forem disponibilizadas e zelar para que o consumo ocorra dentro do tempo de validade previsto;
- Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
- Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: colposcópio, foco de luz, doppler, eletrocautório, eletrocardiograma, balança e qualquer outro dispositivo que haja, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
- Repor materiais (soluções, instrumentais, etc) e impressos próprios e específicos para cada especialidade;
- Realizar os curativos de pequena complexidade e de média sob orientação e supervisão do enfermeiro;
- Auxiliar o enfermeiro nos curativos de média e alta complexidade.
- Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, se for o caso;
- Checar o funcionamento das saídas de ar comprimido e oxigênio (ou compressor) utilizados na realização de inalação. Se necessário, acionar a manutenção e comunicar o enfermeiro;
- Manter as salas limpas, organizadas e abastecidas;
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

1.2.10 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Rotinas comuns à toda a equipe:

- Atuar com agilidade, segurança e máxima atenção no exercício de sua função uma vez tratar-se a emergência de um setor que necessita destes requisitos;
- Observar rigorosamente a aplicação prática de todos os POP's a serem aplicados diante de cada caso concreto da emergência;
- Manter a calma e o foco diante das situações estressantes vivenciadas na urgência a fim de tranquilizar o paciente e realizar seu trabalho da melhor maneira possível;
- Iniciar atividades laborais no horário preestabelecido conforme escala e constante da distribuição de local de atendimento, horário de trabalho e registrar ponto digital na entrada e saída;

- Receber o plantão da equipe do plantão anterior com respeito e atenção a todas as informações peculiares a cada paciente, para que assim possa dar continuidade à assistência de excelência;
- Estar devidamente uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, quando em serviço, bem como, em uso de crachá de identificação, sendo proibido o uso de adornos (brincos, relógios, pulseiras, colar, anéis e qualquer adereço que não seja fardamento ou instrumento de trabalho), conforme NR 32;
- Usar unhas curtas e EPIs necessários para o desenvolvimento da assistência;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na instituição;
- Assumir o serviço de acordo com a escala estabelecida, podendo este ser remanejado para outra unidade, de acordo com a necessidade do serviço;
- Praticar o Código de Ética de Enfermagem, exercendo seu trabalho com respeito aos pacientes, acompanhantes, visitantes, colegas de profissão e a equipe multiprofissional.
- Manter sempre sigilo em relação ao diagnóstico dos pacientes, reforçando a postura ética e profissional.
- Promover ambiente alegre e humanizado, a fim de manter os clientes em condições físicas e psicológicas que facilitem o restabelecimento de sua saúde;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades, principalmente nos casos de dúvidas quanto as chamadas para atendimento;
- Realizar escuta qualificada junto ao usuário, objetivando a resolução da sua necessidade;
- Após registro de chamado junto à Central de Material e Esterilização (CME), via Sistema Gerenciamento de Serviço (SGS), receber, conferir e guardar material, atentando para validade e correto acondicionamento;
- Registrar abertura de chamado junto ao Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação – SGPTI caso identifique problema na área tecnológica, via sistema informatizado do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO;
- Registrar a abertura de chamado junto ao Setor de Infraestrutura Hospitalar caso identifique problemas estruturais, via sistema SGS;

- Comunicar setor de Hotelaria quanto à reposição de materiais, como toalhas descartáveis, detergente, álcool gel e aventais cirúrgicos destinados aos pacientes;
- Após a alta hospitalar, acompanhar o paciente e acompanhante até a saída.
- Comunicar a Unidade de Nutrição Clínica sobre a alta do paciente;
- Registrar em livro ata as ocorrências do setor;
- Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO), através de comportamento ético profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos institucionais;
- Realizar o registro das notificações de doenças compulsórias em formulários próprios e das ações relacionadas a segurança do paciente;
- Realizar registro de enfermagem completo, descrevendo toda assistência prestada ao paciente no prontuário físico ou eletrônico facilitando a continuidade da assistência à saúde e garantindo o respaldo legal para profissionais, instituição e usuário;
- Para registro manual utilizar caneta em tinta azul;
- Fazer cumprir sobre a higienização das mãos em todos os momentos da assistência recomendados pela OMS, ANVISA e SCIH do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

ENFERMEIRO COORDENADOR

- Coordenar tecnicamente, juntamente com Enfermeiro Plantonista, as atividades de enfermagem;
- Ser responsável por toda estruturação gerencial e organização burocrática da unidade;
- Ser Enfermeiro de Referência, responsabilizando-se pelo seu grupo de usuários e familiares/acompanhantes durante todo o período de permanência destes na unidade;
- Elaborar conjuntamente com o Enfermeiro Plantonista, planos de trabalho, distribuição de pessoal, atendendo a demanda e manutenção da assistência nas horas estabelecidas em escalas subsequentes ao início de cada plantão;

- Fazer check-list dos materiais hospitalares, de consumo e permanentes de uso no setor e providenciar semanalmente esses materiais;
- Realizar Check- list de materiais da CME, bem como solicitar reposição nos horários pré-determinados pelo setor;
- Supervisionar e avaliar conjuntamente com os Enfermeiros Plantonistas, a atuação da equipe de enfermagem e realizar avaliação de desempenho periodicamente;
- Elaborar a escala mensal, validá-la e encaminhá-la para Gerência de Enfermagem;
- Atualizar normas, rotinas e procedimentos que visam à melhoria da assistência de enfermagem junto com a Equipe de Enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência;
- Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;
- Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;
- Organizar e checar junto ao Médico Plantonista as prescrições médicas referentes a cada paciente em atendimento;
- Checar o censo diário de internações e observar o número de leitos disponíveis para internação;
- Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação na unidade;
- Conferir, supervisionar e avaliar os registros de enfermagem de sua equipe quanto a legibilidade, assinatura, carimbo e qualidade das informações anotadas, seja no prontuário físico ou eletrônico;
- Coordenar e checar o controle e registro da temperatura da geladeira diariamente mantendo-a sempre organizada e limpa;
- Receber e apoiar as atividades práticas realizadas pelos estudantes nos serviços de saúde;
- Manter a Gerência de Enfermagem informada quanto às ocorrências do setor, solicitando providências cabíveis, quando se fizerem necessárias;

- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional.
- Participar das reuniões de gestão de leitos.
- Zelar pelo cumprimento das metas contratuais.

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Receber e Realizar a passagem de plantão;
- Supervisionar as atividades de enfermagem do seu plantão, mantendo a programação estabelecida;
- Passar visita em todos os pacientes da sala vermelha, Box e estabilização, levantando em conta suas necessidades e prioridades;
- Realizar pedido de material da Farmácia e Almoxarifado, bem como providenciar sua retirada nos respectivos locais;
- Participar diretamente da assistência aos pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- Realizar conjuntamente com a equipe multiprofissional visitas clínicas aos pacientes;
- Fazer a conferência e registro no protocolo do carrinho de emergência (desfibrilador, lacre do carrinho, maleta de via aérea difícil e laringoscópio);
- Atender a equipe multiprofissional em suas solicitações, no que for compatível com sua função;
- Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- Manter a coordenação de Enfermagem informada sobre as ocorrências do plantão;
- Manter controle sobre os visitantes (sempre que possível), orientando-os no que for necessário;
- Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação;
- Solicitar ao pessoal da higienização a desinfecção concorrente dos leitos, supervisionando e orientando o agente de higienização da unidade;

- Estabelecer e estimular a organização da unidade;
- Executar procedimentos privativos do enfermeiro;
- Participar na prevenção, tratamento e controle da infecção hospitalar de acordo com protocolos institucionais;
- Orientar pacientes na admissão quanto às normas e rotinas do setor;
- Atuar juntamente com os médicos plantonistas durante as intercorrências;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional;
- Orientar e supervisionar o preparo, a administração de medicamentos quando prescrito, e identificação correta (nome do paciente, nome da droga, dosagem, via e hora) nos frascos ou bolsas de hemocomponentes (conforme POP);
- Auxiliar o Enfermeiro coordenador nas evoluções de enfermagem dos pacientes que se encontram em observação.
- Registrar no livro de relatório de enfermagem todas as intercorrências ocorridas no plantão;
- Prestar assistência ao usuário durante transporte para realização de exames e procedimentos cirúrgicos nas imediações do hospital e suas unidades, quando necessário;
- Prestar assistência ao paciente grave ou potencialmente grave referenciado a outro serviço intermunicipal, durante o transporte, até a unidade de destino, realizando os devidos registros institucionais;
- Atuar diretamente na classificação de risco da unidade de urgência e emergência e proceder a escuta qualificada, estabelecendo a classificação conforme protocolo.

TÉCNICO/ AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

- Receber e passar plantão; cordialmente informando as necessidades do setor;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético e profissional;

- Exercer atividades assistenciais de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes e seus respectivos responsáveis sob supervisão e orientação direta do enfermeiro da urgência;
- Prestar cuidados aos pacientes, sob sua responsabilidade, de acordo com a prescrição médica e de enfermagem atendendo as necessidades de tratamento, higiene, conforto, auxílio na alimentação, deambulação e segurança;
- Auxiliar médico ou enfermeiro na realização de procedimentos especiais de urgência e emergência aos pacientes;
- Preparar e manter material para a execução de atividades médicas e de enfermagem, quando solicitado;
- Verificar sinais vitais de acordo com a rotina do setor e comunicar as intercorrências ao enfermeiro plantonista;
- Acompanhar a evolução do paciente, informando, registrando e comunicando sinais e sintomas;
- Preparar e administrar medicações, segundo prescrição médica, sob supervisão do enfermeiro e fazer a checagem com a anotação correspondente, assinando e/ou carimbando;
- Administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica e fazer a checagem usando a rubrica e, circulando aqueles que não forem realizados, justificando o motivo;
- Executar punção venosa periférica de acordo com o POP de enfermagem de Punção Venosa;
- Realizar controle de glicemia capilar conforme prescrição médica;
- Aplicar nebulização conforme prescrição médica e de acordo com o POP sobre oxigenoterapia multiprofissional;
- Auxiliar a equipe do Laboratório na realização de coleta de sangue para exames, quando necessário;
- Acompanhar em todo o procedimento o paciente na realização de exames;
- Promover, manter limpeza e ordem nas áreas específicas de trabalho de enfermagem e de atendimento ao paciente;
- Participar de reuniões da equipe de enfermagem do setor, quando convocados;
- Desempenhar outras atividades ou tarefas afins designadas pelo enfermeiro;
- Realizar limpeza diária dos leitos abertos com álcool a 70% e troca de lençóis;

- Prover enxoval e manter rouparia em ordem;
- Executar os procedimentos pós- morte conforme procedimento operacional padrão.
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

1.3 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

1.3.1 Protocolo - POP.075.GE AFERIÇÃO DE PULSO ART E DOS MOVIMENTOS RESP EM PEDIATRIA

1. OBJETIVO

Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na instituição do tratamento. Detectar alterações no funcionamento cardíaco, vascular, metabólico e respiratório. Acompanhar a curva de variação da frequência respiratória e do pulso.

2. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem

3. DEFINIÇÕES

Contagem da frequência e descrição das características do pulso e da respiração por minuto.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Informar ao acompanhante e paciente do procedimento e a sua finalidade

4.2 Higienizar as mãos;

4.3 Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou em posição confortável, adequada e segura.

4.4 Mensurar a frequência e descrever as características do pulso arterial;

4.5 Expor o local da artéria selecionada;

4.6 Aproximar o relógio do campo visual;

4.7 Colocar as polpas dos dedos indicador e médio sobre a artéria, comprimindo-a, moderadamente, até sentir a sua pulsação e contar a frequência das pulsações, observando o ritmo, e o volume do pulso. Manter os dedos posicionados sobre a artéria

4.8 Contar o número de respirações durante um minuto, observando o tipo de respiração, a expansibilidade torácica, o ritmo, a profundidade e a presença de ruídos audíveis;

4.9 Retirar os dedos da região;

4.10 Proceder às anotações das medidas mensuradas no bloco de anotações;

4.11 Posicionar a criança confortavelmente e segura no leito;

4.12 Higienizar as mãos;

4.13 Registrar as frequências respiratórias e do pulso em impresso próprio, constante do prontuário da criança.

4.14 Proceder às anotações de enfermagem constando todas as características das frequências encontradas, assim como ocorrências adversas e medidas tomadas.

5 DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1 Relógio com marcador de segundos

5.2 Caneta

5.3 Papel para anotações.

6 EPI

6.1 Não se aplica

7 RESPONSABILIDADE

7.1 Enfermeiros e técnicos de enfermagem

8 QUANDO EXECUTAR

8.1 Toda criança hospitalizada;

8.2 Crianças com alterações dos padrões respiratórios e/ou cardiovascular;

8.3 Antes e após transfusões de hemocomponentes;

8.4 Antes e após alguns procedimentos e cirurgias.

9 REGISTROS

9.1 FOR.SAME 001 FICHA DE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - SINAIS VITAIS.

10 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Evitar aferir o pulso arterial e a frequência respiratória, quando a criança estiver chorando e após procedimentos que causem dor, desconforto e atividades físicas.

10.2 **Ação:** Verificar o pulso apical, posicionando o diafragma do estetoscópio no ápice do coração (abaixo mamilo esquerdo a altura do quinto espaço intercostal)

Em crianças dar preferência ao pulso braquial.

11 CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Aferir as frequências e características do pulso e da respiração, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, D.L. et al. **Manual de Procedimentos em pediatria. São Caetano do Sul**: Yendis, 2006.

SCHIMITZ, E.M. et al. **A enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

STACCIARINI,T.S.G.;CUNHA.M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu,2014.

13 ANEXO

Não se aplica

14 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	○ ITENS REVISADOS

15 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	**Nome do 1° aprovador:**	**Nome do 2° aprovador:**
Ass. do emissor:	**Ass. do 1° aprovador:**	**Ass. do 2° aprovador:**

1.3.2 Protocolo - POP.023.GE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

1. OBJETIVO

Verificar os sinais vitais do paciente para auxiliar no diagnóstico e tratamento, e para acompanhar a evolução da doença. Os sinais vitais evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal podendo indicar enfermidades.

2. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem.

3. DEFINIÇÕES

Procedimento realizado em usuários que estão internados e/ou que chegam no acolhimento para serem atendidos.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Temperatura

4.1.1. Explicar o procedimento para o paciente;
4.1.2. Enxugar a axila do paciente ou orientá-lo a fazer;
4.1.3. Higienizar as mãos e organizar o material;
4.1.4. Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35º. C;
4.1.5. Colocar o termômetro na axila de forma que fique o bulbo em contato com a pele;
4.1.6. Pedir para que o paciente comprima o braço de encontro ao corpo, de preferência colocando a mão no ombro oposto;
4.1.7. Retirar o termômetro após cinco minutos (ou de acordo com orientação do fabricante);
4.1.8. Fazer a leitura e anotar o valor da temperatura;
4.1.9. Limpar o termômetro com o algodão embebido em álcool;
4.1.10. Desprezar o algodão sujo;
4.1.11. Higienizar as mãos.

Técnica bucal

4.1.12. Explicar o procedimento para o paciente;

4.1.13. Higienizar as mãos;

4.1.14. Calçar luvas;

4.1.15. Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35º.C colocando o termômetro embaixo da língua do paciente;

4.1.16. Solicitar que o paciente cerre os lábios, firmando o termômetro no canto da boca;

4.1.17. Após cinco minutos (ou de acordo com orientação do fabricante) retirar o termômetro;

4.1.18. Fazer a leitura e anotar o valor da temperatura;

4.1.19. Limpar o termômetro com o algodão embebido em álcool a 70% e guardá-lo;

4.1.20. Desprezar o algodão sujo;

4.1.21. Retirar as Luvas;

4.1.22. Higienizar as mãos.

Técnica retal

4.1.23. Explicar o procedimento para o paciente;

4.1.24. Colocar o paciente na posição de Sims-decúbito lateral esquerdo com perna fletida;

4.1.25. Higienizar as mãos;

4.1.26. Calçar as luvas;

4.1.27. Lubrificar a ponta do termômetro introduzindo-a no reto;

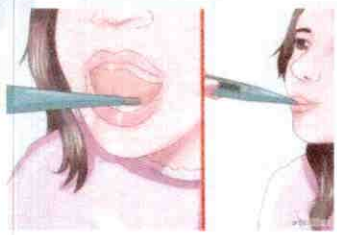
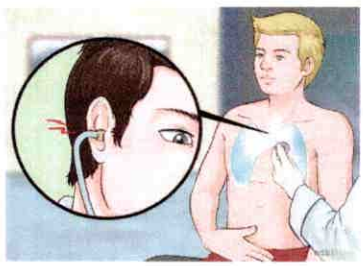
4.1.28. Retirar o termômetro após 5 a 7 minutos, fazer a leitura e anotar;

4.1.29. Lavar o termômetro com água e sabão, passar álcool a 70% sob o termômetro e guardá-lo.

4.1.30. Retirar as luvas;

4.1.31. Higienizar as mãos;



4.4. Respiração

4.1.1. Explicar o procedimento para o paciente.

4.1.2. Manter o paciente sentado ou deitado no leito.

4.1.3. Ser natural, não deixando que o paciente perceba que sua respiração está sendo contada, pois pode causar-lhe ansiedade.

4.1.4. Observar quando o tórax sobe e desce ou os movimentos do abdômen e contar durante um minuto.

4.1.5. Anotar o número de movimentos respiratórios por minuto.

Pulso

4.1.6. Explicar o procedimento para o paciente.

4.1.7. Higienizar as mãos e organizar o material.

4.1.8. Palpar o pulso radial ou os citados acima.

4.1.9. Manter o paciente em posição confortável.

4.1.10. Apoiar o braço se o pulso for o radial.

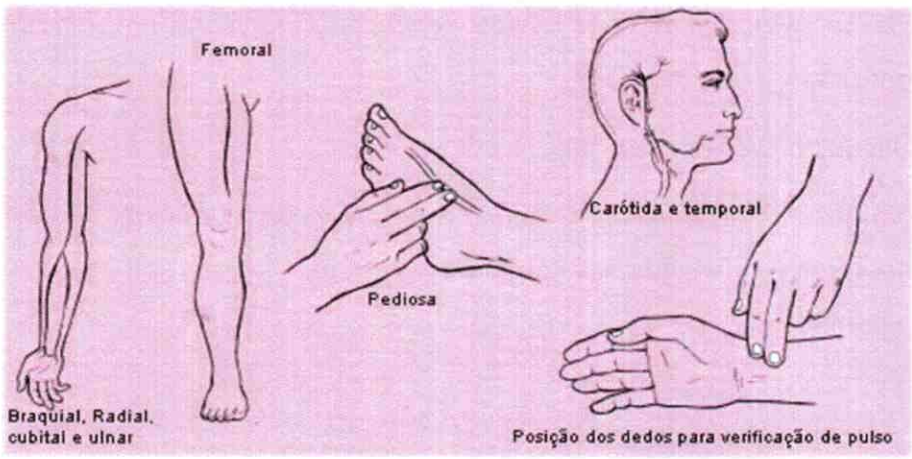
4.1.11. Colocar o dedo indicador e anular no local e pressionar levemente, sem comprimir o local. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação pode ser confundida com a do paciente.

4.1.12. Contar o número de batimentos do pulso em um minuto.

4.1.13. Ou utilizar o aparelho oxímetro que também mostra o pulso;

4.1.14. Anotar a frequência e o ritmo cardíaco;

4.1.15. Higienizar as mãos.



Pressão arterial

Explicar o procedimento para o paciente;

Higienizar as mãos e organizar o material;

Palpar o pulso braquial ou radial;

4.1.16. Colocar o manguito a 3 cm, aproximadamente, acima da fossa cubital, de modo que não fique muito apertado nem frouxo;

Palpar novamente para obter pulso. Uma vez obtido continue a palpar inflando o manguito até a medida de o manômetro ficar 20 mmHg além do ponto em que o pulso não foi mais sentido na palpação;

Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem.

Fazer desinfecção das olivas e diafragma do estetoscópio com bola de algodão embebida em solução álcool. Em pacientes inconscientes e sem pulsação periférica-insuflar imediatamente até 200mmHg de pressão no manguito e proceder a verificação (pacientes graves), caso a pressão não seja audível, desinsuflar e imediatamente, insuflar até 250mmHg, ocorrendo o mesmo, proceder da mesma forma, indo até 300mmHg.

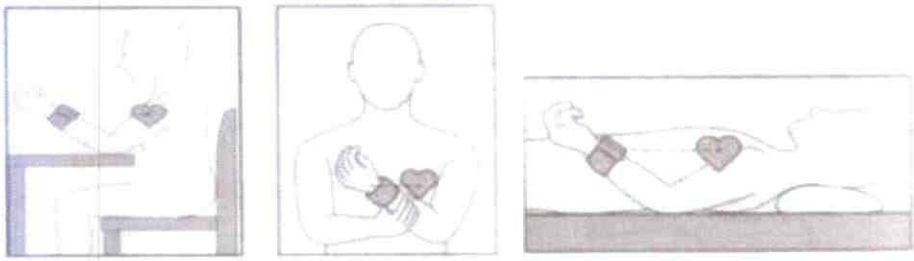
4.1.17. Abrir lentamente a válvula e observar no manômetro o ponto em que é ouvido o primeiro batimento (pressão sistólica), e o ponto em que o som é ouvido por último (pressão diastólica).

4.1.18. Retirar o ar, em caso de dúvida, repetir a operação 1(um) minuto após, para confirmar.

Limpando as olivas do estetoscópio com álcool a 70%;

4.1.19. Verificar a pressão arterial no menor tempo possível a fim de impedir congestão venosa, pois o manguito age com um torniquete.

4.1.20. Higienizar as mãos;



A B C

Oximetria

Explicar o procedimento para o paciente;

Higienizar as mãos e organizar o material;

Colocar o aparelho oxímetro preferencialmente em qualquer dedo da mão;

Observar a leitura da medida do aparelho;

Limpar o aparelho

Higienizar as mãos.



5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Algodão com álcool

5.2. Folhas de controle de enfermagem

5.3. Luvas de procedimentos

5.4. Relógio

5.5. Manguito de pressão arterial

5.6. Esfigmomanômetro

5.7. Termômetro

5.8. Oxímetro

Materiais


Bandeja


Bolinha de algodão


Almotolia com álcool a 70%


Esfignomanômetro e estetoscópic


Termômetro


Relógio com ponteiros de segundos


Bloco e caneta



6. EPI

Luvas de procedimento, máscara

7. RESPONSABILIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

Quando o paciente for admitido na Unidade para consulta e/ou internação. Aprazamento de acordo com o quadro clínico do cliente e rotina da unidade.

9. REGISTROS

9.1 Anotação na ficha de atendimento, e/ou no prontuário de internação.

9.2 FOR.001.SAME Ficha de Anotação de Enfermagem-Sinais Vitais

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Quando não se verificar os sinais vitais.

10.1.1 **Ação:** Fazer o mais breve possível, treinar a equipe e esclarecer da importância na verificação desse sinal vital.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOZACHI, N. **O hospital manual do ambiente hospitalar,** Editora Real,Curitiba, 2005 SMITH-TEMPLE, J. Gui para procedimentos de enfermagem, Porto alegre: Artmed, 2004;

POTTER, PA.; PERRY. A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan,2006;

SMITH-TEMPLE, J. Gui para procedimentos de enfermagem, Porto Alegre:Artmed, 2004.

13. ANEXO

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	**Nome do 1° aprovador:**	**Nome do 2° aprovador:**
Ass. do emissor:	**Ass. do 1° aprovador:**	**Ass. do 2° aprovador:**

1.3.3 Protocolo - POP.003.GE BALANÇO HIDRICO

1. OBJETIVO

1.1. Realizar rígido controle de infusões x eliminações, para avaliação da evolução clínica do paciente.

2. APLICAÇÃO

2.1. Será aplicado aos pacientes que tenham necessidade clínica de balanço hídrico.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Balanço hídrico representa a monitoração detalhada de líquidos administrados e eliminados por um paciente num determinado período.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Lavar as mãos com água e sabão

4.2. Usar impresso padronizado

4.3. Anotar todos os ganhos de 2/2 horas

4.4. Zerar bomba de infusão e realizar leitura de 2/2 horas

4.5. Registrar todos os volumes infundidos rigorosamente

4.6. Registrar perdas: Pesar fralda seca e depois com diurese para que o balanço hídrico seja fidedigno.

4.7. Pesar fralda com fezes pastosas, semilíquidas e líquidas

4.8. Paciente com Sondas Vesicais de demora, fazer a leitura no saco coletor de urina sistema fechado e depois desprezar diurese em comadre ou saco coletor descartável.

4.9. Paciente sem Sondas ou fraldas a diurese será desprezada em saco coletor

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Calculadora se necessário

5.2. Comadre

5.3. Balança

6. EPI

6.1. Máscara descartável

6.2. Luva de procedimento

6.3. Capote se necessário

7. RESPONSABILIDADE

7.1. O procedimento do balanço hídrico será realizado pelo técnico em enfermagem e supervisionado pelo enfermeiro.

7.2. O cálculo do balanço hídrico será realizado exclusivamente pelo ENFERMEIRO.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. O registro será feito pelo técnico em enfermagem a cada duas horas no período de 24 horas, assinar, carimbar a folha de registro.

9. REGISTROS

9.1. FOR.251.GE BALANÇO HÍDRICO

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC:** O procedimento deixar de ser executado ou registrado pela equipe de enfermagem

10.1.1. **Ação:** Educação continuada, orientação da equipe.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A medida e a anotação sistemática dos ganhos (ingestão, infusões, etc.) e perdas líquidos (urina, fezes, drenos, sondas e etc.) são muito importantes nos pacientes com doenças graves, sobretudo naqueles com tendência a reter líquidos, como nos portadores de disfunção cardíaca, renal, hepática, desnutrição com hipoproteinemia. O balanço hídrico é um cuidado básico de enfermagem geralmente indicados nos pacientes em estado mais grave.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1.POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	○ ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.4 Protocolo - POP.026.GE ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de Admissão, transferência, alta e óbito Hospitalar, acolhendo o paciente e seus familiares com cordialidade e atenção.

2. APLICAÇÃO

Equipe de enfermagem

3. DEFINIÇÕES

Considera-se a admissão o ato de realizar a internação do paciente em um leito hospitalar e pode ser classificado em eletiva, de urgência e de emergência, de acordo com o agravo do paciente.

A transferência é mobilização do paciente que pode ser interna (para outro leito, outra clínica ou ainda, para responsabilização de outra equipe médica) e externa, que diz respeito ao encaminhamento do paciente a outra Instituição de saúde.

A alta é a liberação do paciente após o período de internação e pode ocorrer em diversas situações: cura melhora inalteração do caso, para tratamento ambulatorial, administrativa, por indisciplina, evasão ou ainda, a pedido (KOCH et al, 1996). Significa a saída do paciente do hospital provisoriamente ou definitivamente (LIMA, 2000).

O óbito deve ser considerado como continuidade do atendimento de enfermagem ao paciente e a sua família, onde deverão receber os cuidados necessários de forma respeitosa e segura (LIMA, 2000).

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Admissão

Comunicar sobre a admissão e obter informações sobre o paciente e suas condições gerais (determina o leito apropriado, e prepará-lo para receber o paciente);

Providenciar uma prancheta para o paciente onde serão colocados os formulários de rotina (folha de indicações/evolução/tratamento, AIH, laudo médico para solicitação, pedido de exames, etc.);

Receber o paciente e o cuidador ou o familiar, identificando-se e encaminhá-los ao leito (realiza o acolhimento do paciente e do acompanhante com humanização e respeito);

Apresentar a unidade, a enfermaria e os companheiros de quarto, se houver (permite integração entre o paciente e os demais membros da enfermaria; favorece a adaptação do paciente à nova realidade);

Verificar a necessidade e possibilidade de um acompanhante ao paciente durante a internação;

Informar quanto às rotinas da clínica, local e horário para banho, refeições, recreação, visita médica e de familiares (garante adequado relacionamento interpessoal; integra o paciente no processo de decisão sobre seu tratamento; evita ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar condições de higiene e, se possível for encaminhar o paciente ao banho de aspersão e troca de roupas (visando a prevenção de disseminação de microorganismos, mantendo uma assistência individualizada);

Verificar os itens do prontuário, internação e a existência de resultados de exames prévios. Providenciar os encaminhamentos necessários para exames, pareceres, prescrição médica, serviço de nutrição e outros (verificar e adequar a documentação do paciente; garante adequado atendimento ao paciente de forma multidisciplinar);

Proceder o registro da admissão no livro de internação e admissão sobre as condições do paciente no prontuário do mesmo (contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Verificar os sinais vitais no ato da admissão e anotar no campo específico na folha de prescrição com hora da verificação (identifica alterações que necessitam serem corrigidas no ato da admissão; serve como guia para a implementação da assistência de enfermagem);

Realizar a avaliação do paciente (enfermeiro do plantão) suas necessidades e percepções, histórico, exame físico, diagnósticos de enfermagem e prescrição de enfermagem-Iniciar a SAE (garantindo assistência de enfermagem com qualidade a partir do raciocínio clínico; determina o plano de ação ao paciente de acordo com suas necessidades mais urgentes);

Realizar todas as anotações dos dados coletados e dos procedimentos realizados no prontuário do paciente (servindo de subsídio para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Realizar a higienização simples das mãos em todas as situações de contato com o paciente, seus pertences, na realização de qualquer procedimento relacionado a ele (reduz a microbiota transitória e patogênica; evita infecção hospitalar pelo carreamento de microorganismos de forma cruzada; atua na profilaxia e controle de infecção hospitalar; é a ação isolada mais importante para prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde).

Transferência

Transferência interna – mudança de leito

Comunicar ao paciente/ acompanhante e justificar a necessidade da transferência. Evitar ou amenizar a ansiedade do paciente (evitar ou amenizar a ansiedade do paciente);

Auxiliar paciente e acompanhante a transferir seus pertences e apresentar lhes à nova enfermaria (evita o extravio dos pertences; permite nova adaptação do paciente; garante conforto e segurança ao paciente);

Providenciar troca do número do leito na documentação do paciente (organiza o serviço; mantém documentação atualizada);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar a desinfecção e organização do leito desocupado pelo paciente (mantém a organização da unidade; previne infecção hospitalar; preparar o leito para nova admissão);

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Transferência externa – mudança de Unidade de Saúde

Comunicar o paciente e acompanhante e justificar necessidade da transferência (elucida sobre o procedimento, garantindo sua colaboração; facilita a compensação de limitações e dificuldades existentes para o paciente; evitar ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar junto ao Sisreg a disponibilização de vaga (certificada adequada transferência sem prejuízos ao acompanhante e ao paciente; mantém comunicação efetiva com instituição de saúde que acolherá o paciente);

Auxiliar o paciente a organizar seus pertences e verificar se todos os cuidados de enfermagem do período foram realizados e registrados (garante que todos os pertences serão encaminhados; facilita o transporte do paciente; encaminha o paciente confortável e assistido adequadamente; garante registro do atendimento do paciente);

Solicitar ao setor de transporte o encaminhamento do paciente (garante transporte adequado, seguro e confortável);

Entregar exames radiológicos, cópias de laudos e relatórios ao paciente, familiar ou profissional que o acompanhará (garante encaminhamento adequado da documentação do paciente; permite continuidade da assistência ao paciente);

Realizar o registro da transferência no livro de internação e no prontuário do paciente (estabelece a comunicação adequada entre a equipe multidisciplinar; mantém subsídios para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Organizar prontuário do paciente para posterior encaminhamento ao setor de faturamento (organiza a unidade e documentação; evita problemas administrativos; garante, em tempo hábil, o faturamento da internação do paciente);

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas;

Realizar a desinfecção e organização do leito desocupado pelo paciente (mantém a organização da unidade; previne infecção hospitalar; preparar o leito para nova admissão);

Retirar as luvas;

Higienizar as mãos.

Alta

4.1.1. Comprovar efetivação da alta, que deve ser dada por escrito e assinada pelo médico responsável, após ter realizado avaliação clínica e analisado exames laboratoriais e radiológicos, caso tenham sido solicitados (evita equívoco na prestação de orientações e nas anotações relevantes; propicia planejamento adequado para alta);

Comunicar ao paciente e ao acompanhante. Caso esteja desacompanhado comunicar família ou responsável (integra o paciente no processo de decisão sobre seu tratamento; evita ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar se todos os cuidados de enfermagem necessários foram realizados no período (caso necessário realizá-los);

Orientar paciente e/ou responsável sobre os cuidados após alta e esclarecer possíveis dúvidas sobre repouso, medicações, dieta, retorno ambulatorial e outros (garante manutenção dos cuidados pós-alta e a convalescença adequada; evita transtornos ao paciente e à sua família depois da saída do hospital);

4.1.2. Avisar o farmacêutico quando houver alta para que o mesmo possa orientar o paciente e o familiar sobre o uso dos medicamentos prescritos, reforçando as informações no caso de uso de Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina), antibióticos, medicamentos opióides e analgésicos; devolver medicação do paciente, caso os tenha deixado sob a guarda da farmácia no momento da internação;

4.1.3. Avisar a nutricionista sobre a alta para que possa educar o paciente e o familiar com relação aos cuidados nutricionais, e dieta após a alta.

4.1.4. Avisar a assistente social sobre a alta para realizar contato com familiares que receberão o paciente para continuidade do tratamento, caso necessário.

4.1.5. Entregar ao paciente ou ao acompanhante, seus exames radiológicos e medicações pessoais, caso existam (garante manutenção dos cuidados; garante que o retorno ambulatorial se processe de forma satisfatória); caso precisem dos exames laboratoriais, encaminhar o acompanhante para solicitar segunda via no laboratório.

4.1.6. Avisar o serviço de recepção e portaria, por meio presencial ou via telefônica, das altas. Comunicando nome completo.

Orientar e verificar a remoção de todos os pertences (evita permanência ou extravio de pertences);

Encaminhar o paciente, caso necessite (garantir transporte adequado e seguro);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar desinfecção do leito (mantém a organização da unidade; previne infecção relacionada à assistência à saúde; prepara o leito para nova admissão);

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Realizar registro horário e condições da alta no livro de internação e no prontuário do paciente (estabelece a comunicação adequada entre a equipe; serve de subsídios para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve com respaldo ético e legal);

Proceder à organização do prontuário para encaminhamento ao faturamento (mantém a organização da documentação do paciente; evita transtornos administrativos; garante, em tempo hábil, o faturamento da internação do paciente).

Alta a pedido (ação extra)

Orientar o solicitante e o paciente sobre os riscos da alta sem decisão médica para sua saúde e de sua família (garante orientação sobre os riscos; serve de respaldo legal);

Solicitar ao paciente e/ou familiar responsável que assine o Termo de Responsabilidade pela alta a pedido (respaldo legal; comprovar isenção de responsabilidade em caso de agravos ao paciente após sua saída da Instituição);

Entregar exames radiológicos e medicações, objetos e pertences de uso pessoal do paciente, caso existam (evitar transtornos por extravio destes materiais);

Avisar o médico responsável sobre o ato do paciente ou acompanhante (garante reconhecimento do fato aos membros da equipe);

Registrar o ocorrido com detalhes no relatório de enfermagem e no prontuário do paciente.

Óbito

Retirar a Declaração de Óbito do arquivo, após constatação do óbito, assinar no caderno de registro e entregar ao médico para ser preenchida (garante registro adequado e em tempo hábil do óbito; age com eficiência no cuidado pós-morte);

Providenciar remoção do corpo ao morgue (encaminhar adequadamente o corpo; realização do trabalho com eficiência);

Contatar familiares, caso não estejam na instituição, para comparecimento e recebimento de orientações e pertences (mantém assistência familiar; garante adequado relacionamento interpessoal com comunicação ampla);

Receber e orientar familiares ou responsáveis, observando os critérios de humanização e solicitude (mantém assistência à família; respeita os familiares no momento da perda e da dor);

Entregar os pertences do paciente e solicitar que o responsável assine, comprovando seu recebimento, no livro de ocorrências (dotar a instituição de documentação legal; preza o valor sentimental de alguns pertences à família);

Preencher todos os dados relativos ao paciente no livro de óbitos;

Entregar a via amarela da Declaração de Óbito ao familiar mais próximo e solicitar que este assine no livro de óbitos (favorece o encaminhamento dos trâmites legais);

Anexar as vias, branca e rosa ao prontuário do paciente;

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar desinfecção do leito;

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Realizar registro do óbito no prontuário do paciente;

Organizar toda a documentação do paciente para encaminhar ao faturamento.

Preparo do corpo pós-morte

Manter ambiente tranquilo e reservado; se houver outro paciente na enfermaria, mude-o para um local tranquilo ou providencie um biombo (proporciona privacidade para realizar o procedimento; evita transtornos psicológicos ao outro paciente; demonstra respeito à família);

Utilizar equipamento de proteção individual completo (oferecer segurança contra riscos susceptíveis de ameaçar a saúde e a segurança do trabalhador; evita contaminação caso microorganismos infectantes estejam presentes);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Proceder ao preparo do corpo com manobras lentas e cuidadosas (evitar acidentes);

4.1.7. Colocar o corpo em posição ereta e com bom alinhamento (previne problemas com o ***rigor mortis)***;

Retirar adornos e próteses e colocá-los em saco plástico, lacrar e identificar (evitar a perda e roubo dos pertences e facilitar sua devolução à família do paciente);

Remover qualquer dispositivo invasivo e proceder à higiene e curativo se necessário (evitar escape de fluidos e secreções no encaminhamento);

Aproximar os lábios, fixando a mandíbula com atadura crepom. Proceder à fixação dos membros superiores e inferiores (evitar possíveis transtornos com o corpo após rigidez cadavérica);

Colocar fralda descartável (o relaxamento esfincteriano pode causar a saída de fezes e urina);

Identificar corpo, na altura do tórax, com os seguintes dados: nome, prontuário, clínica e hora do óbito (Manter a identidade do paciente; evita extravio do corpo);

Proceder à cobertura do corpo com lençol ou invólucro plástico para óbito – técnica em envelope e fixar bem (preserva o corpo contra danos e assegurar a privacidade; evita transtornos durante o encaminhamento do corpo);

Identificar o lençol ou o invólucro, na altura do tórax, com os mesmos dados anteriores (evita confusão na identificação do corpo);

Protocolar os pertences retirados do corpo em local onde a família que os receber possa assinar (garantir segurança à enfermagem e evitar extravio).

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Papel

Caneta

Carimbo

6. EPI

6.1 Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1 Equipe de enfermagem.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1 A admissão sempre quando o usuário entrar para a internação; transferência sempre que o usuário necessitar de ser transferido para outra Unidade ou outro setor da mesma Unidade; alta sempre que o usuário deixar nossa Unidade, seja ela cedida ou por evasão e óbito.

9. REGISTROS

9.1 Será registrado nos prontuários dos pacientes internados e livros de registro de admissão, alta, transferência ou óbito.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **N.C.:** A falta de anotações em prontuário.

10.1.1 **AÇÃO:** Caso ocorra, solicitar que o profissional faça a anotação imediatamente. Treinar a equipe e esclarecer a importância dos relatórios.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Portaria MS 2.616 de 12 de maio de 1998- regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país em substituição à Portaria MS 930/92; 1998.

ARAÚJO MJB de. Técnicas fundamentais de enfermagem. Rio de Janeiro: Bezerra Araújo; 1983.

ATKINSON LD; MURRAY ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 200.

BORGES LF DE A E; KATAGUIRI LG; NUNES MJ; GONTIJO Filho PP. Contaminação nas mãos de profissionais de saúde em diferentes unidades de um Hospital Universitário brasileiro. Nursing2006;100(8):1000-3.

CASARIN SNA, et al. Enfermería y gerencia de caso. Ver Lat-Am Enf. 2001;9(4).

DALLY P; HARRINGTON H. Psicologia e psiquiatria na enfermagem. São Paulo: EPU; 1978.

KOCH RM, et al. Técnicas básicas de enfermagem. 14ª ed. Curitiba: Florence;1996.

LIMA IL de coordenadora. Manual do técnico e auxiliar de enfermagem. 6ª ed rev. Goiânia: AB; 2000.

NAKATANI AYK. Processo de enfermagem: uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização. (Dissertação). Ribeirão Preto; 2000.

PESSINI C; BARCHIFONTEINE C. Dedução de problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS/ Hospital das Clínicas. Manual de padronização de procedimentos de enfermagem. Goiânia; 2003.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:

Ass. do emissor:	**Ass. do 1° aprovador:**	**Ass. do 2° aprovador:**

1.3.5 Protocolo - POP.039.GE CONFORTO E SEGURANÇA DO PACIENTE

OBJETIVO

Proporcionar conforto melhorando o bem-estar físico, mental, espiritual e psicológico.

APLICAÇÃO

Equipe de enfermagem e multiprofissional.

DEFINIÇÃO

Manter o paciente seguro e confortável.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

Travesseiros

Para colocá-los:

Colocar o travesseiro sobre a cama;

Suspender a cabeça do paciente;

Colocar o travesseiro do lado oposto;

Puxá-lo para debaixo da cabeça com a mão livre;

Procurar fazer com a cabeça e o pescoço fiquem bem apoiados no travesseiro;

Se o paciente usar dois travesseiros, não colocará exatamente um sobre o outro.

Para retirá-los:

Escorregar um braço sob a cabeça e com a mão na escápula, levantar um pouco o paciente;

Remover o travesseiro e colocá-lo sobre a cama com a mão livre, retirando vagarosamente o braço de sob a cabeça.

Para diminuir a tensão abdominal:

Flexionar os joelhos, colocando sob os mesmos um travesseiro, rolo ou cobertor enrolado e coberto com fronha ou lençol;

Para diminuir a tensão dos músculos intercostais;

Colocar sob os quadris um travesseiro pequeno e macio.

Para manter o paciente em decúbito lateral:

Virar o paciente para o lado;

Colocar travesseiros: Sob a cabeça, de modo a focar bem - adaptado ao pescoço e ombros;

Junto às costas; ao lado, para suporte do abdome; Entre os joelhos flexionados.

Posicionadores e protetores de espuma

Posicionador para cabeça, perna, calcâneo, tornozelo;

Posicionador para alinhamento bacia e coluna;

Argola para cabeça, entre joelhos e calcâneo;

Posicionar rolo para diversos locais.

Arco de proteção

Proteger uma determinada região do corpo, contra o peso das cobertas;

Isolar áreas lesadas do contato com a roupa (escoriações, queimaduras).

Argolas de Algodão: São usadas para diminuir a pressão dos olecanos, dos calcâneos e joelhos.

Fazer uma argola de 10 cm de diâmetro com algodão;

Cobrir o algodão, envolvendo com uma faixa de crepe.

Sacos de Peso: São usados para:

Elevar uma região do corpo;

Manter o membro em posição anatômica.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Travesseiros;

Sacos de peso;

Argolas de algodão;

Arco de proteção posicionado;

Protetores de espumas.

EPI

Não se aplica.

RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem.

QUANDO EXECUTAR

Sempre que necessário.

REGISTRO

O registro é feito em prescrições e em anotações de enfermagem.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Executar de imediato e reforçar a importância do procedimento.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

ANEXO

Não se aplica.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

1.3.6 Protocolo - POP.042.GE HIGIENE ÍNTIMA

16. OBJETIVO

Limpeza e conforto da paciente, prevenir o aparecimento de infecção, combater a infecção quando instalada.

17. APLICAÇÃO

O próprio paciente ou a enfermeira/acompanhante quando houver necessidade de auxílio.

18. DEFINIÇÃO

Remover sujidade do corpo utilizando o chuveiro.

19. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

19.1. Masculina

19.1.1. Conversar com o paciente sobre o procedimento a ser realizado;

19.1.2. Preparar o ambiente;

19.1.3. Preparar o material;

19.1.4. Trazer o material, colocando a comadre na cadeira e a bandeja na mesa de cabeceira;

19.1.5. Higienizar as mãos;

19.1.6. Paramentar conforme precaução indicada;

19.1.7. Colocar biombos;

19.1.8. Calçar as luvas;

19.1.9. Colocar o impermeável e a toalha sob o paciente, para proteger a cama;

19.1.10. Retirar a calça do pijama;

19.1.11. Colocar a comadre sob o paciente protegendo-o com a roupa de cama;

19.1.12. Levantar o pênis com uma gaze e fazer uma pequena irrigação com água;

19.1.13. Ensaboar a região com gaze, afastando bem o prepúcio;

19.1.14. Irrigar toda a região, tirando o sabão;

19.1.15. Retirar a comadre, colocando-a na cadeira;

19.1.16. Enxugar com a toalha;

19.1.17. Vestir a calça do pijama;

19.1.18. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;

19.1.19. Providenciar a limpeza e a ordem do material;

19.1.20. Tirar as luvas e higienizar as mãos;

19.1.21. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

19.2. Feminina

19.2.1. Orientar a paciente sobre o cuidado;

19.2.2. Preparar o ambiente;

19.2.3. Separar e organizar o material a ser utilizado;

19.2.4. Trazer o material, colocando a comadre na cadeira e a bandeja na mesinha;

19.2.5. Higienizar as mãos;

19.2.6. Paramentar conforme precaução indicada;

19.2.7. Calçar luvas;

19.2.8. Colocar biombos;

19.2.9. Colocar a paciente em posição ginecológica, protegendo-a com a roupa de cama e cobrindo-a com uma toalha;

19.2.10. Colocar o impermeável, a toalha e a comadre sob a paciente;

19.2.11. Colocar gaze ou pano na região inguinal para evitar que a água escorra, molhando o leito;

19.2.12. Irrigar a vulva com água ou solução antisséptica;

19.2.13. Ensaboar e lavar a região vulvar e o períneo, com luva de banho, primeiro externamente, de cima para baixo e sem retornar para a região limpa;

19.2.14. Proceder do mesmo modo para lavar internamente a região vulvar;

19.2.15. Colocar o material usado no saco plástico para resíduos;

19.2.16. Irrigar a região vulvar com água limpa;

19.2.17. Enxugar com toalha a vulva;

19.2.18. Retirar a comadre colocando-a na cadeira;

19.2.19. Deixar a paciente confortável e o ambiente em ordem;

19.2.20. Providenciar a limpeza e a ordem do material;

19.2.21. Retirar as luvas e lavar as mãos;

19.2.22. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Algodão, gaze ou luva de pano;

Sabonete ou soluções medicamentosas prescritas;

Saco plástico para resíduos;

Luvas de procedimento;

Toalha;

Biombos;

Impermeável ou forro;

Jarro com água morna;

Comadre.

EPI

6.1. Utiliza-se luvas.

6.2. Touca;

6.3. Máscara;

6.4. Óculos de proteção;

6.5. Capote;

6.6. Luvas;

6.7. Observar qual a precaução indicada para adequação de EPI´s.

RESPONSABILIDADE

O próprio cliente ou a enfermagem quando houver necessidade de auxílio.

QUANDO EXECUTAR

Uma vez ao dia, ou sempre que necessário.

REGISTRO

Anotações de enfermagem no prontuário.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Não se aplica.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

12.1KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

12.2 POTTER, P. A; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

13.ANEXO

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

17. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

1.3.7 Protocolo - POP.035.GE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

20. OBJETIVO

1.1. O preparo e a administração de medicamentos pressupõem alguns princípios básicos que independem da via de administração do medicamento

21. APLICAÇÃO

2.1. Equipe de Enfermagem.

22. DEFINIÇÕES

3.1. Preparar e administrar medicação nos usuários.

23. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

17.1. Higienizar as mãos;

17.2. Verificar paciente certo e medicação certa;

Certificar que todo o medicamento está contido no corpo da ampola, pois o estreitamento do gargalo faz com que uma parte do medicamento muitas vezes fique retida na sua parte superior. O mesmo cuidado deve ser observado com o pó liofilizado no frasco-ampola;

Observar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha; montar a seringa com agulha respeitando a técnica asséptica;

Desinfetar toda a ampola com algodão embebido em álcool 70%, destacando o gargalo; no caso de frasco-ampola, levantar a tampa metálica do frasco ampola;

Proteger os dedos com algodão embebido em álcool 70% na hora de quebrar a ampola ou retirar a tampa metálica do frasco ampola;

No caso do frasco ampola, aspirar o diluente, introduzir dentro do frasco e deixar que a força de pressão interna do frasco desloque o ar para o interior da seringa. Homogeneizar o diluente com o pó liofilizado sem sacudir;

O procedimento de introduzir o ar da seringa para o interior do frasco visa aumentar a pressão dentro do frasco, retirando facilmente o medicamento, visto que os líquidos se movem de uma área de maior pressão para a de menos pressão; manter o frasco invertido para baixo, enquanto aspira o medicamento;

Proteger a agulha com o protetor e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro;

Antes da aplicação, realizar novamente a higiene das mãos;

Realizar a antissepsia da pele;

É importante realizar rodízio dos locais de aplicação, procurando, desta forma, evitar lesões nos tecidos do paciente;

Observar o uso da angulação de administração correta de acordo com a via e do número da agulha adequada à via, ao tipo de medicamento, à idade do paciente e a sua estrutura física;

Antes da administração do medicamento pelas vias subcutânea e intramuscular, deve-se aspirar para ter a certeza de que não houve punção de vaso sanguíneo. Caso haja retorno

de sangue, retirar a punção, preparar novamente a medicação, se necessário, e proceder à administração;

Desprezar a seringa com a agulha juntas (não reencapar), em recipiente próprio para perfuro cortante.

17.3. Via Endovenoso-Intravenoso (EV/IV): É usada quando se deseja uma ação rápida do medicamento ou porque outras vias não são propícias. Sua administração deve ser feita com muito cuidado, considerando-se que a medicação entra direto na corrente sanguínea. As soluções administradas por essa via devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão. Para a administração de pequenas quantidades são satisfatórias as veias periféricas da prega (dobra) do cotovelo, do antebraço e do dorso da mão.

Procedimento:

Posicionar o paciente deitado ou sentado e administrar lentamente o medicamento (não deve haver presença de ar na seringa para prevenir embolia gasosa);

Inspecionar as condições da veia e selecionar a mais apropriada - garrotear o braço aproximadamente 10 cm acima da veia escolhida. Para facilitar a visualização da veia de mão e braço, orientar o paciente a cerrar o punho durante a inspeção e a punção venosa;

Inserir a agulha com ângulo de 15° a 30° mantendo a pele esticada e com bisel voltado para cima, facilitando a introdução. Observar o retorno de sangue, soltar o garrote e injetar o medicamento lentamente; ao retirar a agulha, comprimir o local.

17.4. Via Intramuscular (IM): Utilizada para administrar medicamentos irritantes por ser menos doloroso, visto que existe menor número de terminações nervosas no tecido muscular profundo. O volume a ser administrado deve ser compatível com a massa muscular, que varia de acordo com a idade, localização e estado nutricional. Considerando-se um adulto normal, o volume adequado no deltóide é de aproximadamente 2 ml, no glúteo, 4ml e na coxa, 3ml. Quantidades maiores que 3 ml devem sempre ser bem avaliadas, pois podem não ter uma absorção adequada. As complicações mais comuns da aplicação intramuscular são a formação de nódulos, abscesso, necrose e lesões de nervo.

Procedimento:

Preparar o medicamento (no caso de medicamento irritante, antes da aplicação, realizar a troca da agulha por outra nova);

Orientar o paciente para que adote uma posição confortável, relaxando o músculo (evitar extravasamento do líquido e minimiza a dor);

Evitar a administração de medicamentos em áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, paresias (paralisia moderada, fraqueza de um membro) e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento;

Na aplicação, deve-se segurar o mais próximo do canhão para aumentar a estabilidade da agulha, evitando movimentos desnecessários e lesão muscular;

Inserir a agulha formando um ângulo de 90°, com o bisel lateralizado a fim de evitar lesões nas fibras musculares. Puxar o êmbolo e, caso não haja retorno de sangue, administrar a solução. Retirar a agulha num movimento único;

Comprimir e massagear o local se não houver contraindicação (para facilitar a distribuição do medicamento no tecido e minimizar a dor local).

17.4.1. Locais de aplicação:

As regiões do deltóide - posição sentada ou deitada;

Dorso-glútea - contra-indicada para aplicação em crianças, por situar-se próximo ao nervo ciático. O local indicado é o quadrante superior externo, cerca de 5 cm abaixo do ápice da crista ilíaca;

Ventro-glútea – indicada para qualquer idade, principalmente para crianças;

Antero-lateral da coxa – indica-se a aplicação no terço médio do músculo, em bebês, crianças e adultos.

17.4.2. Observação: Para a aplicação de medicamentos muito irritantes por via intramuscular, a técnica em Z é indicada, pois promove a vedação do trajeto e a manutenção do medicamento no espaço intramuscular. Neste caso, a pele é deslocada lateralmente para longe do local escolhido antes da injeção. Penetra-se a agulha no músculo, injetando a medicação lentamente. Retira-se a agulha e solta-se a pele, formando o Z. O local da injeção não deve ser massageado, pois pode provocar lesão tecidual.

17.5. Via Subcutânea (SC): É a administração de medicamentos no tecido subcutâneo, sendo sua absorção mais lenta que na via intramuscular. O volume aplicado pode variar de frações até 5 ml, sendo o mais usual a aplicação de até 3ml. Conhecida também como hipodérmica é indicada principalmente para hormônios

(insulina), anticoagulantes (heparina), vacinas e outras drogas que necessitam de absorção mais lenta e contínua.

Procedimento:

Aplicar com ângulo de 90° e utilizar a agulha de 13x4,5;

Na introdução da agulha fazer uma prega no tecido subcutâneo para facilitar sua localização;

Fazer leve compressão sem friccionar ao retirar a agulha da pele (para promover a absorção gradativa do medicamento).

Locais de aplicação:

Face externa do braço;

Região glútea;

Face anterior e externa da coxa;

Região periumbilical;

Região escapular;

Região inframamária;

Flanco direito ou esquerdo.

17.6. Via Intradérmica (ID): É a administração de medicamentos na derme, sendo indicada para a aplicação de vacina BCG, e como auxiliar em testes diagnósticos e de sensibilidade.

Procedimento:

Realizar a limpeza da pele com água e sabão (para não haver interferência na ação da droga e nos testes de sensibilidade);

Para inserir a agulha, esticar a pele, facilitando a introdução do bisel, que deve estar voltado para cima (para atingir somente a epiderme, formando um ângulo de 15°);

Posicionar a agulha paralela à superfície da pele. Não é necessário aspirar, devido à ausência de vaso sanguíneo na epiderme;

O volume a ser administrado não deve ultrapassar a 0,25ml, por ser um tecido de pequena expansibilidade;

17.6.1.1. Identificar a formação de pápula, caracterizada por uma pequena elevação da pele no local onde o medicamento foi introduzido.

Local de aplicação:

Região escapular ou a face interna o antebraço, para testes de hipersensibilidade;

Região deltóide do braço direito para BCG.

Via Oral (VO) e Via Sublingual (VSL)

Abrir o comprimido, drágeas ou cápsulas, colocar em recipiente próprio (copinho ou protegido por gaze) sem tocá-los diretamente com as mãos;

Utilizar gaze, colheres, copo graduado, seringa ou conta-gotas para medir e acondicionar o medicamento (uma colher de café corresponde a 2 ml, a de chá a 4 ml, a de sobremesa a 10 ml e a de sopa a 15 ml);

Observar a dosagem prescrita. Se necessário, triturar e diluir o comprimido para administrá-lo;

Se um paciente recebe vários medicamentos simultaneamente, a prática mais segura é a de usar recipientes separados, possibilitando a identificação segura dos medicamentos que efetivamente o paciente recebeu, em casos de aceitação parcial ou perdas acidentais uma parte deles;

Quando o medicamento é líquido, agitar o frasco do medicamento, manter o rótulo voltado para a palma da mão (para não molhar o rótulo), elevar o copo graduado na altura dos olhos e despejar a solução;

Se indicado, devido ao gosto desagradável de alguns medicamentos, pode ser necessária à sua diluição em suco, água ou leite;

Observar se o paciente não está com indicação de jejum, controle hídrico, além de fatores que influenciam a administração, como sonda nasogástrica, condições relativas à deglutição, náuseas, vômitos e outros;

No caso de administração de medicação sublingual, observar a colocação do medicamento sob a língua do paciente e orientar para que o deixe ali, sem mastigá-lo ou engoli-lo, até ser totalmente dissolvido; não oferecer líquidos com a medicação sublingual;

Higienizar o frasco com água corrente e sabão e enxugar antes de guardá-lo;

Identificar o paciente antes de administrar o medicamento;

Explicar ao paciente sobre o efeito dos medicamentos em uso. Isto facilita a sua participação na terapêutica;

Oferecer líquido ao paciente para deglutir o medicamento;

Permanecer junto ao paciente até que tome o medicamento observando se o mesmo deglutiu o medicamento.

17.7. Via Retal (VR): As formulações destinadas para uso retal podem ser sólidas ou líquidas. A formulação sólida, denominada supositório, possui formato e consistência que facilita sua aplicação, não devendo ser partido. Tem, por finalidades, administrar medicamentos com o objetivo de rápida absorção, aliviar constipação e preparar para cirurgia.

Procedimento:

Observar prescrição médica;

Lavar as mãos;

Preparar medicação prescrita, aquecendo a temperatura corporal, se necessário;

Preparar o material;

Identificar-se e checar o nome e o leito;

Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

Promover privacidade;

Colocar cliente na posição de SIMS;

Calçar as luvas;

Introduzir a medicação, segurando as nádegas para manter a medicação o maior tempo possível;

Oferecer a comadre, caso o paciente não possa locomover-se;

Proceder à higiene íntima, se necessário, deixando o paciente confortável;

Deixar o ambiente em ordem;

Desprezar o material utilizado no expurgo;

Lavar as mãos;

Guardar o material utilizado em local adequado;

Anotar no prontuário do paciente.

Observações:

Observar sinais e sintomas de reação alérgica e colateral

Integridade da mucosa

Via Cutânea, Ocular, Nasal, Otológica e Vaginal.

Administração por via cutânea

Friccionar ou massagear o medicamento de forma delicada na pele, caso não haja contraindicação (para que haja melhor absorção do medicamento pela pele, esta deve est limpa e seca antes de sua aplicação);

Usar luva (para que o medicamento não seja absorvido através da pele de quem está executando o procedimento);

Certificar o grau de toxicidade do medicamento a ser aplicado, para proteger as regiões sensíveis e a mucosa;

Identificar ocorrência de reação alérgica medicamentosa.

Administração do medicamento por via ocular

Higienizar os olhos do paciente (o local de instilação é a conjuntiva ocular inferior, para maior absorção, sendo a melhor posição o decúbito dorsal ou estar sentado com o pescoço hiperestendido olhando para cima);

Orientar o paciente a fechar os olhos após a medicação (para que haja dispersão do medicamento).

Administração do medicamento por via nasal

Instilar o medicamento nas narinas, mantendo a cabeça do paciente inclinada para trás, por um determinado tempo até a absorção. Caso não possa manter essa posição, solicitar que aspire profundamente;

É importante que, no uso de conta-gotas ou frasco conta-gotas, estes sejam individuais para evitar infecção cruzada.

Administração do medicamento por via ocular

Observar a posição adequada para a melhor absorção do medicamento; deve-se lateralizá-la, puxando delicadamente o pavilhão do ouvido externo para cima e para trás, no caso de adulto; já em crianças, puxá-lo para baixo e para trás.

Administração do medicamento via vaginal

Observar a higienização íntima, sendo o horário da noite, antes de dormir, o mais indicado;

Utilizar um aplicador, que deverá ser de uso individual, devendo ser introduzido no máximo até 10 cm. Ter cuidado em usar aplicador específico em presença de hímen íntegro. Quando o paciente tiver condições de auto aplicar o medicamento, somente auxiliá-lo.

A formulação líquida pode ser em grande quantidade denominada lavagem intestinal (de 1000 a 2000 ml) ou em pequena quantidade, chamada de clister (150 a 500 ml).

1.1. **Preparo Geral:**

Lavar sempre as mãos antes do preparo e administração de medicamentos e logo após;

Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;

Concentrar a atenção no trabalho, evitando atividades paralelas, distrações e interrupções, que podem aumentar as chances de cometer erros;

Ler e conferir o rótulo da medicação 03 vezes: quando pegar o frasco, ampola ou envelope de medicamento; antes de colocá-lo no recipiente próprio; e ao recolocá-lo na prateleira ou desprezá-lo;

Observar o aspecto, as características e o prazo de validade da medicação antes de prepará-la;

Preparar somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dosagem e via de administração; as medicações devem ser administradas sob prescrição médica, sendo, em casos de emergência, aceitável fazê-lo baseado apenas em ordem verbal (nesse caso, todas as medicações usadas devem ser prescritas pelo médico posteriormente, quando a situação tiver sob controle);

Reconhecer a ação do medicamento no organismo e identificar sinais de complicação do mesmo;

Não administrar medicamentos preparados por outros;

Identificar o medicamento preparado com o nome do paciente, nome da medicação, via de administração e horário;

Deixar o local de preparo de medicação em ordem e limpo utilizando álcool 70% para desinfetar a bancada;

Utilizar bandeja de medicação devidamente limpa e desinfetada com álcool 70%.

1.2. **Administração Geral:**

Manter a bandeja de medicação sempre à vista durante a administração, nunca a deixando sozinha junto ao paciente;

Antes de administrar o medicamento, conferir cuidadosamente a identidade do paciente, pedindo ao paciente para dizer seu nome;

Registrar e rubricar na prescrição o medicamento que o paciente tenha recebido; não o fazer imediatamente antes de administrá-lo;

Em caso de recusa do medicamento, relatar imediatamente o fato à enfermeira e/ou ao médico e anotar no prontuário. Por convenção, quando o medicamento não for administrado por algum motivo, o horário correspondente deve ser circundado à caneta e a justificativa anotada no prontuário do paciente. Verificar o motivo de recusa e tentar reorientar o paciente quanto à importância daquele (s) medicamento (s) em seu tratamento.

1.3. Medicamentos Injetáveis – Via Parenteral: A via parenteral é usualmente utilizada quando se deseja uma ação mais imediata da droga, quando não há possibilidade de administrar por via oral ou quando há interferência na assimilação da droga pelo trato gastrintestinal.

1.4. Medicação de uso contínuo que não é padronizado na Unidade: Quando o usuário interno faz uso contínuo de alguma medicação e que não é padronizado na Unidade a equipe de enfermagem recolherá do usuário e colocará nas vasilhas onde são colocadas as medicações do mesmo, individualizada. Sendo identificada segundo o PRO.ENF.002 PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO e entregando quando houver alta;

1.5. Atentar aos 5 momentos de higiene das mãos em cada procedimento.

24. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim;

Seringa;

Agulha;

Algodão;

Álcool 70%;

Garrote;

Medicamento (ampola, frasco-ampola)

Material PARA ORAL:

Bandeja;

Copinhos descartáveis;

Fita adesiva para identificação;

Material acessório: seringa, gazes, conta-gotas, etc.

Água, leite, suco ou chá.

Material PARA ANAL:

Bandeja;

Luvas de procedimento;

Forro de proteção;

Gazes;

Gel lubrificante, se necessário;

Comadre, se necessário;

Medicamento sólido ou líquido.

Material PARA SUBLINGUAL:

Bandeja;

Espátula, conta-gotas, aplicador;

Gaze;

Luva de procedimento;

Medicamento.

25. EPI

6.1. Luvas;

6.2. Capote;

6.3. Máscara.

26. RESPONSABILIDADE

7.1. Equipe de Enfermagem.

27. QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que for prescrito pelo médico.

28. REGISTROS

9.1. O registro é feito na checagem da prescrição e em anotações de enfermagem.

29. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. Executar de imediato e reforçar a importância do procedimento. Treinar a equipe e esclarecer a importância dos relatórios.

30. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Não se aplica.

31. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO MJB de. Técnicas fundamentais de enfermagem. Rio de Janeiro: Bezerra Araújo; 1983.

ATKINSON LD; MURRAY ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2000.

32. ANEXO

13.1 Não se aplica.

33. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	○ ITENS REVISADOS

34. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:

Ass. do emissor:	**Ass. do 1° aprovador:**	**Ass. do 2° aprovador:**

1.3.8 Protocolo - POP.046.GE PREPARO DO CORPO PÓS - MORTE

1. OBJETIVO

Deixar o corpo limpo; Preservar a aparência natural do corpo; Evitar a saída de gases, odores fétidos, sangue e secreções; Dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

2. APLICAÇÃO

Em todas as unidades da instituição.

3. DEFINIÇÕES

Do ponto de vista genérico, a morte é o fim das atividades vitais de um organismo. No caso da realidade humana, a definição vigente do ponto de vista médico e legal refere-se à cessação de toda a atividade cerebral, sugerindo também que esta paralisação seja completamente irreversível. É o preparo realizado no corpo após constatação do óbito.

3.1. TIPOS DE ÓBITO

3.1.1. DEFINIDO: quando a causa da morte é conhecida, nesse caso será preenchida a DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO), entregar para família segunda via (rosa), primeira via será enviada para Secretaria Municipal de Saúde (branca) e a terceira via arquivada no prontuário do paciente

3.1.2. MAL DEFINIDO: quando a causa da morte é desconhecida, o corpo é encaminhado à necropsia no Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Entregar para família um relatório médico que será preenchido pelo médico assistente em impresso de relatório médico

3.1.3. CASO DE POLÍCIA: tem comprometimento legal. São óbitos decorrentes de acidentes ou agressões, o corpo é encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML). Preencher um relatório médico em duas vias e entregar via original aos familiares para que possam registrar boletim de ocorrência (B.O), a segunda via será arquivada no prontuário do paciente

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Observar o registro de constatação de óbito no prontuário e cercar o leito com biombos

4.2. Observar a hora do óbito

4.3. Certificar-se da existência de contraindicações para o tamponamento do corpo; 3. Preencher a etiqueta de óbito, contendo: nome completo, registro, enfermaria e leito, data e hora do óbito e assinatura do profissional; (FOR.303.GE)

4.4. Preencher o controle de entrega do corpo para funerária: data do óbito, nome do óbito, hora do óbito, hora da entrega a funerária , placa do veículo, nome da funerária , tipo de óbito (D.O, SVO, IML), assinatura de quem entregou, assinatura do responsável pela funerária. (FOR.302.GE)

4.5. Realizar higienização das mãos com água e sabão

4.6. Separar uma bandeja para o procedimento

4.7. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja

4.8. Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira

4.9. Apresentar-se ao acompanhante quando presente

4.10. Checar os dados de identificação

4.11. Orientar o acompanhante em relação ao procedimento, perguntando se o mesmo quer acompanhar o procedimento ou não

4.12. Oferecer ao acompanhante a opção de ver o corpo e despedir-se do paciente;

4.13. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;

4.14. Colocar as luvas de procedimento, avental ou capote e máscara cirúrgica;

4.15. Desligar os equipamentos;

4.16. Posicionar o corpo em decúbito dorsal;

4.17. Retirar sondas, cateteres e drenos;

4.18. Proceder à higiene do corpo, quando necessário;

4.19. Realizar curativos nos locais necessários;

4.20. Proceder ao tamponamento com algodão de ouvidos, nariz, orofaringe, região anal e vaginal, quando indicado;

4.21. Manter decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax;

4.22. Fixar mandíbula, punhos e tornozelos com atadura de crepe;

4.23. Proceder à identificação colocando a etiqueta sobre o tórax do paciente;

4.24. Colocar um lençol sob o paciente e envolve o corpo, cobrindo-o completamente e fechando com a fita crepe; coloca-se outra etiqueta sob o lençol novamente na altura do tórax do paciente;

4.25. Solicitar condutor para encaminhamento do corpo ao Morgue

4.26. Listar e guardar todos os pertences do paciente para entrega a família, protocolando em impresso próprio.

4.27. Manter a organização da unidade do paciente;

4.28. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

4.29. Realizar higienização das mãos com água e sabão

4.30. Realizar as anotações necessárias, incluindo a data e hora do óbito, o nome do médico que constatou o óbito, manobras de reanimação e medicações utilizadas, assinando e carimbando o relato.

4.31. Depois que o corpo for levado ao Morgue trancar a porta

4.32. Na chegada da Funerária conferir todos os dados e registrar todas as informações em registro próprio, conferir documentação junto à funerária.

4.33. Solicitar assinatura do condutor da funerária

4.34. Entregar o corpo na presença de um familiar de primeiro grau

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Bandeja grande

5.2. Luvas de procedimentos

5.3. Etiquetas de identificação de óbito

5.4. Algodão

5.5. Pinça cheron

5.6. Tesoura

5.7. Material para higiene se necessário

5.8. Fita crepe

5.9. Unidades de atadura de crepom

5.10. Gaze não-estéril

5.11. Máscara cirúrgica

5.12. Lençóis

5.13. Avental não esterilizado ou capote descartável não-estéril

6. EPI

6.1. Capote não-estéril ou descartável

6.2. Máscara cirúrgica

6.3. Luvas de procedimento

6.4. Gorro

6.5. Óculos se necessário

7. RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

O processo de preparo do corpo pós- morte será realizado quando constatado o óbito pela equipe médica.

9. REGISTROS

9.1 Prontuário do paciente

9.2 Declaração de óbito (DO)

9.3 FOR.167.CNIR CONTROLE DE ÓBITO

9.4 FOR. 302.GE CONTROLE DE ENTREGA DO CORPO PARA FUNERÁRIA

9.5 FOR.303.GE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO CORPO

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Morte significa o término de um ciclo. Trata-se de um fenômeno natural que todos passarão. É certo que esse dia chegará e não podemos precisar o momento exato. Essa imprecisão, aliada à incerteza do que encontraremos adiante, a dúvida sobre a possível continuidade de alguma forma de vida causa-nos medo e insegurança. Contudo, cada um apresenta reação de acordo com suas próprias vivencias e formação cultural. Nesse contexto, o conceito de morte é relativo (depende do desenvolvimento psíquico e situação afetiva de cada pessoa), é complexo e mutável, depende do contexto situacional.

11.2 CUIDADOS ESPECIAIS:

11.2.1 Após a morte o paciente pode apresentar esfriamento do corpo, manchas generalizadas de coloração arroxeadas ("livor cadavérico"), relaxamento dos esfíncteres, rigidez cadavérica.

11.2.2 Quando o paciente fizer uso de dentadura ou ponte móvel, colocá-la imediatamente após a morte.

Manter as pálpebras fechadas, fazendo compressão ou utilizando fita adesiva. • 11.2.3 O corpo não deverá ser tamponado nos seguintes casos: restrição religiosa (judaica), embalsamamento ou necrópsia.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1 Joana Lech (org.) Manual de procedimentos de enfermagem. Martinari.

12.2 Hospital Alemão Oswaldo Cruz., 2006. • POTTER, P.A.; PERRY,A.G..

12.3 Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

12.4 Decreto 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7498/86

12.5 Resolução do COFEN nº 311/2007

13. ANEXO

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	○ ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.9 Protocolo - POP.027.GE REGISTRO DE ENFERMAGEM

18. OBJETIVO

Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

19. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem.

20. DEFINIÇÕES

20.1. Registro de enfermagem são vários os tipos de anotação de enfermagem que podem ser registrados no prontuário do paciente. Dentre eles destacamos:

20.1.1. Gráfico: facilita a visualização de oscilações dos parâmetros vitais, como temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

20.1.2. Sinal gráfico: os universais; checar (/) e circular (O), utilizados sobre o horário, nas prescrições de enfermagem e médica. O checar significa que a ação foi realizada. Quando um horário está circulado, é imprescindível uma justificativa da não realização do cuidado na anotação de enfermagem.

20.1.3. **Descritiva:** Numérica- são anotados os valores de parâmetros mensuráveis. Podem ter locais específicos para o registro desses valores para facilitar a visualização; Narração Escrita – registro da forma narrativa daquilo que foi realizado, observado e/ou informado pelo paciente ou familiar. É o tipo de anotação mais frequentemente utilizado em prontuários.

20.1.4. Cabe ressaltar que anotação é diferente de evolução de enfermagem. A anotação registra exatamente aquilo que foi observado ou executado, sem comparações e análises dos dados, enquanto a evolução exige do enfermeiro reflexão para comparar e contextualizar os dados, analisando e avaliando-os para um melhor direcionamento de cuidados.

20.2. Para toda pessoa admitida em um hospital para observação ou internação corresponde um prontuário, onde são registradas as ocorrências relacionadas ao tratamento realizado.

20.3. O Relatório de Enfermagem é considerado documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuído de autenticidade e de significado legal, pois reflete todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações.

20.4. A documentação de enfermagem, inserida no prontuário do paciente, é uma importante fonte de ensino e pesquisa, servindo à auditoria, à avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem.

20.5. Será utilizado escalas para melhor acompanhamento do usuário:

20.5.1. **ESCALA DE SCORE MEWS**, irá acompanhar os sinais vitais e mostra quando o usuário está se deteriorando, consegue prevenir situações de emergência, indica a necessidade de do espaço de tempo para se verificar os sinais vitais.

3.5.1. **Pontuação**:

3.5.1.1. Manter em observação de 0 – 2;

3.5.1.2. Solicitar avaliação do enfermeiro 3 – 5;

3.5.1.3. Solicitar avaliação médica acima de 5;

3.5.2. ESCALA DE SHEIN, irá nos fornecer o tipo de complexidade assistencial que o usuário requer.

3.5.2.1. Complexidade da Assistência:

3.5.2.1.1. Cuidados mínimos até 17 pontos.

3.5.2.1.2. Cuidados intermediários de 18-28 pontos.

3.5.1.3. Cuidados semi intensivos de 29-39 pontos.

3.5.1.4. Cuidados intensivos de 40-50 pontos.

3.5.3. ESCALA DE BRADEN, irá avaliar o risco do paciente desenvolver uma Lesão por Pressão e determinar as medidas preventivas adaptadas a esse mesmo risco.

3.5.3.1. Grau de Riscos:

3.5.3.1.1 19 á 23 pontos – Sem riscos;

3.5.3.1.2. 15 á 18 pontos- Risco Baixo;

3.5.3.1.3 13 á 14 pontos- Risco Moderado;

3.5.3.1.4. 10 á 12- Risco Alto;

3.5.3.1.5 ≤ 9 – Risco muito alto.

3.5.4. ESCALA DE MADDOX, irá identificar o risco de flebite, quanto ao grau de gravidade, podendo ser classificado de 0 até o grau 5.

3.5.4.1 Classificação:

3.5.4.1.1. 0 ausência de reação;

3.5.4.1.2. 1+ sensibilidade ao toque sobre o acesso;

3.5.4.1.3. 2+ dor contínua sem eritema;

3.5.4.1.4. 3+ dor contínua, com eritema e edema, veia dura palpável a menos de 8cm acima do local do acesso;

3.5.4.1.5. 4+ dor contínua, com eritema e edema, veia dura palpável a mais de 8cm acima do local do acesso;

3.5.4.1.6 5+ trombose venosa aparente.

3.5.5. A ESCALA DE MORSE, irá avaliar o risco de queda em pacientes adultos em ambiente intra-hospitalar.

3.5.5.1 Classificação do Nível do Risco:

3.5.5.1.1. 0 a 24 pontos- Sem riscos;

3.5.5.1.2. 25 á 50 pontos- Baixo riscos;

3.5.5.1.3. ≥ 51 – Alto risco.

3.5.6. ESCALA WONG-BAKER, irá avaliar o nível a dor do paciente, baseado em imagens ilustrativas e descritivas dos rostos.

3.5.6.1 Avaliação da dor:

3.5.6.1.1. 0 pontos – Não dói;

3.5.6.1.2. 1 ponto- Dói pouco;

3.5.6.1.3. 2 pontos- Dói um pouco mais;

3.5.6.1.4. 3 pontos- Dói muito;

3.5.6.1.5. 4 pontos- Dói muito mais;

3.5.6.1.6. 5 pontos- Dor insuportável.

3.5.7 ESCALA DE GLASGOW, irá medir e avaliar o nível de consciência do paciente vítima de Traumatismo Craniano.

3.5.7.1 Avaliação:

3.5.7.1.1. 3 a 8 pontos- Grave;

3.5.7.1.2. 9 á 12 pontos- Moderada;

3.5.7.1.3. 13 a 15 pontos - Leve.

3.5.8 ESCALA DE RAMSAY, irá avaliar o grau de sedação em pacientes, visando evitar a sedação insuficiente ou demasiadamente excessiva.

3.5.8.1 Grau:

3.5.8.1.1. Grau 1: paciente ansioso, agitado;

3.5.8.1.2. Grau 2: cooperativo, orientado, tranquilo;

3.5.8.1.3. Grau 3: sonolento, atendendo aos comandos;

3.5.8.1.4. Grau 4: dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso;

3.5.8.1.5. Grau 5: dormindo, responde lentamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso;

3.5.8.1.7. Grau 6: dormindo, sem resposta.

3.5.9. A ESCALA DE HUMPTY DUNTY, irá avaliar o risco de queda em pacientes pediátricos em ambiente intra-hospitalar.

3.5.9.1. Classificação do Nível do Risco:

3.5.9.1.1. 0 a 24 pontos- Sem riscos;

3.5.9.1.2. 25 á 50 pontos- Baixo riscos;

3.5.9.1.1. ≥ 51 – Alto risco:

21. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido devidamente; caso não esteja, preenchê-lo ou completá-lo corretamente.

4.2. Proceder às anotações em todos os horários.

4.3. Realizar A anotação no mínimo uma vez durante o plantão, nela é necessário conter: o estado geral do paciente, os cuidados prestados, recebimento de informações, intercorrências e os procedimentos que houver.

4.4. Obedecer à sequência céfalo – caudal ao realizar a anotação do estado geral do paciente.

4.5. Usar termos que expliquem os fatos e evitar expressões abstratas como "parece" e "aparentemente", que deixam muito à interpretação do leitor.

4.6. Corrigir qualquer erro no registro deve estar de acordo com a orientação, ou seja, utilizar termos como "digo", "correção", "retificando", "sem efeito". Porém, devemos evitar que ocorram erros nas anotações. Nunca utilizar corretores ortográficos (corretivos) ou rasurar as anotações. Documentos não devem ser rasurados.

4.7. Utilizar somente as abreviaturas padronizadas e que são mundialmente e/ou nacionalmente reconhecidas e convencionais.

4.8. Evitar linhas em branco entre uma e outra anotação, utilizar o "traço" (_____) para completar o espaço restante.

4.9. Transcrever frases, escrever exatamente como o paciente disse e colocar entre aspas. Exemplo: refere "dor de ardência ao urinar".

4.10. Não utilizar a primeira pessoa como eu, nós, para mim, etc., pois conotam caráter subjetivo.

4.11. Evitar voltar e inserir uma entrada em uma anotação já descrita anteriormente; caso haja esquecimento colocar o termo "em tempo" seguido de horário.

4.12. Não registrar termos avaliativos e interpretativos, estado nutricional, exames laboratoriais, etc. Não é de competência legal que os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem façam esse tipo de registro.

4.13. Lembrar de registrar todas as medidas de segurança adotadas para proteger o paciente, bem como medidas relativas à prevenção de complicações.

4.14. Registrar todos os incidentes no prontuário do paciente. Palavras como "erro", "esqueci" e "confunde" devem ser evitadas. Descrever o fato objetivamente e anotar as condutas tomadas.

4.15. Anotar todas as informações provenientes de procedimentos como: passagens de cateteres, anotar o número do cateter, a quantidade de tentativas, o comportamento do paciente, as dificuldades relacionadas ao procedimento e as intercorrências, precedidos de horário.

4.16. Realizar administração de medicamentos e a realização de procedimentos por solicitação verbal pelo médico, somente em casos de emergências, porém ao término do atendimento deverão ser prescritas pelo médico responsável.

4.17. Diagnosticar em caso de PCR e óbito é restritamente responsabilidade do médico, ou seja, em hipótese algum outro profissional poderá registrar: "paciente apresentou PCR", ou "paciente evoluiu para óbito". Deverá constar, nesses casos, o seguinte registro: "apresentando ausência de pulso, ausência de resposta motora e verbal e ausência de movimentos respiratórios" e ao final, "constatado óbito ou PCR pelo Dr. (nome do médico) ". Registrar o horário que foi realizado o eletrocardiograma (caso haja necessidade do exame) e os procedimentos realizados na PCR.

4.18. Registrar após realizar limpeza, retirada de cateteres, curativos e tamponamento do corpo, o procedimento feito precedido de horário antes de encaminhar o corpo para o necrotério.

4.19. Vetar a transcrição e relato comentários pessoais e problemas confidenciais referidos pelo paciente e/ou família que não prejudiquem o andamento da terapêutica. Considerar o segredo profissional. É fundamental manter e respeitar a ética profissional.

4.20 Utilizar o prontuário somente para registro destinados aos cuidados do paciente, não usar o prontuário para críticas de cuidados anteriores, anotações incompletas ou ausências destas por parte de outros membros da equipe.

4.21. Constar o carimbo e a assinatura do profissional ao final de toda anotação , inclusive com a indicação do nível profissional. No final do plantão carimbar a última anotação.

4.22. Oferecer ao paciente/cliente o direito de ler as anotações do prontuário mediante a presença ou consentimento do médico responsável pelo seu tratamento. Os familiares e amigos somente poderão ter acesso com autorização do paciente e do médico.

4.23. Realizar anotações no livro de relatório somente um resumo por plantão, dos problemas e ocorrências mais importantes não integra o prontuário do paciente. Por isso, não é considerado documento com finalidade de respaldo legal, portanto não deve conter informações pertinentes a cuidados de enfermagem e ao paciente.

22. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Papel;

5.2. Caneta;

5.3. Carimbo;

5.4. Computador.

23. RESPONSABILIDADE

Equipe de Enfermagem.

24. QUANDO EXECUTAR

7.1. No ato da Admissão;

7.1.1. Horário;

7.1.2. Procedência (residência, unidade de internação, transferência de outra instituição hospitalar, etc.);

7.1.3. Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);

7.1.4. Condições de locomoção (deambulando, cadeira de rodas, maca);

7.1.5. Condições gerais observadas no paciente (consciente, alerta, deambulando, sinais vitais, peso, em uso de O2, etc);

7.1.6. Anotar dados informados pelos pacientes ou familiares: queixas como dor, náuseas, cansaço, desconforto, etc;

7.1.7. Procedimentos/ cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina (mensuração de sinais vitais, curativos, punções, sessão de hemodiálise, coleta de exames, transfusões sanguíneas, etc), orientações prestadas.

7.2. Alta

7.2.1. Horário;

7.2.2. Condições gerais e de locomoção (alerta, deambulando, curativos, drenos, em uso de O2, algias);

7.2.3. Acompanhamento (com familiares, amigos; registrar o nome do acompanhante);

7.2.4. Anotar orientações feitas aos pacientes ou familiares (retorno, medicações, exames, repouso, alimentação, curativo, etc.);

7.3. Transferência

7.3.1. Horário;

7.3.2. Local de transferência;

7.3.3. Condições gerais e de locomoção (alerta, deambulando, curativos, drenos, algias);

7.3.4. Medicação: relatar a entrega ou não dos medicamentos, nome e quantidade;

7.3.5. Anotar orientações feitas aos pacientes ou familiares.

7.4. Evasão

7.4.1. Horário: registrar as condições em que o paciente se evadiu (com roupa própria ou da instituição, com algum dispositivo, como cateteres, sondas, curativo, etc.);

7.4.2. Registrar a conduta tomada.

7.5. Acompanhamento de Procedimento Médico

7.5.1. Horário;

7.5.2. Descrever tipo de procedimento;

7.5.3. Nome do profissional médico que realizou o procedimento;

7.5.4. Local anatômico do procedimento;

7.5.5. Intercorrências;

7.5.6. Anotar número de tentativas;

7.5.7. Término do procedimento: anotar o horário, condições gerais e orientações feitas aos pacientes;

7.5.8. Caso seja colhido algum material e este encaminhado, anotar local (anatomopatológico, laboratório, etc).

7.6. Encaminhamento de Pacientes para Exames

7.6.1. Horário;

7.6.2. Local de encaminhamento (radiografia, tomografia, etc);

7.6.3. Condições gerais do paciente (alerta, sonolento, deambulando, de maca, com venóclise, com cateter, etc);

7.6.4. Intercorrências (sangramento, lipotimia, queixas álgicas); Retorno: horário, condições gerais dos pacientes.

7.7. Atendimento à PCR

7.7.1. Registrar o horário da detecção dos sinais de ausência de pulso (periférico e central), ausência de movimentos respiratórios e ausência de resposta verbal e motora;

7.7.2. Registrar sinais observados;

7.7.3. Anotar a conduta tomada. Ex: chamado o enfermeiro e o médico;

7.7.4. Registrar intervenções médicas e da enfermagem (compressão cardíaca, instalação de máscara, punção venosa, intubação, monitorização cardíaca);

7.7.5. Registrar as respostas das ações de enfermagem;

7.7.6. Condutas tomadas na transferência (se houver);

7.7.7. A anotação deve ser feita logo após o atendimento realizado, com todas as condutas e procedimentos realizados.

7.8. Óbito

7.8.1. Registrar o horário (horário que o médico diagnosticou o óbito). Ex: (horário) constatado óbito pelo Dr. (nome do médico);

7.8.2. Certificar com o médico se o óbito será atestado ou não, e se será encaminhado ao IML ou S.V.O.;

7.8.3. Anotar o preparo do corpo realizado (limpeza, tamponamento, colocação de próteses, curativo, vestimenta, identificação do corpo);

7.8.4. Anotar os pertences encaminhados juntamente com o corpo ou entregues a família;

7.8.5. Anotar o horário do encaminhamento do corpo ao necrotério, IML ou S.V.O;

7.8.6. Registrar se foi comunicado à família para o comparecimento no hospital com documentação do paciente. Nunca se deve comunicar à família sobre o óbito pelo telefone, quem deve relatar o ocorrido à família é o médico responsável pelo paciente.

7.9. Acidente/Incidentes

7.9.1. Horário;

7.9.2. Registrar as condutas tomadas (comunicado à chefia, solicitação de avaliação do médico);

7.9.3. Descrever o ocorrido;

7.9.4. Registrar o estado geral e as complicações do paciente após o acidente.

25. REGISTROS

Registro no prontuário e livros de relatório.

26. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Quando não se realiza de imediato as anotações.

AÇÃO: Escrever logo que identificado a falta do mesmo. Treinar a equipe e esclarecer a importância dos relatórios.

27. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

28. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

28.1.1. ARCHER, E. et al. Procedimentos e protocolos. Coleção Práxis Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

34.1. LIMA, E. X.; SANTOS, I.; SOUZA, E. R. M. Tecnologia e o cuidar de enfermagem em terapias renais substitutivas. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

34.2. ITO, E. E. et al. Manual de Anotação de Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

34.3. www2.ebserh.gov.br/documents/214604/617877/PROTOCOLO+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+QUEDAS+EM+CRIAN%C3%87AS.pdf/7899ddd6-20df-4239-b6cd-fedd37847b04.

34.4. http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP.pdf.

35. ANEXO

Não se aplica.

36. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

37. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.10 Protocolo - POP.093.GE USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

29. OBJETIVO

Regulamentar a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), visando proporcionar condições de trabalho mais seguras, evitar o risco de acidentes e proteger a saúde do trabalhador.

30. APLICAÇÃO

Todas as unidades.

31. DEFINIÇÕES

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI): são dispositivos ou produtos, de uso individual, a serem utilizados pelo empregado, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Todos os EPIs são obrigatoriamente registrados junto ao Ministério do Trabalho (MT), obtendo deste um Certificado de Aprovação (CA) e seu modelo deve constar no Anexo 1 da Norma Regulamentadora nº 06 (NR-6);

3.2 Produtos de Segurança para o Trabalho (PST): são outros equipamentos ou produtos, que também podem ser destinados à proteção do empregado e indispensáveis à execução de suas tarefas, porém, não estão listados no Anexo I da NR-06 e nem possuem CA, certificado de aprovação, emitido pelo MT.

32. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Os profissionais da área de saúde deverão fazer uso de dispositivos ou produtos, de uso individual ou coletivo, destinado à proteção de riscos, suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

4.2 O profissional admitido será orientado pela unidade através da integração, onde o mesmo terá orientações do SESMT, SCIRAS, RH, NQSP, Resíduos e Departamento pessoal.

4.3 O profissional deverá receber os equipamentos adequados ao risco da unidade escalada e o uso é obrigatório.

4.4 O trabalhador que se acidentar na execução de suas atividades, independente do uso de EPI, deverá comunicar à sua chefia imediata para dar andamento no preenchimento da "Ficha de CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho" e receber atendimento médico, seguindo os fluxos FLU.015.SESMT FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO e FLU.016.SESMT FLUXO DE ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS.

4.5 Os profissionais de saúde deverão usar sapatos fechados, impermeáveis e confortáveis segundo recomendação da NR 32.

4.7 Os trabalhadores não devem sair do local de trabalho usando EPI e, quando possuírem mais de um emprego, não devem usar EPI de uma empresa em outra.

4.8 A equipe de enfermagem deverá realizar limpeza e/ou desinfecção do seu EPI.

4.9 Higienizar as mãos antes e após as ações descritas acima, conforme PRO.010.NSP HIGIENIZACAO DAS MÃOS.

33. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1 Luvas Descartáveis;

5.2 Óculos de Proteção Individual;

5.3 Aventais Descartáveis;

5.4 Touca Descartável;

5.5 Sapato Fechado e Impermeável;

5.6 Máscara Descartável;

5.7 Capote/Avental de tecido ou descartável;

34. EPI

Os equipamentos de segurança usados nos serviços de enfermagem, de acordo com o agente são:

6.1 Risco biológico: luvas, óculos, aventais descartáveis, gorros. Em locais úmidos e com grande quantidade de material infectante: Centro Cirúrgico (CC), Central de Materiais e Esterilização (CME), Situações de limpeza ambiental e outros, usar também botas de borracha ou sapato fechado impermeável.

6.2 Risco químico: máscaras, óculos, luvas e aventais impermeáveis;

6.3 Risco radiológico: avental, protetor de tireóide e óculos plumbíferos, luvas e dosímetro individual.

35. RESPONSABILIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

36. QUANDO EXECUTAR

Sempre que prestar cuidado/assistência a um paciente em nossa unidade hospitalar.

37. REGISTROS

Não se aplica.

38. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Se ocorrer acidente, mesmo com o uso do EPI ou porque este se rompeu/danificou.

Ação: Comunicar chefia imediata para iniciar protocolo de Acidente de Trabalho.

10.2 **NC:** Caso a instituição não ofereça EPI.

Ação: Encaminhar Comunicação Interna (CI) a DE .

11 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 06 – Equipamento de Identificação Individual - EPI. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1996.

13 ANEXO

Não se aplica.

14 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.11 Protocolo - POP.069.GE VISITA HOSPITALAR

OBJETIVO

Descrever o fluxo da visita hospitalar aos pacientes internados.

APLICAÇÃO

Neste processo estão envolvidos a recepção e a enfermagem.

DEFINIÇÕES

A internação hospitalar é um momento crítico para o paciente apresentando-se como um momento delicado em sua vida. A visita apresenta-se como a rede de apoio familiar e social do paciente durante sua hospitalização sendo seu meio de contato deste com a sociedade e o meio exterior.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Recepção

Receber o visitante, cumprimentando-o cordialmente.

Solicitar ao visitante um documento original com foto.

Fornecer crachá de identificação

Liberar visita apenas após confirmação do(a) enfermeiro(a) do setor.

Repassar ao visitante informativo com informações pertinentes às normas e rotinas do Hospital, tais como:

Falar sempre em voz baixa;

Evitar andar desnecessariamente nos corredores e evitar entrar em outras enfermarias;

Não usar trajes como minissaias, shorts, blusas curtas e/ou decotes;

Não usar excesso de adornos como brincos, pulseiras, colares e relógios;

Proibido mexer no soro dos pacientes e nos equipamentos hospitalares;

Proibido fumar nas dependências do hospital;

Proibido sentar ou deitar no leito do paciente;

Proibido oferecer alimentos ou bebidas ao paciente que não sejam fornecidas pelo serviço de nutrição;

O visitante deverá utilizar o crachá de identificação

Horário de visita

De acordo com formulário específico

Visita Espiritual a pedido do paciente ou familiar com documentação da entidade.

Indicar ao visitante acesso aos setores

Enfermagem

Autorizar a visita.

Recepcionar visitantes na entrada de cada setor

Orientar a higienização das mão antes e depois da visita

Oferecer EPI's conforme precaução do paciente

Orientar sobre normas e rotinas do setor

Acompanhar o visitante até o leito do paciente

Informações sobre o quadro clínico do paciente serão informadas apenas pelo médico plantonista

Solicitar a saída dos visitantes ao término da visita

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica

EPI

- Touca;
- Máscara;
- Capote;
- Luvas;

Disponibilizar caso precaução especial.

RESPONSABILIDADE

Recepcionistas e equipe de Enfermagem

QUANDO EXECUTAR

Horário de visita.

REGISTROS

Não se aplica

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Crianças menores de 14 anos; Visitantes não identificados; Agravo no quadro clínico do paciente

Ação: Não é permitido a entrada; Deverá procurar a recepção para providenciar identificação; Encerra-se a visita proporcionando conforto ao paciente.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

ANEXO

Não se aplica

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	○ ITENS REVISADOS

APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.3.12 PRIORIZAÇÃO E CADASTRO DE PACIENTES NA RECEPÇÃO

1. OBJETIVO

Garantir acesso seguro do paciente.

2. REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico

da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Recepção do Pronto Socorro	Recepcionista, condutor e vigilante.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Sistema MV Soul

Computador

Impressora

Ficha do paciente

6. DEFINIÇÕES

Acolhimento – ato de receber e incluir.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Solicitar documento de identificação com foto e cartão SUS;

Iniciar cadastro com o registro das informações do paciente (nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, estado civil, proveniência, profissão, raça/cor, "consome bebida alcoólica", "diabético", "fumante", "hipertenso", "sedentário" e "alergia". No campo de alergias registrar tipo de alergia em "Alergias" e em "Observações clínicas do paciente");

Gerar atendimento:

a) Clicar em ícone "novo" e opção "ambulatório";

b) Na tela "Dados de Atendimento Ambulatorial"; clicar em busca "Prontuário"; selecionar o nome do paciente, plano, tipo de serviço, especialidade, médico responsável, centro de custo de atendimento, caráter do atendimento, proveniência, responsável pelo paciente, cartão do SUS, regulação e transporte. Após clicar em **SALVAR**.

c) Após SALVAR os dados do cadastro e atendimento do paciente a ficha de atendimento é impressa na classificação de risco e a pulseira de identificação é impressa na recepção.

Colocar a pulseira no punho direito do paciente, exceto nos casos de pacientes de alta periculosidade (acompanhado por agente carcerário ou Polícia Miliar). Nestes casos, repassar a (s) pulseira (s) para o Enfermeiro Classificador para que o mesmo supervisione a colocação da pulseira pelo agente ou policial, e oriente o membro correto (punho direito), bem como também em casos de pacientes provenientes de veículos oficiais (SAMU, Corpo de bombeiros). Em casos de crianças (até 9 anos), a pulseira é colocada no membro da mãe ou responsável.

Informar ao paciente ou seu responsável da finalidade e motivo da colocação da pulseira.

Orientar o paciente para aguardar chamada para atendimento na classificação de risco na recepção.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Na ausência de documento de identificação com foto, perguntar ao paciente sua data de nascimento para localização de possível cadastro prévio, sendo localizado, confirmar os seguintes dados: nome da mãe e endereço, após confirmação correta utilizar cadastro já existente, caso não seja localizado proceder o registro como "não informado" ou "não identificado";

A certidão de nascimento será aceita para os casos de crianças;

Nos casos que não tiver cartão SUS, será permitido o cadastro e orientado a trazer na próxima consulta, bem como orientado a providenciar junto à Secretaria de Saúde do município.

CASOS PRIORITÁRIOS PARA ACOLHIMENTOS NA RECEPÇÃO:

SINAIS DE ALERTA				
Dor torácica (Dor no peito)	Palidez cutânea	Desmaio	Vômitos	Tontura

Dificuldade na fala	Respiração ofegante e/ou falta de ar	Ferimento com sangramento ativo	Gestante com dor abdominal, perda de líquido e/ou sangramento	Manifestação verbal de: -Dor; -Febre alta; (especialmente em crianças até 9 anos). -Hipertensão (Pressão Alta)

8. INDICADORES

Tempo de espera para classificação de risco (Tempo decorrido entre o cadastro na recepção e a classificação de risco).

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. Enfermagem		

Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.13 SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. OBJETIVO	
Organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem; Orientar o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional; Promover ambiente seguro e terapêutico; Estimular a participação ativa do acompanhante/familiar; Cumprimento da resolução COFEN 358/2009 -Art. 1º.	
2. REFERÊNCIA	
Resolução do COFEN Nº 358/2009, disponível em:http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html;	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**

Clínica médica, cirúrgica e obstétrica, Pronto Socorro, Centro Cirúrgico e Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.	Coordenador de Enfermagem, Supervisor de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Formulário específico de cada setor;

Rede local de computadores – INTRANET;

Equipamentos para avaliação dos SSVV - Sinais Vitais.

Sistema - MV SOul

6. DEFINIÇÕES

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais.

Etapas da SAE:

Histórico de Enfermagem (anamnese e exame físico):
Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Diagnóstico de Enfermagem:
Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado

momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Planejamento.

Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Implementação de Enfermagem/Prescrição de Enfermagem

Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem, concretização do plano assistencial.

Avaliação/Evolução de Enfermagem:

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro (Na admissão do paciente):

Realizar a higienização das mãos;

Deslocar-se ao leito do paciente;

Realizar sua identificação como enfermeiro;

Chamar o paciente pelo nome, identificando-o pela pulseira;

Buscar aproximar a relação enfermeiro/paciente, integrando-o à unidade e fomentando a confiança em relação à equipe e a terapêutica;

Realizar o preenchimento do formulário da SAE disponível para impressão na INTRANET **(Anexos)**;

Na "escala de Mews" inserida no formulário da SAE, realizar avaliação dos SSVV na admissão do paciente, primeira linha, aprazar próximo horário, que será realizado em sequência pela equipe técnica de Enfermagem;

Avaliar as condições clínicas do paciente conforme etapas do processo de Enfermagem.

Supervisionar equipe técnica de enfermagem quanto aos cuidados realizados e preenchimento da "escala de Mews";

. Observar condições gerais do paciente e do ambiente do quarto;

. Anotar alterações e intercorrências encontradas;

. Realizar última etapa do processo, Evolução de Enfermagem no PEP – WARELINE, imprimir, carimbar e anexá-la junto ao Formulário manual e inserir no Prontuário do paciente.

. A partir daí realizar a Evolução de Enfermagem a cada 24 horas ou sempre que houver intercorrências e ou procedimentos realizados no paciente.

Técnico de Enfermagem:

1. Na "escala de Mews" inserida no formulário da SAE, realizar avaliação dos SSVV no horário aprazado inicialmente pelo Enfermeiro na Admissão do paciente, bem como nos horários aprazados em sequência;

2. Realizar evolução técnica de Enfermagem no PEP – WARELINE, conforme periodicidade estabelecida na Escala de Mews (6/6h, 4/4h, 2/2h, 1/1h.)

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Realizar avaliação do paciente e preenchimento da SAE em tempo hábil no momento em que o paciente for admitido.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica.

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.14 CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO	
Garantir que o Carrinho de Emergência esteja com todos os equipamentos, insumos e medicamentos para o pronto uso durante uma emergência.	
2. REFERÊNCIA	
Orientações do fabricante do Desfibrilador (PHILIPS) contido no próprio equipamento.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Todos os setores que possuem Carrinho de Emergência: Sala de Emergência, Centro Cirúrgico e	Conferência diária: Enfermeiro Reposição: Enfermeiro e Médico. Conferência mensal: Farmacêutico e Enfermeiro.

Clínica Médica/Cirúrgica.	

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Check list de conferência do Carrinho de Emergência;
Caneta;
Sistema MV Soul, para prescrição de medicamentos e insumos de reposição;
Carrinho de Emergência composto por: desfibrilador, lâminas/laringoscópio, prancha rígida, bala de oxigênio (pp 1m3 1000lt) e monitor multiparâmetro (Clínica Médica);

6. DEFINIÇÕES

Carrinho de Emergência: equipamento utilizado em situações de socorro imediato.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferência diária: Enfermeiro

Lavar as mãos;
Dirigir-se ao local, posicionar de frente para o Carrinho de Emergência e realizar a conferência do Carrinho e dos equipamentos, conforme definido por check-list e, caso necessário, realizar os procedimentos para a regularização. Itens para serem conferidos:
Carrinho de Emergência: deve estar conectado à tomada de energia elétrica da parede e lacrado. Conferir e anotar o número do lacre.

Prancha Rígida: localizada na lateral esquerda do Carrinho de Emergência.

Bala de oxigênio: localizada na lateral direita do Carrinho de Emergência. Abrir a válvula e evidenciar carga mínima de **100 Libras**. Se a carga estiver abaixo de 100 Libras, abrir Ordem de Serviço para a manutenção realizar a troca da bala (RAMAL 318).

Monitor: o monitor multiparâmetro deve estar conectado à tomada elétrica do Carrinho de Emergência, teste: ligar e desligar.

Desfibrilador: Verificar se o cabo de energia está conectado à tomada elétrica do Carrinho de Emergência. Realizar o teste de funcionamento seguindo a ordem:

Certifique-se que haja papel suficiente na bobina interna;
Desligue o cabo de energia e verifique o acionamento de bateria;

Ligar o equipamento (Manuela Lig) girando a o botão nº 1;
Escolher opção de desfibrilação (colocar carga de 10 J);
Selecionar o botão nº 2, ativar carga;
Esperar sinal sonoro de um bip contínuo;
Apertar os dois botões das placas simultaneamente e então o choque será disparado;
Aguardar a impressão do comprovante de "teste aprovado" **(Anexo I)**;
Voltar o botão nº 1 para posição Desligado e conectar o cabo de energia no carrinho novamente.
Laringoscópio: o kit de laringoscópio é composto por 12 lâminas (retas e curvas) dos tamanhos de 0 a 5. Deve-se conectar lâmina por lâmina no cabo do laringoscópio (adulto e infantil), e testar o funcionamento das lâmpadas. Luz fraca é indicativo de pilha fraca e então deve solicitar novas pilhas ao almoxarifado e realizar a troca. As lâminas devem ser limpas com álcool 70% e gaze, diariamente.

Preencher o check list conforme resultados da conferência e assinar.
Importante: se evidenciar falha no equipamento, o check-list deve ser preenchido identificando o equipamento com falha. Após o reparo, o check-list deve ser refeito.

2. Reposição do Carrinho: Enfermeiros e Médicos

Médico

Realizar a prescrição dos medicamentos utilizados na emergência, incluindo o preenchimento do formulário de solicitação de medicamentos psicotrópicos (controlados), se utilizados.

Enfermeiro

Reunir os formulários preenchidos pelo médico;
Solicitar os medicamentos, insumos e lacre à farmácia;
Solicitar materiais reprocessados à CME, e ou insumos na farmácia, quando for o caso;
Reabastecer o Carrinho de Emergência.
Após reposição, lacrar e conferir novamente o carrinho, conforme Item 1 deste procedimento.

3. Conferência mensal do carrinho – Farmacêutico e Enfermeiro

Farmacêutico

Uma vez por mês, o Carrinho de Emergência é aberto e conferido pelo Farmacêutico, conforme POP.FARM.024, da Farmácia.

Enfermeiro Realizar uma vez por mês a conferência do carrinho, preenchendo o check list mensal da Enfermagem. Conferir o número dos lacres que foram rompidos; Assinar e carimbar o check list de conferência mensal .
8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
A conferência diária (externa) do Carrinho de Emergência, deve ser realizada no início de cada plantão, pelo enfermeiro. Materiais de reúso que foram utilizados durante uma emergência deverão ser encaminhados para o reprocessamento CME e substituídos ou repostos tão logo quanto possível.
9. INDICADORES
Não se aplica.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Check list de conferência do Carrinho de Emergência **(Anexo II)**.

1.3.15 ORIENTAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS NA ALTA HOSPITALAR

1. OBJETIVO
Descrever orientações de alta multiprofissional aos pacientes e acompanhantes, em relação aos cuidados em sua residência bem como intervenções relacionadas à internação social.
2. REFERÊNCIA

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínicas médica, cirúrgica e obstétrica.	Enfermeiros, Assistência Nutricional, Fisioterapeuta, Psicólogo(a), Serviço Social e Médicos.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

6. DEFINIÇÕES

-Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em casa.

-Equipe Multiprofissional é a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR:

Orientar os pacientes e acompanhantes em relação aos cuidados nas suas residências sobre as sondas nasogástricas (SNG), curativos (ferida operatória, coto umbilical) e sinais de alerta.

Orientações sobre Sonda Vesical de Demora (SVD):

Manter a sonda e o saco coletor limpos:

Para manter a sonda vesical limpa e sem cristais de urina, que podem obstruir a sonda ou provocar infecção, deve-se:
Evitar puxar ou empurrar a sonda vesical, pois pode provocar feridas na bexiga e na uretra;

Lavar com a água e sabão o tubo da sonda vesical 3 vezes por dia, para evitar que as bactérias contaminem a sonda;
Ir ao hospital ou unidade de saúde para trocar a sonda vesical de 3 em 3 meses, no caso de ser de silicone, ou de 10 em 10 dias se for de látex;
Não levantar o saco coletor acima do nível da bexiga, mantendo-o pendurado na beira da cama ao dormir, por exemplo, para a urina não entrar na bexiga novamente;
Nunca colocar o saco coletor no chão, transportando-o sempre que for preciso dentro de uma sacola de plástico ou amarrado na perna, para evitar que as bactérias do chão contaminem a sonda;
Esvaziar o saco coletor da sonda sempre que estiver com metade da sua capacidade preenchida de urina.

Além destes cuidados com a sonda vesical de demora é importante secar bem o saco coletor e a sonda depois do banho. Porém, caso o saco coletor se separe da sonda no banho ou em outro momento, é importante jogá-lo no lixo e substituí-lo por um saco coletor novo e esterilizado.

Sinais de alerta para ir ao médico:

Alguns sinais que indicam que se deve ir imediatamente ao hospital ou pronto socorro, para trocar a sonda e fazer exames, são:

Sangue dentro do saco coletor da sonda vesical;
Urina vazando fora da sonda;
Febre acima de 38º C e calafrios.
Dor na bexiga.

Em alguns casos é normal que o paciente tenha vontade de fazer xixi e esse desconforto pode ser percebido como dor forte na bexiga, que deve ser referida para o médico para prescrever medicação adequada, aumentando o conforto do paciente.

Orientações sobre Sonda Nasoenteral (SNE), Sonda Nasogástrica (SNG):

Manuseio da sonda – cuidados com retrações, pois pode ser deslocada do posicionamento correto. Exemplo: durante o sono, banho, mudança de decúbito ou pelo próprio paciente.
Limpeza/Higiene/Fixação – Após banho secá-la e trocar a fixação (Nasogástrica, Nasoentérica) da face, devendo estar sempre limpa e seca, evitando o desconforto para o paciente, odores desagradáveis, higienizar as narinas do paciente e tomar cuidado para não tracionar a asa nasal ao fixar a sonda, causando lesões. Às vezes se faz necessário restringir as mãos do paciente com luvas sem os dedos, para impedi-lo de retirar a sonda, como pode ocorrer com doentes com demências, agitação motora, quadros de confusão mental, etc.
Administração de dieta, infusões de líquidos e medicamentos – posicionar o paciente sentado e ou, sendo acamado, manter cabeceira elevada por no mínimo 30 graus, (diminuindo riscos de aspirações de dieta, refluxos gástricos), e não deitar o paciente logo após ingesta alimentar e hídrica, lavar a sonda com água filtrada após administração de dietas (1 -2 seringas de 20 ml), medicamentos, mantendo sua permeabilidade, evitando obstruções por resíduos alimentares. Havendo obstruções, pode-se realizar manobras para desobstrução, infiltrando água morna (ideal com seringa de 50 ml).
Observação e detecção de anormalidades – obstrução, vazamentos, quebras dos conectores das extremidades proximais, Se (gastrostomia) proteger a pele se houver contato com conteúdo gástrico, para evitar formação de lesões, inflamações, infecções.
Tempo de troca – determinado pelo protocolo do serviço de acompanhamento do paciente.

Complicações com o uso da sonda:

1. Infusões rápidas – levam a quadros de distensão abdominal, diarreias, vômitos.

2. Refluxos gástricos e pneumonias aspirativas – podem ser observadas pelos familiares na presença de agitação, tosse, dispnéia, cianose de face. (idosos acamados, sequelados, afásicos, com reflexos diminuídos).

3. Quadros de constipação intestinal, flatulências – necessitando readequação nutricional, sendo de grande importância aos familiares e cuidadores, observarem a presença de eliminações fisiológicas (volume, quantidade, aspecto, consistência, etc.).

4. Vale reforçar, que, o paciente no domicílio, deve ser acompanhado sempre por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, cabendo a nutricionista, definir a terapia nutricional mais indicada, também avaliando e acompanhando os resultados e adequando as alterações necessárias a cada paciente,

levando em conta seu histórico alimentar, histórico de doenças, tipos de sonda, etc. Orientandos também, familiares e cuidadores.

Orientações sobre Curativos:

FERIDAS OPERATÓRIAS

1. Manter a ferida operatória sempre limpa e protegida de secreções, animais, poeira, água suja e demais substâncias não conhecidas que podem levar a infecção do local;

2. O curativo deve sempre ser feito após o banho. No banho, lavar a ferida operatória com água corrente e sabonete, com leve fricção sobre a ferida. O curativo deve ser feito com soro fisiológico (limpando levemente a ferida com gaze umedecida em soro fisiológico) e depois cobrir com gaze seca e limpa. Não aplicar pomadas ou outras substâncias, somente se orientação do seu médico. **OBS:** Não devem ser molhados os curativos com gesso; e os curativos pós enxerto de pele (aquele curativo tipo "pacotinho"). Estes permanecerão fechados até o retorno;

3.Esforços devem ser evitados por aproximadamente 90 dias, pois este é o tempo, em geral, para uma cicatriz cirurgia reparar totalmente.

4.Não é necessário tomar antibióticos. Tomar somente se tiver orientação do médico que realizou a cirurgia.

5.Medicamentos para a dor leve serão prescritos. Caso tiver dor mais intensa, seu médico deve ser comunicado imediatamente.

6. Em caso de febre, procurar o médico para uma avaliação. Não tomar antibióticos enquanto não for avaliado pelo seu médico.

7. Os pontos vão ser retirados em um período de 7 a 12 dias, dependendo do local operado. Essa retirada de pontos será realizada no retorno pós-operatório, previamente agendado. Caso isto não tenha sido realizado, entrar em contato para marcar uma consulta. Não retirar os pontos em outro local, somente no designado pelo seu médico, pois

ele vai avaliar a necessidade de retirada ou não dos pontos.

8. Secreção, inflamação e demais alterações: deve-se procurar seu médico para uma avaliação.

COTO UMBILICAL:

Higienização das mãos antes da realização do curativo

Usar cotonete umedecido em álcool a 70% e lembre-se de que é a base do umbigo, junto ao corpo, que deve ser mantida limpa.

Para proteger o coto, após a limpeza, enrole uma gaze ao seu redor.

Nunca puxe o coto umbilical. Deixe que ele se desprenda sozinho. Desde o início, o bebê pode tomar seus banhos diários sem nenhuma proteção especial do coto umbilical. Caso o coto seja molhado durante a higiene, seque-o suavemente com um pano ou toalha limpos.

ORIENTAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR NUTRICIONAL

As orientações de altas nutricionais são realizadas de acordo com o diagnóstico nutricional estabelecido de cada paciente, respeitando suas diversas condições clínicas e patológicas, assim, realizando orientações por escritos de acordo com as mesmas:

Dieta por via oral

Orientações nutricionais alimentares de acordo com patologias pré existentes e/ou histórico de internação (diabetes, hipertensão, obesidade, ganho de peso, cirrose hepática) e consistência alimentar tolerada (livre, branda, pastosa, líquida).

Dieta por Via oral para Lactentes:

Entregue as pacientes orientações de alta nutricional por escrito contendo informações sobre a importância da amamentação saudável.

Dieta por Sonda Nasoenteral-SNE

Relatório de alta nutricional;

Receituário de aquisição de sonda;

Orientações sobre os cuidados com a dieta por SNE;

Receita de dieta artesanal conforme necessidade calórica/proteica.

Dieta por Gastrostomia-GTT / Jejunostomia-JTT

Relatório de alta nutricional;

Receituário de aquisição de sonda;

Orientações sobre os cuidados com a dieta por GTT/JTT;

Receita de dieta artesanal conforme necessidade calórica/proteica.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DA FISIOTERAPIA

As orientações de alta da fisioterapia são realizadas de acordo com altas médicas, precisando ou não dar continuidade no tratamento em outras unidades de saúde. São realizadas de acordo com a patologia do paciente, sendo orientado quanto à fisioterapia motora, respiratória ou ambas. Faz-se necessário orientar o paciente e acompanhante.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DA PSICÓLOGA

As orientações serão somente para pacientes que necessitam de um tratamento contínuo após alta:

Retorno a consultas semanais com a psicólogo(a);

Encaminhamentos para outros profissionais (psiquiatria);

Orientação aos familiares ou cuidadores sobre sinais de alerta (choros excessivo, ausência do alto cuidado, falta de apetite, insônia.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DO SERVIÇO SOCIAL

As orientações sociais são pertinentes a cada caso de acordo com a demanda apresentada pelo paciente e/ou familiar e que possa vir a interferir na recuperação ou manutenção do seu estado de saúde após a alta médica como:

Tratamento fora do domicílio ou especializado;

Como conseguir o medicamento de alto custo;

Orientação para tratamento da patologia de base;

Orientação para órgãos específicos para resolução de demandas como CRAS, CREAS, CAP's, etc.;

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Orientações quanto ao acompanhamento médico adequado com o especialista ou clínico;

Cuidados gerais (mudanças de decúbito no leito, risco de broncoaspiração, quantidade de dieta, sinais de alerta, riscos de piora do quadro clínico.

Importância dos cuidados e trocas de sondas

Uso correto e importância das medicações

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Contemplação de todos os profissionais no momento da ALTA.

9. INDICADORES

Não se aplica

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Específicos de cada área no WARELINE.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração	Coord. Enfermagem		
Revisão	Diretor Técnico		

Encarregada/DM

SERV

1.3.16 TRANSFERÊNCIAS INTERNAS

1. OBJETIVO	
Normatizar a transferência interna dos pacientes no UNIDADE DE SAÚDE, garantindo a continuidade do atendimento.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínicas Médica e Cirúrgica/Obstétrica, Pronto Socorro e Centro Cirúrgico.	Médicos, Equipe de Enfermagem e Condutor de Maca.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	
- Maca e cadeiras de rodas. - Sistema MV Soul. - SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.	
6. DEFINIÇÕES	
NIR – Núcleo Interno de Regulação: setor que tem a finalidade de gerenciar os leitos institucionais, para que sejam ocupados de maneira eficiente, controlada e ágil. AIH – Autorização de Internação Hospitalar: é um documento que contém os procedimentos médico-hospitalares a serem realizados, bem como os materiais que devem ser utilizados, os profissionais de saúde envolvidos e a estrutura de hotelaria, para efeito de pagamento pelos serviços prestados.	

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro do setor de origem deverá:

Confirmar arrumação do leito no setor de origem;

Solicitar ao condutor de macas para realizar o transporte;

Registrar a transferência e horário da mesma na evolução de Enfermagem no Wareline;

Encaminhar o prontuário impresso completo à unidade de destino do paciente.

Enfermeiro do setor de destino:

Apresentar-se ao paciente no leito, realizar o Processo de Enfermagem – SAE, à beira leito, realizar a primeira coleta dos sinais vitais, conforme Escala de Mews, aprazando o próximo horário que será realizado pelo técnico de Enfermagem.

Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

Realizar a transferência e ou admissão do paciente no Wareline, imprimindo identificadores de leito, prancheta e gaveta;

Encaminhar o prontuário impresso completo à unidade de destino do paciente.

Solicitar ao condutor de macas o transporte apresentando a ele o paciente que deverá ser transportado.

Condutor de Macas:

Transportar o paciente em cadeira de rodas ou Maca até o leito de destino. Se for em maca, transportar com grades **SEMPRE** erguidas;

Caso o paciente necessite de suporte de O2 (oxigênio), pegar o cilindro na rede de gazes da unidade, **NÃO** utilizar o cilindro dos Carrinhos de emergência.

Nos pacientes provenientes do Centro Cirúrgico, o condutor deve realizar com segurança a transferência do paciente da maca do centro cirúrgico para a maca externa e encaminhá-lo à Enfermaria, auxiliando na transferência do paciente da maca para a cama.

Técnico de Enfermagem do setor de origem:

Preparar o paciente para o transporte;

Caso o paciente necessite de suporte de O2 (oxigênio), acompanhar o paciente no transporte até o local de destino.

Nos pacientes provenientes do Centro Cirúrgico, o Técnico de Enfermagem do setor solicita ao condutor de macas a transferência do Centro Cirúrgico para a Enfermaria.

Auxiliar na transferência do paciente da maca para a cama ou vice - versa.

Técnicos de Enfermagem do setor de destino:

Auxiliar na transferência do paciente da maca para a cama ou vice - versa. Apresentar-se, receber e acomodar o paciente no leito; Conferir a pulseira de identificação no membro superior direito; Seguir com o preenchimento da Escala de Mews (Inserida na SAE) de acordo com o horário aprazado pelo Enfermeiro, e executar a prescrição de Enfermagem e realizar a evolução de enfermagem no Wareline.
7.1. Tarefas Criticas/Especiais
Não se aplica
8. INDICADORES
Não se aplica
9. DOCUMENTOS DE APOIO
Não se aplica

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
	Nome	**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		

1.3.17 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR(IM)

1. OBJETIVO

Preparar e administrar medicamentos por via intramuscular de forma segura garantindo técnica correta e adequada, proporcionando a segurança do profissional, paciente e a eficácia dos fármacos.

2. REFERÊNCIA

FIGUEIREDO, A.E.P.L. O papel da enfermagem na administração do ferro por via parenteral. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Rio de Janeiro, v. 32, n. p. 129-13, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop68010.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

FORTES, ALBA VALÉRIA SALES ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM [manuscrito] / ALBA VALÉRIA SALES FORTES. - 2017. 73 f.: il. disponível em :https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6832/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Alba%20Val%C3%A9ria%20Sales%20Fortes%20-%202017.pdf

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES

Aos pacientes com prescrição médica de medicamento por via intramuscular.	Enfermeiros, técnicos de enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Bandeja;
Etiqueta de identificação;
Luvas de procedimentos;
Seringa (conforme volume a ser injetado);
Agulha (calibre compatível com a massa muscular do paciente e solubilidade do líquido a ser injetado);
Medicamento prescrito;
Algodão;
Álcool a 70 %;
Recipiente apropriado para descarte de resíduo pérfuro cortante.

6. DEFINIÇÕES

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir a identificação do paciente na pulseira de identificação;
Conferir as possíveis alergias medicamentosas do paciente;
Checar atentamente a prescrição;
Conferir os 9 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa, riscos profissionais e ao paciente;
Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento e possíveis eventos adversos;
Preparar o medicamento no momento imediato à administração;
Higienizar as mãos;
Separar o medicamento e o material necessário;
Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;

. Higienizar as mãos;
. Fazer a desinfecção do frasco ou ampola com algodão umedecido em álcool a 70%;
. Preparar medicação conforme prescrição médica;
. Trocar a agulha utilizada no preparo do medicamento por outra estéril;
. Retirar o ar da seringa/agulha;
. Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa (cole a etiqueta de identificação);
. Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
. Higienizar as mãos;
. Escolher o local da administração do fármaco conforme volume, tipo de medicação e massa muscular;
. Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento e expor a área de aplicação;
. Calçar as luvas de procedimento;
. Fazer antissepsia da pele do paciente com algodão embebido em álcool a 70% fazendo pelo menos cinco movimentos em um mesmo sentido por 15 segundos;
. Caso sejam indicadas injeções sequenciais, revezar a musculatura conforme o volume e medicamento administrado;
. Retire a proteção a agulha e segure a seringa na mão dominante, entre o polegar e o indicador;
. Fazer uma prega no local selecionado (ou usar a técnica em Z);
. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo (90º em relação ao músculo) e solte a prega;
. Aspirar o êmbolo da seringa para garantir que a agulha não está inserida dentro de um vaso sanguíneo, se houver retorno de sangue, retirar a agulha, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento aplicando em outro local;
. Injetar o fármaco lentamente;
. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
. Fazer leve compressão no local;
. Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (atentando para não desconectar a agulha da seringa e não reencapá-la);
. Manter o paciente confortável, deixando o ambiente de trabalho organizado;
. Retirar a luva de procedimento desprezando-a em lixeira apropriada;
. Higienizar as mãos;
. Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool 70%;

.Registrar o procedimento realizado na prescrição médica (checar o horário da administração);
.Assinar e carimbar o registro;
.Comunicar ao Enfermeiro Supervisor possível ocorrência de anormalidades;
.Registrar na anotação de Enfermagem quaisquer intercorrências.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Não se aplica.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Guia de diluição de fármacos injetáveis (INTRANET-Farmácia);

POP.SCIH.004 Higienização das mãos (INTRANET – CCIH).

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		

Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.18 ALTA DAS ENFERMARIAS

1. OBJETIVO	
Normatizar as Altas dos pacientes das clínicas Médica, Cirúrgica e Obstétrica.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Enfermarias	Diretores, Coordenadores, Supervisores, Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, Condutores de Macas e Porterios/Vigilantes.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Maca, Cadeira de Rodas, tesoura sem pontas.	
6. DEFINIÇÕES	
Assegurar que o procedimento de Alta Hospitalar seja executado conforme descrito nesse POP.	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Ao médico diarista, assistente ou plantonista compete:	
Prescrever a Alta Médica ou hospitalar;	

Descrever na evolução do paciente a Alta colocando horário e data;
Emitir o relatório de Alta;
Realizar o contrarreferenciamento, caso necessário (unidades de atenção básica, ambulatórios específicos ou outros);
Comunicar familiares e acompanhantes a Alta e orientá-los sobre o estado clínico do paciente;
Comunicar ao Enfermeiro a Alta.

Ao Enfermeiro(a) Compete:

Descrever na Evolução de Enfermagem a data e horário da Alta;
Organizar o prontuário e checar se foi prescrito a Alta;
Conferir o prontuário se as medicações prescritas estão devidamente checadas;
Comunicar ao setor de Farmácia e de Nutrição a Alta do paciente;
Concluir a SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem (Alta/transferência/óbito) com data e horário;
Entregar ao paciente e ou acompanhante uma via dos exames realizados na unidade colhendo assinatura do protocolo de Entrega de Exames disponibilizado no Intranet.
Após preenchimento do impresso de Alta Hospitalar, solicitar o profissional condutor de macas para encaminhar o paciente até a recepção da unidade;
Encaminhar o prontuário ao Faturamento.

Ao Técnico(a) de Enfermagem Compete:

Retirar acesso venoso do paciente se houver e orientá-lo e ou auxiliá-lo na troca de roupa;
Conferir os Kit de medicação do paciente, preenchendo o formulário inserido no kit, o que não foi utilizado e fazer devolução na Farmácia;

Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

1. Registrar a Alta do paciente no sistema;

Condutor de Macas Compete:

Realizar limpeza e desinfecção da maca, antes e após o transporte do paciente;
Encaminhar paciente até a portaria em maca ou cadeira de rodas;
Entregar o impresso de Alta Hospitalar ao enfermeiro do NIR.

Porteiro/Vigilante da Recepção:

Retirar a pulseira do membro do paciente com tesoura sem ponta.

7.7. Tarefas Criticas/Especiais
Conferência DIARIAMENTE
8. INDICADORES
Não se aplica
9. DOCUMENTOS DE APOIO
Impresso de Alta Hospitalar.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

	Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
	Elaboração		Coord. Enfermagem		
	Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
	Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.19 HEMOTRANSFUSÃO

1. OBJETIVO

Normatizar a Hemotransfusão de pacientes nas unidades de internação e Pronto Socorro desta unidade, e apresentar as boas práticas para a administração segura, manejo e transporte dos Hemoderivados.

2. REFERÊNCIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 158, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Unidades de Internação e Pronto Socorro.	Equipe de enfermagem, Laboratório e Médicos.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Prontuário impresso, Prescrição médica.

6. DEFINIÇÕES

É a transferência de um hemocomponente ou hemoderivado de um indivíduo (doador) a outro (receptor). O incidente transfusional é qualquer intercorrência ou evento adverso que ocorra como consequência à hemotransfusão durante ou após sua administração.

PEP – Prontuário Eletrônico de Paciente;

WARELINE – software hospitalar.

INTRANET - rede local de computadores, circunscrita aos limites internos de uma instituição, na qual são utilizados os mesmos programas e protocolos de comunicação empregados na Internet.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

I. Médico Solicitante.

1. Indicar a Hemotransfusão;

2. Comunicar ao paciente que irá ser transfundido sobre a necessidade e importância;

3. Orientar o paciente, responsável ou representante legal e colher assinatura no Termo de Consentimento Esclarecido para realização de Hemotransfusão **(anexo I)** disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional"

4. Descrever no prontuário do paciente (PEP-Wareline), as orientações dadas ao mesmo;

5. Preencher integralmente, com letra legível e sem rasuras o formulário de solicitação de Hemocomponentes específico do Hemocentro Go**(anexo II)** disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional", em 3 (três vias), carimbar e assinar;

6. Prescrever a Hemotransfusão e a solicitação de exame laboratorial (Grupo sanguíneo e hemograma) no PEP-Wareline;

7. Entregar para o Enfermeiro (a) responsável pelo setor;

II. Enfermeiro do setor de Origem.

1. Receber a solicitação de Hemocomponentes em 3 (três) vias, e os pedidos de exames;

2. Observar na solicitação a **classificação de transfusão quanto ao grau de urgência;**

3. Conferir a prescrição médica impressa da Hemotransfusão;

4. Solicitar ao Laboratório (Ramal 309) a coleta;

5. Comunicar ao supervisor administrativo (Ramal 306) a necessidade de busca do Hemocomponente do HEMOCENTRO-GO e solicitar ao mesmo a caixa de transporte;

6. Dirigir-se à farmácia e solicitar gelo reutilizável (gelox) para preparo da caixa;

7. Receber do Laboratório os resultados de exames acompanhado da amostra de sangue em tubo de ensaio;

8. Preparar a caixa de transporte com 2 (duas) vias da solicitação de Hemocomponentes, amostra de sangue, gelox e planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes para controle de temperatura **(anexo III),** conforme recomendações na planilha de condições para transporte de Hemocomponentes **(Anexo IV)**, disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional";

9. Guardar a terceira via da solicitação de hemocomponente em pasta localizada no setor para controle interno da unidade;

10. Entregar a caixa preparada ao supervisor administrativo;

11. Receber a caixa do Supervisor administrativo após busca do hemocomponente no HEMOCENTRO GO e conferir material solicitado e controle de temperatura da planilha;

12. Conferir os dados da bolsa do hemocomponente, que é acompanhada de um cartão de Identificação do Receptor preso à bolsa de sangue, o qual deverá ser mantido até o final da transfusão;

13. Contatar imediatamente o HEMOCENTRO GO (3201-4568 / 3201-4569) em casos de discrepância, e **NÃO** iniciar a transfusão;

14. Certificar-se de que a bolsa em questão destina-se realmente ao paciente e que todas as informações estão em conformidades;

15. Orientar os profissionais Técnicos de Enfermagem sobre Hemotransfusão;

16. Verificar Imediatamente antes da transfusão, com muita atenção a identificação do receptor, conferir pulseira de identificação, e certificar que o paciente é o mesmo que receberá a Hemotransfusão, perguntando-lhe seu nome completo, e data de nascimento, se não for possível, conferir com a identificação no leito e na pulseira;

17. Conferir a identificação do receptor que consta na bolsa com a identificação do paciente;

18. Anotar na prescrição: Conferido e instalado, carimbar a prescrição e o relatório de enfermagem, com os dados contidos no carimbo (data, horário de início da infusão, número da bolsa instalada, volume da tipagem sanguínea, hora de final da infusão);

19. Verificar se a bolsa a ser transfundida encontra-se em **temperatura ambiente** antes de instalar a transfusão, recomenda-se que o hemocomponente permaneça entre 20ºC. e 24ºC, por 30 minutos antes da transfusão, as demais bolsas deverão ficar armazenadas na caixa na temperatura (+2ºC a + 4ºC) até que sejam utilizadas, exceto concentrado de plaquetas, que deverão permanecer entre 20ºC e 24ºC;

20. Cuidar para não violar a bolsa e sua identificação, o sistema deverá permanecer integro até o término da transfusão;

21. Orientar a equipe técnica que é terminantemente proibida a adição de quaisquer substâncias ou medicamentos aos Hemocomponentes, se for necessário administrar alguma medicação tem que ser feito em acesso venoso diferente;

22. Verificar Sinais Vitais, antes, durante e após a transfusão, e registrar no formulário de Acompanhamento Transfusional **(Anexo V)**, disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional";;

23. Permanecer **junto ao paciente durante os primeiros 10 minutos,** observá-lo durante todo o período da transfusão;

24. Observar o paciente com maior rigor se ele já tiver história de qualquer tipo de reação a transfusão de algum hemocomponente;

25. Anotar no prontuário do paciente, (data, hora de início da infusão, número da bolsa instalada, volume, tipagem sanguínea, hora de final da infusão), isso para garantir a rastreabilidade dos hemocomponentes infundidos;

26. Anotar todos esses dados também no livro de Hemotransfusão, (data, hora de início da infusão, número da bolsa instalada, volume, tipagem sanguínea, hora de final da infusão, nome do profissional que instalou a bolsa de hemocomponentes),

27. Comunicar ao médico assistente, nos casos de eventos adversos e suspender imediatamente a transfusão, entrar em contato com o HEMOCENTRO GO (3201-4568 / 3201-4569), e registrar em prontuário;

28. **Observar o período de infusão que não deverá exceder de 4 horas.** Quando este período for ultrapassado a transfusão deve ser interrompida e a unidade descartada;

MANEJO DOS HEMOCOMPONENTES:

29. Usar EPI´s, no preparo da bolsa para a infusão;

30. Realizar lavagem das mãos antes de iniciar a infusão e após o término da infusão;

31. Puncionar novo acesso calibroso para infusão do hemocomponente;

III. Supervisor administrativo

1. Receber a caixa preparada do Enfermeiro;
2. Contactar o HEMOCENTRO GO **(3201-4568/69)** informando a quantidade de Hemocomponente solicitado e receber confirmação para busca conforme estoque;
3. Preencher os dados solicitados na planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes;
4. Entregar a caixa para o motorista e liberar transporte para busca do hemocomponente;
5. Receber a caixa do motorista na volta do HEMOCENTRO GO anotando os dados solicitados na planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes;
6. Entregar a caixa ao Enfermeiro (a) responsável;

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Controle de temperatura da caixa de transporte de Hemocomponentes.

Qualificação Anual da caixa de transporte de Hemocomponentes.

9. INDICADORES

Percentual de hemocomponentes infundidos.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

	Elaboração		Coord. Enfermagem		
	Revisão		Diretor Técnico Encarregada/D M SERV		
	Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.20 MEDICAMENTOS MULTIDOSES

1. OBJETIVO	
Realizar controle dos medicamentos multidoses com identificação da data de abertura, validade e assinatura do profissional.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínica Médica, Clínica	Equipe de Enfermagem, Equipe médica e Farmácia.

Cirúrgica, Clínica Obstétrica e Pronto Socorro.	

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Etiquetas adesivas.

6. DEFINIÇÕES

CME – Central de Materiais e Esterilização.

Medicamentos Multidoses:

São todos os medicamentos que tem o uso coletivo, Ex: dipirona gotas, Xaropes, Óleo Mineral etc. Estes medicamentos deverão ser usados por todos os pacientes conforme prescrição médica:

Todos os medicamentos Multidoses serão devidamente identificados e validados, conforme protocolo da farmácia que institui um prazo de 28 dias de validação desses medicamentos. Após a expiração do prazo de validade, os medicamentos multidoses serão encaminhados à farmácia para as condutas estabelecidas pelo setor;

Após o recebimento dessas medicações e abertura dos frascos pelo profissional da unidade solicitante, eles serão identificadas com etiquetas de validade, contando 28 dias a partir da data de abertura, contendo a data de abertura, a data de validade e assinatura do profissional que abrir;

As almotolias de uso de produtos antissépticos terão validade de sete (7) dias, conforme etiquetas fixadas nas mesmas, data expirada as mesmas serão encaminhadas para a CME para serem reprocessadas, quando as almotolias voltam para o setor essas serão identificadas e reabastecidas com os antissépticos: Álcool, clorexidina alcoólica, clorexidina degermante, clorexidina solução aquosa.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1- Verificação dos medicamentos Multidoses:

Enfermeiro do Setor:

DIARIAMENTE:

Realizar a verificação dos medicamentos multidoses;

Solicitar ao técnico de enfermagem que abrir o medicamento para realizar a identificação do mesmo;

Controle rigoroso da data de validade dos medicamentos dos produtos com validade expirada;

2- Técnicos de Enfermagem:

Realizar a verificação dos medicamentos multidoses;

Assim que abrir o medicamento ou o produto, este deverá ser imediatamente e corretamente identificado com etiqueta padronizada já anexada no frasco pela farmácia e ou disponível no posto. **(ANEXO I).**

Inspeção dos frascos de multidose no momento da conferência do Check list do setor, encaminhando os frascos com data de validade expirada para a farmácia.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Conferência DIARIAMENTE.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		**Cargo**	**Data**	**Visto**
Elaboração		Enfermeira		
Revisão		Coordenadora de Enfermagem		
Revisão		Coordenadora do NSP		
Aprovação		Diretor Técnico		

Revisão	Motivo	Data da Revisão

1.3.21 Priorização Clínica Na Sala De Medicação

1. OBJETIVO	
Garantir o atendimento prioritário conforme classificação de Risco, na sala de medicação, pela equipe de Enfermagem.	
2. REFERÊNCIA	
P.C.ENF.001 Classificação de Risco	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Sala de Medicação	Equipe de Enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

A ser definidos.

6. DEFINIÇÕES

Identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, definidos na classificação de risco.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O paciente após conclusão do atendimento médico, será encaminhado para sala de medicação, de posse da prescrição (medicamentosa e ou exames).

Equipe de enfermagem acolherá o paciente na porta da sala de medicação;

Identificar através da **pulseira de identificação do paciente**, sua classificação de risco **(amarelo, verde e azul)**, conforme estabelecido pelo Protocolo de Classificação de Risco da Unidade;

Orientar o paciente que aguarde o preparo da medicação na soroterapia ou nos box's;

Equipe de enfermagem, administrará medicação, face a identificação do paciente, conferindo todos os identificadores, disponíveis em sua pulseira de identificação, de acordo com o Protocolo de Segurança do Paciente: PROT.NSP.006

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Solicitado confecção de **adesivos com as cores da Classificação (amarelo, verde e azul)** para serem anexados na pulseira de cada paciente na Classificação de Risco, facilitando assim visualização da prioridade clínica de cada paciente na sala de medicação bem como no setor de Raio X e Laboratório **(ANEXO I).**

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Prescrição Médica impressa.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data	Visto

Elaboração		Enfermeira		
Revisão		Coordenadora de Enfermagem		
Revisão		Coordenadora do NSP		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.3.22 Curativo de ferida cirúrgica limpa

1. OBJETIVO	
Evitar a contaminação de feridas limpas; Facilitar a cicatrização; Absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções, promover a hemostasia com curativos compressivos; Manter a ferida limpa, ocluída e promover conforto ao paciente.	
2. REFERÊNCIA	
MANUAL DE CURATIVOS, disponível em: www.nucleovet.com/area_aluno/turma2/manual_curativos.pdf. Acesso em 20/06/2017.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínica Cirúrgica/Obstétrica	Enfermeiros, técnicos de Enfermagem
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
Bandeja;	

1 Pinça para Curativo;
1 par de luva de procedimento;
Kit de curativo disponibilizado pelo setor de farmácia (2 pacotes de gazes,1 par de luva estéril 7,5, S.F - Soro Fisiológico 0,9% 2 ampolas 10ml;
Esparadrapo (micropore);
Equipamento de proteção individual (EPI) – Capote, máscara, touca;
Carrinho de curativo.

6. DEFINIÇÕES

Curativo é o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade, terapia tópica, termo que engloba as etapas como processo de limpeza e/ou cobertura.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;
Calçar luva de procedimento e EPI's;
Comunicar o que vai ser realizado ao paciente;
Fechar a porta da enfermaria para privacidade do paciente ou biombo se necessário;
Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
Retirar o curativo anterior se houver;
Lavar as mãos;
Abrir o pacote de curativo (técnica asséptica) sobre o carrinho;
Calçar luvas estéreis;
. Aplicar a gaze umedecida com SF 0,9% na ferida em sentido único, repetindo por três vezes (utilizando uma gaze a cada vez);
. Aplicar clorexidina Aquosa com a mesma técnica aplicada ao S.F. 0,9%;
. Secar a ferida;
. Manter o curativo ocluído somente enquanto houver exsudação;
. Não havendo exsudato manter a ferida aberta orientando o paciente a realizar apenas higienização com água e sabão;
. Retirar as luvas, desprezando todo material no saco branco do carrinho;
. Lavar as mãos;

. Registrar o procedimento no prontuário do paciente, relatando aspecto da ferida, secreção e odor.

. Solicitar ao serviço de limpeza a coleta do saco branco do carrinho.

. Realizar limpeza com álcool 70% no carrinho de curativo, antes de adentrar em outra enfermaria.

RECOMENDAÇÕES:

A ferida somente será coberta com gaze e fixa com micropore quando houver exsudato ou a critério médico nas primeiras 24 horas após a cirurgia;

Após suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca;

Avaliar regularmente o aspecto do curativo quanto à necessidade de troca ou de oclusão observando exsudato.

A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico;

Orientar o paciente a lavar com água corrente e sabão durante o banho;

Após o banho secar com toalha limpa, sem fazer fricção ou pressão.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Realizar higienização do carrinho de curativos a cada procedimento realizado;

Supervisionar o paciente e seu acompanhante no cuidado com a ferida cirúrgica.

9. INDICADORES

Não se aplica

10. DOCUMENTOS DE APOIO

POP. SCIH.004 Higienização das mãos;

Manuais e informes disponibilizados pelo setor de controle de infecção hospitalar-SCIH da unidade.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data	Visto

Elaboração		Enfermeira	
Revisão		Coordenadora de Enfermagem	
Revisão		Coordenadora do NSP	
Aprovação		Diretor Técnico	

1.3.23 Armazenamento dos frascos de insulina

1. OBJETIVO	
Descrever o correto armazenamento dos frascos de insulina, garantindo assim a qualidade da medicação utilizada nos pacientes.	
2. REFERÊNCIA	
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde.	
3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínicas Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pronto Socorro.	Equipe de Enfermagem.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
Etiquetas de identificação da data de abertura e validade.	
6. DEFINIÇÕES	

Insulina: é um hormônio responsável pela redução da glicemia (taxa de glicose no sangue), ao promover a entrada de glicose nas células. Esta é também essencial no metabolismo de sacarídeos (Hidrato de Carbono), na síntese de proteínas e no armazenamento de lipídios (gorduras).

Insulina Humana Recombinante NPH: é um agente que combate o diabetes, diminuindo o nível de glicose no sangue, após a injeção. Após o uso sob a pele (subcutaneamente), Insulina Humana Recombinante NPH apresenta um rápido início de ação, dentro de 1 hora após a administração e tem uma duração de 12 a 20 horas. Devido ao seu perfil de ação prolongada, Insulina Humana Recombinante NPH é normalmente usada em combinação com uma insulina de ação rápida.

Insulina Regular: A insulina regular é considerada mais rápida e tem a coloração transparente. Após ser aplicada, o seu efeito acontece muito rápido, ou seja, cerca de meia hora a uma hora depois. O efeito da insulina regular dura em média de duas a três horas. Após ser aplicada, seu início de ação acontece entre duas e quatro horas, seu efeito máximo se dá entre quatro a 10 horas e a sua duração é de 10 a 18 horas.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A dispensação pela farmácia do frasco-ampola de insulina será realizada mediante a entrega do fra vazio para o controle interno;
- A utilização da medicação será de uso coletivo e dosagem, de acordo com a prescrição médica;
- Manter os frascos-ampolas que estão sendo utilizados, em lugar o mais arejado possível (entre 1 e 30°C);
- Os Frascos-ampolas deverão ser armazenados na sala de medicação do Pronto Socorro, postos Enfermagem nas Clínicas Médica, Cirúrgica e Obstétrica;
- Antes de usar, observar o aspecto do medicamento e caso ele esteja no prazo de validade, obser alguma mudança no aspecto, consultar o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo;

- O Medicamento não deverá ser exposto à luz solar direta ou a altas temperaturas;
- Após aberto, será válido por 28 dias;
- Identificar a data de abertura e validade do frasco-ampola, através de etiquetas pré fixadas na farmácia e/ou disponível nos postos;
- Após um período de 28 dias, deve-se fazer a devolução do frasco-ampola, mesmo se este ainda contiver insulina.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Não se aplica.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	**Cargo**	**Data**	**Visto**
Elaboração	Coordenadora do NQSP		
Revisão	Coordenadora de Enfermagem		
Aprovação	Diretor Técnico		

Revisão	**Motivo**	**Data da Revisão**

1.3.24 ESCALA DE FUGULIN

1. OBJETIVO

Classificar o paciente quanto ao grau de dependência em relação à Enfermagem.

2. REFERÊNCIA

Resolução COFEN **Nº 0527/2016** – Revogada pela Resolução **COFEN Nº 543/2017**

Fugulin et. al. 2005.

3. APLICABILIDADE	**4. RESPONSABILIDADES**
Clínica Médica e Cirúrgica (Aplicar a todos os pacientes adultos admitidos e a cada 24 horas).	Enfermeiros.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Papel;
Caneta;
Escala de Fugulim Impressa.

6. DEFINIÇÕES
SCP – Sistema de classificação de pacientes.
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Resolução COFEN Nº 543/2017, 2º Cabe ao Enfermeiro o registro diário da classificação dos pacientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades de internação.

Instrumento a ser utilizado para a classificação de pacientes no UNIDADE DE SAÚDE: Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), conforme tabela abaixo:

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
Realizar o preenchimento da escala regularmente.
9. INDICADORES
Não se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Resolução COFEN Nº 543/2017 e Anexos.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração	Coord. de Enfermagem		
Revisão	Coord. N.Q.S.P		

Aprovação	Diretor Técnico

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

1.4 NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem é, em sua essência, responsável pela arte e ciência do cuidado ao paciente/cliente, no entanto, além disso, passou a cuidar também da organização dos ambientes/setores, fluxos, processos e fluidez de todas as atividades desenvolvidas nos setores, tornando-se a ligação entre a equipe multiprofissional e entre os vários serviços ofertados ao paciente/cliente.

Desta maneira, para garantir o funcionamento ordenado e constante das atividades no setor, é necessário haver padronização, sendo esta uma ferramenta gerencial, que possibilita a transmissão de informações e dos conhecimentos adquiridos, favorecendo a continuidade da assistência, contribuindo para a redução dos erros e iatrogenias e assim garantindo a segurança do paciente.

2. OBJETIVO

Definir, estabelecer e homogenizar, em caráter normativo e norteador, as normas de funcionamento da UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, bem como as rotinas de execução das atividades de enfermagem.

3. DEFINIÇÕES

Este documento apresenta as normas e rotinas gerais da UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA do HERSO, sendo a referência para manutenção da organização do referido setor.

Todas as normas e rotinas aqui descritas, foram elaboradas considerando, além de estudos técnico-científicos, as regulamentações vigentes no campo da enfermagem, bem como legislações que normatizam os mais diversos setores do hospital, assim como os fluxos do setor.

4. SIGLAS

UET _ Unidade de Emergência e Trauma

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado

POP – Procedimento Operacional Padrão

PCR _ Parada Cardiorrespiratória

EPIS _ Equipamentos de Proteção Individual

UTI _ Unidade de Terapia Intensiva

CME _ Centro de Materiais e Esterilização

5. APLICAÇÃO

Unidade de Emergência e Trauma

6. DESCRIÇÃO DO MANUAL

PLANTA FÍSICA

A estrutura física do setor é baseada nas resoluções RDC 50/2002 e RDC 307/2002, da ANVISA e dispõe das seguintes áreas: vestiários e banheiros para os colaboradores feminino e masculino.

Temos uma recepção, 10 (dez) box de reanimação, sendo 02 (dois) destes, box vermelhos para atendimento exclusivo de urgência e emergência, um posto de enfermagem com bancada que permite uma ampla visualização dos pacientes, sala de materiais, sala de equipamentos, sala de utilidades, sala de estar e copa, sala da coordenação de enfermagem, sala de pequenos procedimentos, sala de gesso, consultório da ortopedia, 26 (vinte seis) leitos de enfermaria de

retaguarda (observação) sendo 16 masculinos e 10 femininos. Sala de classificação de risco e sala de decisão.

NORMAS E ROTINAS

Na Unidade de Emergência e trauma são realizados variados atendimentos e procedimentos, conforme as especialidades médicas atuantes no HERSO, priorizando sempre as urgências e emergências médicas, o que exige da equipe de enfermagem um conhecimento pleno dos processos de trabalho necessários ao desenvolvimento das atividades de assistência à saúde dos pacientes.

RESPONSABILIDADE E DEVERES

DEVERES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;

Atender a equipe Médica, de Enfermagem e multiprofissional no desempenho de suas atividades;

Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

Cooperar com os demais Serviços do Hospital;

Desenvolver programas de atendimento humanizado;

Realizar toda a gestão do setor inclusive com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;

Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;

Garantir a aplicação dos protocolos de segurança do paciente;

DEVERES DO ENFERMEIRO DIARISTA

Realizar visita diária aos pacientes internados na unidade;

Organizar prontuários durante a internação do paciente e após sua alta quando necessário.

Auxiliar o Enfermeiro plantonista na elaboração na execução da SAE diária e em procedimentos assistenciais quando necessário;

Solicitar ao setor responsável a coleta de exames laboratoriais e Raio-X;

Conferência dos carrinhos de emergência quanto a validades e reposição correta realizada pelos enfermeiros do setor; e conferência e reposição quando houver rompimento do lacre;

Solicitar ambulância junto ao NIR para procedimentos, transferências, e altas quando necessário;

Observar materiais e equipamentos com defeito devendo identificá-los (quanto ao defeito, a pessoa que identificou e a data), retirá-lo da unidade e relatar no livro da enfermagem e realizar abertura de chamado para manutenção corretiva, se for o caso;

Auditoria interna de prontuários (SAE, Balanços, Prescrições e Evoluções de Enfermagem);

Realizar requisições de materiais e formulários quando necessário;

DEVERES DO ENFERMEIROS PLANTONISTA

Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;

Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito de cada cliente, descrevendo inclusive características e viabilidades dos acessos, e quadro clínico de melhora ou piora no período do plantão;

Após a passagem de plantão a enfermeiro (a) responsável pelo período deverá percorrer leito a leito conferindo drogas em infusão, procedimentos de horário e acesso venoso ou central avaliando inclusive se estão perveis;

Durante os primeiros procedimentos de plantão o enfermeiro deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;

A avaliação da necessidade de aspiração e a execução desta atividade bem como a parametrização do modo ventilatório de paciente é de competência compartilhada entre o enfermeiro, o fisioterapeuta e médico de plantão;

Os curativos de alta complexidade devem ser realizados pela enfermeira de plantão conforme seu julgamento clínico, e deve ocorrer preferivelmente após o banho;

A passagem de SVD e sondas gástricas bem como a sua retirada é da competência da enfermeira de plantão, devendo a mesma realizar identificação com responsável e data do procedimento;

Da competência da enfermeira avaliar a administração de dietas enterais e parenterais, orientando quanto ao posicionamento do paciente no leito;

A nutrição parenteral deve ser instalada pela enfermeira de plantão com técnica estéril conforme prescrição médica e da nutrição;

A retirada de acesso venoso central deverá ser realizada pela enfermeira do plantão conforme programação de tratamento da equipe médica para o paciente;

A assistência de enfermagem deve ser baseada na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o sistema MV devem ser preenchidos adequadamente em todos os plantões, com validade de 24 horas. A anotação de todas as intercorrências relacionadas ao cliente, devem ser descritas na ficha de evolução de enfermagem;

Durante situações de urgência e emergência o enfermeiro deve executar as manobras adequadas, orientando a equipe de enfermagem, a fim de garantir a fluidez das ações propostas pela equipe médica;

Executar os procedimentos assistenciais priorizando-os antes do preenchimento de qualquer formulário, só então segue-se com o registro das ações de enfermagem;

A enfermeira deve, mensalmente, realizar orientações com sua equipe, sobre situações de fragilidades observadas no decorrer deste período, realizando registo com lista de presença;

Todas as admissões devem ser acompanhadas pelo enfermeiro e registradas no prontuário do paciente;

Manter o dialogo constante, com a equipe de enfermagem e multiprofissional a fim de garantir a segurança das informações relacionadas ao cliente;

Manter e preservar o sigilo das informações sobre o cliente e seu tratamento;

Manter a organização da unidade: livro ata de passagem de plantão, comunicação interna, relatório de alta e admissão, entre outros devem ser de conhecimento de todos e de fácil acesso;

Ao enfermeiro cabe-lhe o papel de planejar, orientar e aplicar uma assistência humanizada de qualidade onde preservando sempre a segurança do cliente e de sua equipe;

Após o início de cada plantão o Enfermeiro responsável pelo período deverá percorrer todo o setor, sala por sala, inclusive espaço do gesso, conferindo a funcionalidade dos aparelhos, tais como: carrinho de parada cardiorrespiratória, monitores, ventiladores, cabeceira dos leitos, sala de equipamentos e materiais, expurgo. Visualizando a necessidade de requisições de materiais da Central de Material e Esterilização (CME) e demais materiais;

O Enfermeiro deve determinar o horário de descanso e de refeição para cada um dos membros da equipe de enfermagem, a fim de que o setor não fique sem profissionais e atender Intercorrências que porventura acometam os pacientes/clientes;

O Enfermeiro acompanhado de toda a equipe deverá manter o setor organizado, Enfermeiro deve determinar qual será a escala de colaboradores diariamente de Parada Cardiorrespiratória(PCR), informando quem serão os responsáveis pela: medicação, circulante, manobras, vias aéreas etc;

O Enfermeiro deverá supervisionar e orientar a equipe de enfermagem quanto ao uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIS), bem como a obrigatoriedade do uso do unissex exclusivo do setor e a retirada de adornos;

É de competência do Enfermeiro realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na admissão e a cada 24 horas, para todos os pacientes cuja a conduta médica culmina em internação, bem como realizar relatório de todos na intercorrência.

Aos pacientes críticos que forem encaminhados ao centro cirúrgico ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), compete a Enfermeira plantonista levá-lo até o setor de destino, junto com o médico assistencial ou o médico anestesista.

Realizar curativos de cateter venoso central (CVC), lesões de pele e por pressão e identificá-los conforme rotina;

Aspirar tubo orotraqueal (TOT) e traqueostomia (TQT) e em casos extremos delegar atividade a um técnico já treinado sob a sua supervisão;

Realizar requisições de materiais quando necessário.(ou delegar a 01 técnico)

DEVERES DO TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional, só devem se ausentar na presença de um substituto para sua função;

Todos os formulários devem ser preenchidos, em todos os seus campos, conforme a necessidade, com informações fidedignas;

Os cuidados de enfermagem devem ser realizados conforme prescrição do enfermeiro e registrados no prontuário do paciente;

É da responsabilidade do técnico os cuidados com material manipulado, a preservação do material e o transporte do mesmo para CME ou local de esterilização, conforme escala do dia feita pela enfermeira, devendo ser seguida rigorosamente nos horários estipulados pelo setor de CME;

Manter armários repostos e com estoque mínimo padronizado para setor;

Manter caixas de medicação dos pacientes dentro dos respectivos BINS;

Embalar e identificar os pertences dos pacientes;

Trocar fixação da SNE no momento do banho (diariamente) e se houver sujidade; colocar nome e data do profissional na fixação;

Realizar higiene horal 03 vezes ao dia em pacientes internados.

Trocar fixação de tubo orotraqueal e traqueostomia no momento do banho e sempre que houver sujidade visível – colocar nome e data do profissional;

Identificar todas as punções venosas realizadas (nome, data e calibre), e assinar;

Realizar fixação de sonda vesical de demora e troca quando necessário: homem na região suprapúbica e mulher na face interna da coxa;

Identificar com rótulo todos os soros e dietas (preencher todas as informações do rótulo);

Mudar decúbito de 2/2h. Manter roupas sujas sempre no saco de Hamper fechado e levar fechado para o expurgo;

Respeitar o Horário de Almoço que deve ser rigorosamente seguido dentro de 1 hora, como preestabelecido na carga horária: dentro de uma hora almoçar e descansar;

Receber e passar plantão beira leito;

Entregar e buscar material no CME conforme horário;

Aspirar VAS; aspirar TOT e TQT sob a supervisão direta do enfermeiro;

Manter o expurgo limpo e organizado conforme escala;

Preparar o corpo pós-morte;

Deixar leito organizado e montados para admissão de novos pacientes;

ADMISSÃO DO PACIENTE

As admissões na Unidade de Emergência a Trauma (UET) são realizadas conforme a Gestão de Leitos pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR. A gestão é realizada nas 24 h do dia, os sete dias da semana. As vagas são solicitadas através do sistema eletrônico MV ao NIR o qual disponibiliza o leito. A Unidade de Emergência e Trauma admitirá pacientes com vagas cedidas para Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva e para o próprio setor. Será feito a troca de dispositivos, como acesso periféricos, sondagens, e curativo de acesso central pela equipe de enfermagem do paciente admitidos na UET. A troca de tubo endotraqueal e o acesso central será definido pela equipe médica. Ao encaminhar os pacientes para o setor onde foi ofertado a vaga pelo NIR, o enfermeiro deverá passar o quadro clínico do paciente via ramal por telefone, para o Enfermeiro que admitira o paciente, e sinalizar antes de transportar para equipe que ira recebê-lo. Os critérios de admissão devem seguir rotina institucional. O paciente com perfil de clínica médica, será encaminhado após a confecção da ficha de transferência, pelo condutor e técnico de enfermagem. E o paciente com perfil de UTI, após a confecção da ficha de transferência e passagem de quadro clínico, será encaminhado com o condutor, enfermeiro e médico, com os equipamentos se necessário bomba de infusão, ventilador de transporte e monitor. Esses equipamentos de transporte devem ser retornados para UET, após o transporte, devendo estes ser higienizados e guardados em local próprio. Somente o NIR tem autonomia para realizar a gestão de leitos da UET em conjunto com o Chefe de plantão, e não trabalhamos com "reserva de leito" feita por outro setor que não seja o NIR. Admissão dos pacientes externos se inicia pela

classificação de risco, após isto o paciente deverá ser direcionado ao leito destinado para o Pronto Socorro. Nos casos em que o paciente for classificado na cor Vermelha, Laranja e Amarelo, o mesmo deve ser transferido imediatamente para o box vermelho, monitorizado e avaliado pelo médico, seguindo o fluxo de atendimento.

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS, INSUMOS E MEDICAMENTOS:

A Solicitação de materiais de farmácia de uso geral será feita pelo enfermeiro, podendo este delegar a um técnico de enfermagem, via sistema. A solicitação de medicamentos se dá através da prescrição médica no sistema MV, apresentando a segunda via da prescrição na farmácia. A prescrição da emergência são entregue uma via a farmácia satélite e a outra fica no prontuário. Os kits da observação, dispensação de medicamentos, ocorre através da entrega da prescrição na farmácia do térreo. A farmácia, por sua vez, confecciona e dispensa o Kit com os medicamentos, por paciente, para atender as próximas 24 horas. No Kit já são incluídos os materiais necessários para administração dos medicamentos prescritos. Os medicamentos de uso coletivo (tais como almotolias com clorexidinas e álcool, Ipratrópio, lidocaína, pomadas para curativo e etc), são solicitados na farmácia do térreo, durante a rotina de requisição ao final de cada plantão. Devendo estes serem identificados corretamente com data de abertura e responsável. Os insumos de papelaria (canetas, papel A4, carbono, impressos dos formulários e etc) e descartáveis, são solicitados ao almoxarifado, via sistema.

MATERIAIS DE CME:

A solicitação e devolução dos materiais do Central de Material de Esterilização é realizada diariamente mediante formulário específico de solicitação e em horários estipulados pelo CME. O levantamento da quantidade de materiais é feito de acordo com o quantitativo de clientes em atendimento, considerando a necessidade assistencial de cada cliente. A entrega do material contaminado na CME, deve ocorrer nos horários preconizados, onde um condutor realiza a retirar e transporta este material para CME.

ENTREGA DE MATERIAIS CONTAMINADOS NO CME:

A entrega de materiais no Centro de Materiais e Esterilização – CME no expurgo é realizado em carro próprio dentro dos padrões exigidos (carro fechado) e registrado em fomulário próprio;

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS ESTÉREIS NO CME:

A retirada do material estéril é feita diretamente no Centro de Materiais e Esterilização – CME e com a apresentação do Formulário de Requisição devidamente preenchido pelo Enfermeiro ou Técnico de enfermagem; O controle de materiais da CME e feito através do check list que contém em cada armário de reposição de materiais da CME, temos também o check list de quantidade mínima de matérias da farmácia apenas para atendimento das emergências. Feita todo início de plantão ou após a cada intercorrência. A entrega de material contaminado no expurgo é feito pela equipe nos horários definidos pela CME: Busca: a retirada do material estéril também é definida conforme rotina da CME;

ALTA

ALTA MELHORADA

A alta do cliente ocorre por meio de prescrição médica. Após a prescrição da alta a equipe enfermagem deve realizar orientações gerais sobre a alta e preparar o cliente para a saída. É importante e obrigatório realizar um registro preciso das condições do cliente durante a alta.

Na alta, deve ser preenchido o comunicado de alta, para autorizar a saída do cliente do HERSO, neste caso, este documento deve ser preenchido em 1 via, sendo ela entrega ao recepcionista na hora da saída.

O cliente deve ser conduzido para recepção, acompanhado do condutor e técnico de enfermagem, nunca andando, sempre na cadeira de rodas ou maca.

ALTA POR TRANSFERÊNCIA INTERNA

A alta da UET também acontece quando o paciente apresenta condições clínicas para ser transferido para o setor de internação/enfermaria, UTI e CC, conforme critérios de alta estabelecidos pela instituição.

A solicitação da vaga é feita ao NIR via sistema MV. Após a confirmação e disponibilização da vaga pelo setor de internação, o serviço social entra em contato com os familiares do paciente para que o acompanhem na saída para a UTI ou para a enfermaria, conforme a rotina estabelecida.

A equipe de enfermagem deve priorizar os banhos dos pacientes de alta e sempre que possível promover banho de aspersão. No momento da alta, deve ser preenchido o formulário de transferência e o comunicado, além disso, enviar todos os exames realizados na unidade e medicações a serem administradas para o setor de destino. O registro da transferência é feito via prescrição médica.

Ademais, quando o paciente estiver estável e for encaminhado para enfermaria, apenas o técnico de enfermagem junto com o condutor, farão o transporte, já quando o paciente for para UTI, o mesmo deverá ser acompanhado por enfermeiro e médico.

TRANSFERÊNCIA PARA UTI.

Todo paciente, deve ser encaminhado para UTI, após confirmação do leito, pelo enfermeiro, e via sistemada. protocolo de entrega de AIH no NIR; não havendo necessidade obrigatória de se encaminhar prescrição, no entanto, caso o paciente esteja prescrito, encaminhar a prescrição junto. Além disso os demais documentos de registro, que tenham sido preenchidos e anexados ao prontuário devem ser encaminhados; O paciente deve ser encaminhado de fralda, com acesso venoso pérvio identificado, devendo estar com acesso venoso central no caso de uso de drogas vasoativas (estimular a equipe médica é passar o cateter venoso central, sempre que necessário), deve ainda ser devidamente identificado com pulseira de identificação; Todos os dispositivos invasivos (exemplo: sonda vesical de demora, sonda nasogástrica, acessos venosos e drenos) devem estar devidamente identificados. Não encaminhar kit de medicamentos ou materiais, devendo os mesmos serem devolvidos a farmácia/caf; Apenas após seis horas de internação que o paciente, ao ser encaminhado para UTI, precisa ser higienizado (banho no leito), bem como, considerando este mesmo período, os curativos devem ser todos realizados. Deve ser retirado todo e qualquer adorno, prótese, ou qualquer outro pertence, devendo o mesmo ser entregue aos familiares, ou protocolado no setor de guarda e pertences. Nos casos de pacientes provenientes de outras unidades de saúde, que foram primeiramente admitidos na emergência, os dispositivos invasivos devem ser trocados, mas sempre considerando a

clínica do paciente. A transferência do paciente, bem como suas condições clínicas, deve ser, prontamente registradas no prontuário, na evolução de enfermagem;

TRANSFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO

Todo paciente, deve ser encaminhado para enfermaria, após confirmação do leito via sistema MV, e pelo enfermeiro, da seguinte maneira: Portando minimamente, em caráter obrigatório, Check List de transferência para enfermaria; protocolo de entrega de AIH no NIR; Evolução da equipe de enfermagem e prescrição médica realizado via sistema MV. Além disso os demais documentos de registro, que tenham sido preenchidos e anexados a prontuário devem ser encaminhados; O paciente deve ser encaminhado com roupa trocada, com acesso venoso pérvio identificado, deve ainda ser devidamente identificado com pulseira de identificação; Todos os dispositivos invasivos (exemplo: SVD, SNE, AVC e drenos) devem estar devidamente identificados. Encaminhar kit de medicamentos se o mesmo já tiver sido montado, ou, caso contrário, deixar a segunda via da prescrição na farmácia, para que seja confeccionado o Kit e comunicar o setor de destino que o kit está sendo montado; Deve ser retirado todo e qualquer adorno, prótese, ou qualquer outro pertence, devendo o mesmo ser entregue aos familiares, ou protocolado no setor de guarda e pertences. No caso de paciente encaminhado para carceragem, estes devem ir o quanto antes, inclusive, mesmo com pendências, devendo estas serem resolvidas o mais rápido possível. A transferência do paciente, bem como suas condições clínicas, devem ser, prontamente registradas no prontuário, na evolução de enfermagem;

ALTA POR ÓBITO

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo médico. A equipe técnica em enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. O Enfermeiro imprime do sistema MV o formulário para encaminhamento ao IML / SVO, deve solicitar ao Serviço Social a declaração de óbito, em seguida deve entregar para o médico para preencher o atestado de óbito. O Enfermeiro registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro e imprime, via sistema, a identificação cadavérica, considerando que: Óbito com causa conhecida deve ser preenchido a Declaração de óbito; Óbito com causa desconhecida deve ser preenchido a ficha de encaminhamento para o Serviço de

Verificação de óbitos (SVO); Óbito resultado de violência deve ser preenchido a ficha de encaminhamento ao Instituto Médico Legal (IML);

TRANSFERÊNCIA PARA CENTRO CIRÚRGICO

Todo paciente, deve ser encaminhado para centro cirúrgico, após confirmação do leito via sistema MV, e pelo enfermeiro, da seguinte maneira: Portando minimamente, em caráter obrigatório, Check List de transferência de cirurgia segura; protocolo de entrega de AIH no NIR; Evolução da equipe de enfermagem. Além disso os demais documentos de registro, que tenham sido preenchidos e anexados ao prontuário devem ser encaminhados; O paciente deve ser encaminhado com roupa trocada, com acesso venoso pérvio identificado, deve ainda ser devidamente identificado com pulseira de identificação; Todos os dispositivos invasivos (exemplo: SVD, SNE, AVC e drenos) devem estar devidamente identificados, Deve ser retirado todo e qualquer adorno, prótese, ou qualquer outro pertence, devendo o mesmo ser entregue aos familiares, ou protocolado no setor de guarda e pertences. A transferência do paciente, bem como suas condições clínicas, devem ser, prontamente registradas no prontuário, na evolução de enfermagem.

ALTA PEDIDO

Nos casos em que o paciente solicitar alta, deve-se considerar, o nível de consciência e a avaliação auto e psíquica, a fim de constatar confusão mental. Estando o paciente confuso, não há possibilidade de alta a pedido. Diferenciar os casos de embriagues; Deve primeiro entender os motivos da solicitação da alta e, caso seja viável, resolver qualquer situação motivadora; A equipe médica deve estar ciente do pedido de alta; Consentindo na alta a pedido, deve-se preencher documento próprio, com paciente assinando, bem como um representando (familiar), inserindo número de documentos pessoais;

EVASÃO

Ao se perceber a evasão de pacientes, deve-se registrar imediatamento no prontuário e se dirigir ao posto policial para abertura de Boletim de Ocorrências; Comunicar o Serviço Social para que comuniquem a família;

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES E ACOMPANHAMENTOS AMBULATORIAIS

Nos casos em que houver necessidade de avaliação, dos pacientes internados, de outras especialidades. Após a alta, caso o médico identifique necessidade de acompanhamento via ambulatorial, nas especialidades que ofertamos, o médico deverá preencher o pedido e o paciente ou acompanhante, deve se dirigir a recepção levando o pedido para que seja realizado o agendamento da referida consulta.

REALIZAÇÃO DE EXAMES

EXAMES POR IMAGEM

A solicitação é feita via formulário (prescrição) no sistema MV. Após impresso, O pedido deve ser classificado, pelo enfermeiro, uma etiqueta de classificação (Vermelho para emergência, Amarelo para urgência e Verde para não urgência e emergência), priorizando o exame a ser realizado. O Raio-X é realizado no setor de radiologia. Para a realização do mesmo o paciente é transportado pela equipe de enfermagem e um maqueiro. Exceto em pacientes intubados, quando for raio-X de tórax, o mesmo é feito no leito, neste caso, basta acionar, via ramal, a equipe da radiologia.

Na necessidade de realizar tomografia, o exame também deve ser classificado conforme acima descrito. Caso o paciente esteja intubado, o plantonista, do pronto socorro, deve acompanhar o paciente durante a realização do exame, junto com o enfermeiro.

A realização de exames complementares, como endoscopia, colonoscopia, broncoscopia e ecocardiograma; Apos o preenchimento da APAC e a prescrição constar o pedido de exame liga na sala de endoscopia agenda o exame conforme orientação médica. Devendo o pedido ser encaminhado para sala de exame para agendamento, da mesma forma com o ecocardiograma, Concretizado o exame, o mesmo será encaminhado para o setor de laudos onde o médico responsável pelo serviço elaborará o exame e o enviará para a sala de digitação, para que como o próprio nome sugere seja digitado, o resultado será disponibilizado em até 02 horas.

EXAMES LABORATORIAIS

A solicitação dos exames é feita via solicitação de exames (prescrição médica), devendo o pedido, ser classificado conforme descrito no item anterior. A coleta de amostra para exames laboratoriais é feita no leito, sendo coletadas pelo técnico do laboratório conforme rotina institucional. Nos casos de gasometria, o enfermeiro do setor, pode realizar a coleta.

EXAMES EXTERNOS

O agendamento de exames externos é solicitado pelo NIR, devendo ser feita a solicitação APAC pelo médico plantonista e entregue ao NIR que faz o agendamento do exame solicitado. Após a confirmação do agendamento do exame, se o paciente não tem acompanhante, o serviço social entra em contato com a família ou responsável pelo paciente para informar sobre o agendamento do exame e solicita a presença do mesmo para acompanhar o transporte do paciente. O transporte do paciente é agendado pelo enfermeiro assistencial, junto a coordenação de transporte.

LIMPEZAS E DESINFECÇÃO

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização exclusiva para atender setor. O Pronto socorro é classificado como área crítica devendo a limpeza terminal ocorrer com periodicidade mínima de sete dias, as enfermarias de observação são classificadas como áreas semicríticas, devendo a desinfecção terminal ser realizada com intervalos não superiores a 15 (quinze) dias. No caso da limpeza concorrente, nas áreas críticas, deve ser realizada três vezes por período de 24 horas, e nas áreas semicríticas, esta deve ser realizada duas vezes a cada 24 horas.

No que se refere a enfermaria com leitos ocupados, a higienização do leito e dos equipamentos médico-hospitalares deve ser feita pelo técnico de enfermagem, seguindo a periodicidade de duas vezes ao dia.

Todos os equipamentos do setor devem, necessariamente, ser armazenados, na sala de equipamentos, após sua higienização adequada, que também deve ser feita pela equipe de enfermagem. Após a higienização deve-se fixar uma etiqueta identificando a ação. Após 15 (quinze) dias de armazenamento, sem uso, mesmo higienizado, o equipamento deve ser limpo novamente antes do uso com clientes.

CONTROLE DA CHECAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA.

Visando proporcionar maior facilidade, no trabalho, checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados após abertura do mesmo (pelo enfermeiro). O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre numerado disponibilizados pela farmácia satélite. No check list de controle diária Poderá visualizar os materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença da tábua de massagem, presença do lacre e presença de 01 fio guia, 01 ambu.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês e após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e pela farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição.

CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

Os psicotrópicos devem ser dispensados aos pacientes apenas mediante prescrição médica e ficha de controle especial, direto pela farmácia satélite, devendo seu preparo e administração serem supervisionados pelo enfermeiro.

O controle dos psicotrópicos dispensados aos pacientes internados nas enfermarias é realizado e registrado pelo enfermeiro assistencial, onde o medicamento é entregue na pela farmácia satélite da unidade e toda dispensação é feita via Prescrição Médica e Receituário do Psicotrópico, carimbado e assinado pelo médico plantonista. Após o recebimento o medicamento é acondicionado em local adequado e mantido trancado até o momento da administração.

CONTROLE E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. E realizada a conferência diária, e sempre que observada algum problema abre chamado para engenharia clínica, anotado o número do chamado no livro de protocolo. Sempre que for preciso movimentar algum equipamento para outro setor ou para manutenção, a movimentação deve ser registrada em livro de protocolo.

Sempre que algum equipamento apresentar defeitos ou mal funcionamento, imediatamente, devemos acionar a engenharia clínica para reparo via chamado em intranet.

ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFA

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem e validada pela gerência assistencial, conforme jornada de trabalho do colaborador. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente pelo enfermeiro e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro do plantão faz a readequação.

O colaborador deve realizar suas refeições (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) apenas no refeitório.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 para os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo, incluindo a pausa para as refeições.

TROCAS

Os colaboradores podem solicitar até 02 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao coordenador do setor para validação / aprovação e assinatura de ambos, devendo ocorrer com no mínimo 48 horas antes da data da troca. As trocas não podem acontecer em plantões consecutivos

ATESTADOS

Os Atestados Médicos deverão ser entregues, ao SESMT, respeitando a normativa do SESMT devendo conter: assinatura do profissional, carimbo e assinatura do médico.

Os Atestados de comparecimento e acompanhante, serão aceitos somente para justificativa da ausência do colaborador no plantão, portanto o mesmo não abonará sua falta, mas apenas justificará a falta evitando aplicação de medida disciplinar.

Referente as ausências, por conta do falecimento de entes queridos, somente serão aceitos documentos de justificativas (atestados de óbito) quando o óbito for de parentes de 1°Grau(Pais, filhos e Cônjuges).

Os atestados deverão ser entregues com no máximo dois dias após seu início.

PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e as 19:00 após as trocas de equipe. E por passômetro pela equipe de enfermagem. Deve ser realizada no interior do setor, passando leito por leito, onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passam a história do paciente, intercorrências e pendências.

No box deverá ocorrer a beira leito. Na classificação de Risco, ocorre no próprio setor, devendo ser passadas as intercorrências e pendências. Nos leitos de observação (retaguarda, também deve ocorrer beira leito, paciente por paciente).

REALIZAÇÃO DE CUIDADOS E PROCEDIMENTOS

A realização de cuidados e procedimentos são feitas tendo como referência os protocolos institucionais (POPs).

REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Diariamente o Enfermeiro e técnico em enfermagem fazem o registro no sistema MV. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve no setor.

Diariamente é realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE pelo enfermeiro assistencial do período diurno e noturno, onde são registrados todos os dados referentes ao histórico do paciente, exame físico, diagnostico de enfermagem e prescrição de enfermagem, para os pacientes que permanecer por mais de 24 hs.

Diariamente o técnico em enfermagem faz o registro da anotação de enfermagem e de sinais vitais conforme a escala de MEWS.

LIVRO ATA

O relatório de enfermagem, registrado no livro ata, deve conter as informações mínimas sobre o plantão, intercorrências e pendências.

Ex.:

Goiânia, 10 de dezembro de 2019

Enfermeiros: Uriel e Maria

Técnicos:

Joana (box vermelho)

Maria (estabilização)

Cassia(corredor)

Jane (gesso)

João (transporte)

Pendencias:

Intercorrências:

Assinatura e carimbo dos enfermeiros.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação ocorre seguindo o sistema de manchester. Os pacientes são encaminhados de outras Unidades, via regulação, para exames e avaliações.

Em caráter excepcional, recebemos pacientes por demanda espontânea, neste caso, deve-se avaliar a gravidade do caso, e observa o perfil prioritariamente de trauma que temos e direcionar os pacientes não graves para as UPAS e CAIS.

REVESAMENTOS

Os revezamentos de refeição e descanso deverão ocorrer da seguinte maneira: Como temos 02 enfermeiros no Pronto socorros, estes revezam entre si. Os enfermeiros da Classificação, devem revezar com o enfermeiro da Observação; Há casos de haverem dois enfermeiros na Classificação de Risco e na Obervação, nesta situação, estes deverão revezar os horários entre si. O posto de trabalho não deve ficar sem a presença do enfermeiro.

SALA DE GESSO

A sala de procedimentos de imobilização (gesso) é de responsabilidade da UET. A sala de gesso deverá ser supervisionada pelo enfermeiro da Observação; O paciente não deve ser mantido no corredor do gesso, este deve ser internado nos leitos de retaguarda, conforme conduta médica;

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A notícia do óbito é dada exclusivamente pelo médico para a família, pessoalmente; Todo e qualquer evento adverso, com ou sem Dano, inclusive o Near Miss (quase erro) devem ser notificados imediatamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente); Toda doença de notificação compulsória, seja nos casos de suspeita ou diagnóstico confirmado, a depender da patologia, conforme orientação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da prefeitura, deve ser preenchida, completamente e sem rasuras, a ficha de notificação compulsória, pelo enfermeiro e encaminhada ao SCIRAS, mantendo uma cópia no prontuário do cliente. As medidas disciplinares são de gestão do Recursos Humanos, podendo o Enfermeiro, em situações simples de não cumprimento de normas e ordens diretas fazer uso de advertência verbal, devendo esta, ser registrada no livro de relatório e comunicada a coordenação. Nos casos mais complexos, deve-se comunicar o coordenador do setor, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

7. ANEXOS

	LISTA DE MATERIAIS NO PRONTO SOCORRO		
	ÍTEM	QNTD.	CÓD.
1	Equipo macrogotas	40	10272
2	Equipo de bomba	10	102801
3	Jelco Nº 14	10	46653
4	Jelco Nº 16	20	46654
5	Jelco Nº 18	20	46655
6	Jelco Nº 20	20	46656
7	Jelco Nº 22	10	46657
8	Jelco Nº 24	10	46658
9	Seringa 60 ml	1	13387
10	Seringa 20 ml	30	9110

10	Seringa 20 ml	30	9110
11	Seringa 10 ml	30	918
12	Seringa 5 ml	10	91180
13	Seringa 1 ml	5	46667
14	Sonda de aspiração 12	20	30025
15	Sonda foley 16	10	9208
16	Coletor Sistema fechado	10	5456
17	Coletor Sistema aberto	50	10155
18	Soro fisiológico 0.9% 100ml	15	23650
19	Soro fisiológico 0.9% 250ml	40	23651
20	Soro fisiológico 0.9% 500ml	40	23652
21	Soro fisiológico 0.9% 1000ml	20	23653
22	Soro Ringer simples 500ml	20	23689
23	Soro Ringer com Lactato 500ml	10	23660
24	Soro glicosado 5% 500	5	23650
25	Tubo orotraqueal 6	2	9603
26	Tubo orotraqueal 6,5	2	9608
27	Tubo orotraqueal 7	5	9732
28	Tubo orotraqueal 7,5	5	9733
29	Tubo orotraqueal 8	5	9734
30	Tubo orotraqueal 8,5	5	9682
31	Luva estéril 6,5	4	47384
32	Luva estéril 7	10	47385
33	Luva estéril 7,5	10	47386
34	Luva estéril 8	4	47387
35	Luva estéril 8,5	4	47388
36	Gaze	30	43434
37	Compressa	30	8629
38	Eletrodo	200	10248
39	Luva de procedimento P	3	48222
40	Luva de procedimento M	3	48223
41	Luva de procedimento G	3	48224
42	Máscara cirúrgica	1	10593
43	Touca	1	10787
44	Fixador de tubo	10	46710
45	Cateter tipo óculos	20	25164
46	Fralda G	1	46713
47	Fralda GG	1	46715
48	Atadura 10cm	10	47566
49	Atadura 20cm	10	47567
50	Transdutor	3	88309

51	Acesso Central mono lumen	3	10098
52	Acesso Central duplo lumen	3	10099
53	Clorexidina Degermante	2	35916
54	Clorexidina Alcoólica	2	8681
55	Clorexidina Aquosa	2	39516
56	Alcool 70%	1	990069
57	Desinfetante de superfícies	1	39180
58	Agulha 40x12	50	8657
59	Agulha 25x7	50	8655
60	Polifix	20	5458
61	Esparadrapo	4	8605
62	Micropoore	2	10290
63	Enxaguante bucal	1	44945
64	Espátula	20	9667
65	Lidocaína gel	2	51775
66	Lidocaína com vasoconstritor	2	51779
67	Lidocaína sem vasoconstrito	2	51773
68	Água para injeção 500ml	3	51503
69	Tira teste (embalagem com 50)	1	29939
70	Barbeador	2	8611
71	Dreno Torácico N. 16	2	10140
72	Dreno Torácico N. 32	2	25208
73	Ácido Graxos Essenciais: Frasco 100 ML	3	45102
74	Coxim 10/15 CM	20	9787
75	Coxim10/30 CM	20	6279
76	Filtro Barreira	3	88937
77	Fio Nylon N. 0.0	5	10394
78	Fio Nylon N. 2.0	5	10388
79	Fio Nylon N. 3.0	5	10379
80	Fio Nylon N. 4.0	5	10391
81	Fio Nylon N. 5.0	5	10392
82	Fio Nylon N. 6.0	5	10390
83	Fixador de TQT	5	990712
84	Gel para ECG Com 100 ML	3	13421
85	Envoluto para Óbito	1	8678
86	KIT de PAI	2	88309
87	Lamina Bisturi N. 11	5	10527
88	Lamina Bisturi N. 23	5	10530
89	Lancetas Descartáveis	15	29969
90	SNE N. 12	3	8727
91	SNG N. 16	3	12463
92	Fita Teste com 50	2	29939
93	Torneira 03 Vias	5	8758
94	Agulha 13/4	10	8654

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev

de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês E et al. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

1.4.1 PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1.4.1.1 Normas e Rotinas da Unidade de Paciente Crítico (UPC)

INTRODUÇÃO

O Setor do Pronto Atendimento encontra-se funcionando na ala esquerda e direita do HOSPITAL, onde se localiza o Acolhimento, os consultórios e o setor de medicações. Esse Setor funciona efetivamente por tempo Integral 7 dias por semana, de Segunda a Segun 24 HORAS.

A estrutura física do setor é baseada nas resoluções RDC 50/2002, RDC 07/2010 e RDC 307/2002, da ANVISA

Os ambientes dispõem ainda de sistema de gases medicinais encanados, sendo eles: oxigênio, vácuo clínico, ar comprimido, ar-condicionado central e trocas de ar, sistema de telefonia e internet.

ROTINAS DO PRONTO ATENDIMENTO

1) RECEBER O PLANTÃO E CONFERIR O CADERNO DE INTERCORRÊNCIA JUNTO A ENFERMEIRA DO PLANTÃO ANTERIOR PARA O CHECK LIST DE EQUIPAMENTOS DEIXADOS, ASSINADO E CARIMBADO.

2) ABRIR O CADERNO DE INTERCORRÊNCIAS .
3) Ao CHEGAR RECEBER O PLANTÃO, VERIFICANDO SE TEM PACIENTE EM SALA DE SUTURA.
4) VERIFICAR INSUMOS E FAZER SOLICITAÇÃO NO SISTEMA MV COM O SEU USUÁRIO E SENHA.
5) ACOMODAR O PACIENTE NA POLTRONA ASSIM QUE ELE CHEGAR AO PRONTO ATENDIMENTO
6) PARAMENTAR COM OS EPIs E LAVAR AS MÃOS ANTES DE PRESTAR ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.
7) PREPARAR AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS PELOS MÉDICOS.
8) IDENTIFICAR SOROS, EQUIPOS, FRASCOS E PUNÇÃO.
9) REALIZAR O RELATÓRIO DE ENFERMAGEM PELO SISTEMA MV E COLOCAR O ESTADO DO PACIENTE , SE ESTÁ ACOMPANHADO E SUAS QUEIXAS.
10) APÓS O TÉRMINO DA MEDICAÇÃO, ORIENTAR O PACIENTE PARA RETORNAR EM CONSULTÓRIO PARA A REAVALIAÇÃO MÉDICA
11) O PACIENTE RECEBENDO ALTA MÉDICA, RECOLHER A ALTA MÉDICA DO PACIENTE E RETIRAR A PUNÇÃO, RETIRAR PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E PULSEIRA DA TRIAGEM E RELATAR NO SISTEMA MV A ALTA DO PACIENTE.
12) SEMPRE QUE CHEGAR PACIENTE EM SALA DE SUTURA , VERIFICAR SE É NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO E PREPARAR MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA
13) CASO O PACIENTE NECESSITAR DE SER INTERNADO A EQUIPE DE ENFERMAGEM DEVERÁ CHECAR MEDICAÇÕES, REALIZAR O RELATÓRIO DO PACIENTE E SALVAR ASSINAR E IMPRIMIR.
14) O MÉDICO TEM QUE DAR ALTA DO PRONTO ATENDIMENTO E SOLICITAR INTERNAÇÃO JUNTO AO NIR.
15) ANTES DE ENCAMINHAR O PACIENTE A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ ESTAR PRONTA: AIH, PRESCRIÇÃO MÉDICA, EVOLUÇÃO MÉDICA.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

DEVERES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;

- Atender a equipe Médica e de Enfermagem no desempenho de suas atividades;

- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, monitorar para que o setor esteja sempre abastecido de todos os insumos necessários para o seu funcionamento;
- Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- Realizar a gestão do setor com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;
- Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;
- Confecção de escala mensal do setor;
- Realizar reuniões periódicas para tratar de assuntos pertinentes ao funcionamento do setor;

DEVERES DO ENFERMEIRO PLANTONISTA

- Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito de cada paciente, descrevendo inclusive características e viabilidades dos acessos, e quadro clínico de melhora ou piora no período do plantão;
- Após a passagem de plantão a enfermeiro (a) responsável pelo período deverá percorrer leito a leito conferindo drogas em infusão, procedimentos de horário e acesso venoso ou central avaliando inclusive se estão perveis;
- Durante os primeiros procedimentos de plantão a enfermeira deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;
- A avaliação da necessidade de aspiração e a execução desta atividade bem como a parametrização do modo ventilatório do paciente é de competência compartilhada entre o enfermeiro, o fisioterapeuta e médico de plantão;
- Os curativos de alta complexidade devem ser realizados pela enfermeira de plantão conforme seu julgamento clínico, e deve ocorrer preferencialmente após o banho.
- A passagem de sondas gástricas bem como a sua retirada é da competência da enfermeira de plantão, devendo a mesma realizar identificação com responsável e data do procedimento;
- Da competência da enfermeira avaliar a administração de dietas enterais e parenterais, orientando quanto ao posicionamento do paciente no leito;
- A nutrição parenteral deve ser instalada pela enfermeira de plantão com técnica estéril conforme prescrição médica e da nutrição;
- A retirada de acesso venoso central deverá ser realizada pela enfermeira do plantão conforme programação de tratamento da equipe médica para o paciente,

- A assistência de enfermagem deve ser baseada na aplicação da SAE, e os formulários devem ser preenchidos adequadamente em todos os plantões, com validade de 24 horas. A anotação de todas as intercorrências relacionadas ao paciente, devem ser descritas na ficha de evolução de enfermagem;
- Realizar o aprazamento das medicações prescritas, conferir o preenchimento e cálculo do balanço hídrico;
- Durante situações de urgência e emergência a enfermeira deve executar as manobras adequadas, orientando a equipe de enfermagem, a fim de garantir a fluidez das ações propostas pela equipe médica;
- Executar os procedimentos assistenciais priorizando-os antes do preenchimento de qualquer formulário, só então segue-se com o registro das ações de enfermagem;
- A enfermeira deve, mensalmente, realizar orientações com sua equipe, sobre situações de fragilidades observadas no decorrer deste período, realizando registo com lista de presença;
- Todas as admissões devem ser acompanhadas pelo enfermeiro;
- Manter o diálogo constante, com a equipe de enfermagem e multiprofissional a fim de garantir a segurança das informações relacionadas ao paciente;
- Manter e preservar o sigilo das informações sobre o paciente e seu tratamento;
- A organização da unidade: livro ata de passagem de plantão, comunicação interna, relatório de alta e admissão, entre outros devem ser de conhecimento de todos e de fácil acesso;
- Ao enfermeiro dentro da Clínica Pediátrica cabe-lhe o papel de planejar, orientar e aplicar uma assistência humanizada de qualidade onde preservando sempre a segurança do paciente e de sua equipe;
- Realizar curativos dos pacientes pares e ímpares sempre que houver sujidade;
- Pacientes de alta encaminhar para Clínica Médica com banho e curativos realizados e dispositivos com correta identificação;
- Realizar curativos de CVC, lesões de pele e por pressão;
- Aspirar TOT e TQT e em casos extremos delegar atividade a um técnico já treinado sob a sua supervisão;
- Realizar fechamento do Balanço Hídrico a cada 6 horas e balanço final das 24 horas (FOR.250.GE BALANÇO HIDRÍCO);
- Realizar procedimentos inerentes ao enfermeiro: sondagem nasoentérica, sondagem vesical de demora, coleta de gasometria quando necessário; coleta de diurese estéril em SVD, coleta de sangue em CVC com registro de todos os procedimentos em prontuário (FOR.SAME.006.INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM E FOR.SAME.026.SAE.EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM);
- Conferir diariamente quanto ao check-list da unidade o número de bombas de infusão e outros equipamentos e materiais de uso permanente na Unidade; FOR.121.GE CHECK LIST DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DE EQUIPAMENTOS E ABERTURA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA;
- Zelar pela organização da unidade: posto de Enfermagem, leitos, armários, bancada e expurgo, e sala de equipamentos;

- Realizar registro em caderno de enfermagem conforme modelo preestabelecido em reunião e demais registros apenas em prontuário.
- Organizar prontuários durante a internação do paciente e após sua alta;
- Auxiliar o Enfermeiro plantonista na elaboração na execução da SAE diária e em procedimentos assistenciais quando necessário;
- Solicitar ao setor responsável a coleta de exames laboratoriais e Raio X;
- Preencher diariamente CheckList diário de Gerenciamento Assistencial;
- Conferência dos carrinhos de emergência quanto a validades e reposição correta realizada pelos enfermeiros do setor; e conferência e reposição quando houver rompimento do lacre;
- Solicitar ambulância junto ao NIR para procedimentos, transferências, e altas quando necessário;
- Observar materiais e equipamentos com defeito devendo identificá-los (quanto ao defeito, a pessoa que identificou e a data), retirá-lo da unidade e relatar no livro da enfermagem e realizar abertura de chamado para manutenção corretiva, se for o caso;
- Auditoria interna de prontuários (SAE, Balanços, Prescrições e Evoluções de Enfermagem).

DEVERES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional da Clínica Pediátrica, só devem se ausentar na presença de um substituto para sua função;

- Para os pacientes admitidos na pediatria, os dados antropométricos (Altura, perímetro cefálico e peso) deve ser coletados em todas as admissões;
- O Técnico de Enfermagem auxilia o acompanhante durante o banho sempre que necessário;
- Todos os formulários devem ser preenchidos, em todos os seus campos, conforme a necessidade, com informações fidedignas;
- Os cuidados de enfermagem devem ser realizados conforme prescrição do enfermeiro;
- É da responsabilidade do técnico os cuidados com material manipulado, a preservação do material e o transporte do mesmo para CME ou local de esterilização, conforme escala do dia feita pela enfermeira, devendo ser seguida rigorosamente nos horários estipulados pelo setor de CME;
- No momento da visita é solicitada uma discrição importante da equipe sobre comentários gerais, inoportunos, a fim de não gerar discórdia entre a equipe e a família;

Manter armários repostos e com estoque mínimo;

- Manter caixas de medicação dos pacientes dentro dos respectivos BINS;
- Manter caixas de pertences dos pacientes dentro dos armários, devendo estar devidamente identificadas com nº do leito e nome do paciente;
- Realizar banho diariamente nos pacientes pares (período diurno) e ímpares (período noturno) e TODOS os pacientes de alta deve ser realizado banho antes da saída da unidade;

- Trocar fixação da SNE no momento do banho (diariamente) e se houver sujidade; colocar nome e data do profissional na fixação;
- Identificar todas as punções venosas realizadas (nome, data e calibre);
- Realizar fixação de SVD e troca quando necessário: homem na região supra-púbica e mulher na face interna da coxa;
- Identificar com rótulo todos os soros e dietas (preencher todas as informações do rótulo);
- Mudar decúbito de 2/2h. Manter roupas sujas sempre no saco de Hamper fechado e levar fechado para o expurgo;
- Horário de Almoço deve ser rigorosamente seguido dentro de 1 hora, como pré-estabelecido na carga horária: dentro de uma hora almoçar e descansar;
- Receber e passar plantão no leito;
- Realizar cuidado integral: higiene, banho, medicação e BH;
- Ofertar dieta conforme entregue no setor;
- Entregar e buscar CME conforme horário;
- Manter o expurgo limpo e organizado conforme escala;
- Preparo do corpo pós-morte.

DEVERES DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Realizar levantamento de quantidade de leitos ocupados, bloqueados e livres toda manhã para encaminhar e-mail ao NIR;

Providenciar cópia de formulários utilizados no setor;

- Repor material do almoxarifado;
- Assistir a assinatura de pontos dos funcionários do setor;
- Encaminhar prontuários ao SAME após conferir com o *check list;*
- Atender ao telefone do posto de enfermagem;
- Realizar recebimento das informações diversas do setor via telefone ou memorandos;
- Preparar documentos solicitados para composição de respostas diversas;
- Imprimir lista de presença e qualquer outro documento ou formulário solicitado;
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do superior imediato.
- Comunicar atendimento de outros serviços como: Serviço Social, Psicologia, etc, quando solicitado pelo Enfermeiro diarista ou plantonista.

A ADMISSÃO DO PACIENTE

As admissões nas UPC são realizadas conforme a Gestão de Leitos pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR. A gestão é realizada nas 24h do dia, nos sete dias da semana. As vagas são solicitadas ao NIR o qual disponibiliza o leito na UPC do perfil solicitado.

A UPC admitirá pacientes com vagas cedidas para CM, UTI e para o próprio setor quando os setores citados não tiverem vaga a ofertar.

Será feito a troca de dispositivos, como acesso periféricos, sondagens, e curativo de acesso central pela equipe de enfermagem e coleta de swab quando o paciente perfil de clínica médica tiver mais de 72 hs em outra unidade, e o paciente perfil de UTI tiver mais de 24hs nas estabilizações das UPAS e outras unidades pactuadas, deverá ser feito banho de clorexidina para todos os pacientes admitidos com perfil de UTI. A troca de tubo endotraqueal e o acesso central será definido pela equipe médica.

Ao encaminhar os pacientes para o setor onde foi ofertado a vaga pelo NIR, o enfermeiro deverá passar o quadro clínico do paciente para de enfermagem e sinalizar a subida. Os critérios de admissão devem seguir a rotina institucional.

O paciente com perfil de clínica médica, será encaminhado após a confecção da ficha de transferência, pelo condutor e técnico de enfermagem. E o paciente com perfil de UTI, após a confecção da ficha de transferência e passagem de quadro clínico, deve ser encaminhado para a sala de RX, para realização do Rx de admissão da UTI, será encaminhado com o condutor, enfermeiro e médico, com os equipamentos se necessário bomba de infusão, ventilador de transporte e monitor.

Esses equipamentos de transporte devem ser retornados para UPC, após o transporte, devendo estes ser higienizados após transporte.

Receberemos pacientes instáveis da clínica médica, apenas se não houver vaga de UTI e que estiverem dentro do perfil da UPC, essa vaga deve ser cedida pelo NIR.

Somente o NIR tem autonomia para realizar a gestão de leitos da UPC, logo receberemos qualquer paciente que for encaminhado à nossa unidade. Não trabalhamos com "reserva de leito" feita por outro setor que não seja o NIR.

A admissão dos pacientes se inicia pela classificação de risco, após isto o paciente deverá ser direcionado ao leito destinado pelo NIR que foi informado à regulação. Nos casos em que o paciente for classificado na cor Vermelha, Laranja e Amarelo, o mesmo será transferido imediatamente para o leito, monitorizado e avaliado pelo médico.

SOLICITAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS

A solicitação de insumos é realizada diariamente conforme necessidade e demanda do setor por um técnico em enfermagem no **FOR..150.CF REQUISIÇÃO DE PRODUTOS HOSPITALARES**, que gera uma ordem de serviço de forma individualizada. A ordem de serviço é atendida pela farmácia satélite localizada nas unidades de UTI. A solicitação de medicamentos se dá através da prescrição médica, apresentando a segunda via da prescrição e, em situações emergenciais, a solicitação é feita de forma verbal ao técnico em farmácia e logo em seguida formalizada através da prescrição médica, sendo estas solicitações, funções do técnico de enfermagem da UTI.

A dispensação de medicamentos ocorre através da entrega da prescrição na farmácia satélite. A farmácia satélite, por sua vez, confecciona e dispensa o Kit com os medicamentos, por paciente, para atender nas próximas 24 horas. No Kit já são incluídos os materiais necessários para administração dos medicamentos prescritos.

Os medicamentos de uso coletivo (tais como almotolias com clorexidine e álcool, Ipratrópio, lidocaína, pomadas para curativo e etc), são solicitados na farmácia satélite mediante a apresentação e devolução dos frascos vazio, durante a rotina de requisição ao final de cada plantão. Devendo estes serem identificados corretamente com data de abertura e responsável.

Os insumos de papelaria (canetas, papel A4, carbono, impressos dos formulários e etc) e descartáveis, são solicitados ao almoxarifado, duas vezes na semana, às segundas e quintas-feiras, pelo assistente administrativo, através do preenchimento de formulário de requisição.

MATERIAIS DE CME

A solicitação e devolução dos materiais da Central de Material de Esterilização é realizada diariamente mediante formulário de solicitação e em horários estipulados pelo CME.

O levantamento da quantidade de materiais é feito de acordo com o quantitativo de pacientes internados na Clínica Pediátrica, considerando a necessidade assistencial de cada paciente.

A entrega do material contaminado na CME, deve ocorrer nos horários preconizados, pela equipe que o gerou, devendo o enfermeiro determinar qual profissional executará a ação. Para isto, todos os EPIs devem ser utilizados corretamente.

Entrega de Materiais Contaminados na CME: a entrega de materiais no Centro de Materiais e Esterilização – CME no expurgo é realizado em carro próprio dentro dos padrões exigidos (carro fechado) e registrado através do **FOR.193 CONTROLE DE MATERIAIS ENVIADOS A CME.**

Requisição de materiais estéreis na CME: a retirada do material estéril é feita diretamente no Centro de Materiais e Esterilização – CME e com a apresentação do Formulário de Requisição devidamente preenchido pelo Técnico no **FOR.193 CONTROLE DE MATERIAIS ENVIADOS A CME.**

O controle de materiais da CME é feito através do check list que contém em cada armário de reposição de materiais da CME, temos também o check list de quantidade mínima de matérias da farmácia apenas para atendimento em uma emergência. Feita todo início de plantão ou após a cada intercorrência.

A entrega de material no expurgo é feito pela equipe nos horários definidos pela CME:

09:00 às 11:00 hs

14:00 às 15:30 hs

22:00 às 00:00 hs

Busca: a retirada do material estéril fica definido para

07:00 às 08:40 hs

16:00 às 17:00 hs

- **19:00 às 20:30 hs**

ELABORAÇÃO DO MAPA DE LEITO

O mapa de leito deve ser preenchido diariamente pela enfermeira, contendo a localização de cada paciente, bem como os leitos vagos, além da informação de quantas camas e berços estão disponíveis ou ocupados;

ALTA MELHORADO

A alta do paciente ocorre por meio de prescrição médica. Após a prescrição da alta a equipe enfermagem deve realizar orientações gerais sobre a alta e preparar o paciente para a saída. É importante realizar um registro preciso das condições do paciente durante a alta.

Na alta, deve ser preenchido o comunicado de alta, para autorizar a saída do paciente da Unidade, neste caso, este documento deve ser preenchido em 4 vias, sendo uma destinada ao NIR para liberação do leito, uma para Nutrição, uma para a Farmácia e uma fica com o paciente e esta, ele entrega ao recepcionista na hora da saída.

O paciente deve ser conduzido para recepção, acompanhado do condutor e técnico de enfermagem, nunca andando, sempre na cadeira de rodas ou maca.

TRANSFERÊNCIA

A alta da Unidade de Pacientes Críticos acontece quando o paciente apresenta condições clínicas para ser transferido para o setor de internação/enfermaria e UTI, conforme critérios de alta estabelecidos pela instituição.

A solicitação da vaga é feita ao NIR. Após a confirmação e disponibilização da vaga pelo setor de internação, o serviço social entra em contato com os familiares do paciente para que o acompanhem na saída para a UTI ou para a enfermaria, conforme a rotina estabelecida.

A equipe de enfermagem deve priorizar os banhos dos pacientes de alta e sempre que possível promover banho de aspersão. No momento da alta, deve ser preenchido o formulário de transferência e o comunicado, além disso, enviar todos os exames realizados na unidade e medicações a serem administradas para o setor de destino. O registro da transferência é feito via prescrição médica.

Ademais, quando o paciente estiver estável e for encaminhado para enfermaria, apenas o técnico de enfermagem junto com o condutor, farão o transporte, já quando o paciente for para UTI, o mesmo deverá ser acompanhado por enfermeiro e médico.

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Nos casos em que houver necessidade de avaliação, dos pacientes internados, de outras especialidades, que não clínicos gerais, o médico deve preencher a solicitação e a equipe de enfermagem encaminha o pedido ao NIR, que ora solicitar a consulta.

Após a alta, caso o médico identifique necessidade de acompanhamento via ambulatorial, nas especialidades que ofertamos, o médico deverá preencher o pedido e algum membro da equipe de enfermagem ou assistente administrativo, deverá levar o pedido ao ambulatório para que seja realizado o agendamento da referida consulta.

REALIZAÇÃO DE EXAMES

Há alguns exames que ainda não são realizados na Unidade, nestes casos devem ser solicitados ao NIR para que sejam realizados em outra instituição, devendo sempre, quando transferido, o paciente ser acompanhado por um profissional de enfermagem da Unidade. Nos casos dos exames que são realizados no hospital, o laboratório é quem realiza a coleta das amostras, sendo assim, no momento que o exame for solicitado, o laboratório deve ser acionado para realizar o exame.

.

EXAMES POR IMAGEM

A solicitação é feita via FOR.SAME.024 SOLICITAÇÃO DE EXAMES, não havendo a necessidade de impressão. O Raio-X é realizado no SADT. Para a realização do mesmo o paciente é transportado pela equipe de enfermagem e um maqueiro

EXAME LABORATORIAIS

A solicitação dos exames é feita via solicitação de exames. A coleta de amostra para exames laboratoriais é feita no leito sendo coletada pelo coletador do laboratório conforme rotina institucional.

EXAMES EXTERNOS

O agendamento de exames externos é solicitado pelo assistente administrativo do NIR de segunda a sexta das 08:00 h às 18:00 h e pelo enfermeiro assistencial nos demais horários. É feita a solicitação APAC pelo médico plantonista e entregue ao e que encaminha ao NIR que faz o agendamento do exame solicitado. Após a confirmação do agendamento do exame, o serviço social entra em contato com a família ou responsável pelo paciente para informar sobre o agendamento do exame e solicita a presença do mesmo para acompanhar o transporte do paciente. O transporte do paciente é agendado pelo enfermeiro assistencial.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização exclusiva para atender setor. As enfermarias são classificadas como áreas semicríticas, devendo a desinfecção terminal ser realizada com intervalos não superiores a 15 (quinze) dias, exceto nos casos que o quarto for ocupado por paciente em precaução adicional, pois nessa situação o ambiente é considerado crítico e terminal deve ser realizada a cada sete dias. No caso da limpeza concorrente, esta deve ser realizada duas vezes a cada 24 horas.

No que se refere a enfermaria com leitos ocupados, a higienização do leito e dos equipamentos médico-hospitalares deve ser feita pelo técnico de enfermagem, seguindo a periodicidade de três vezes ao dia.

Todos os equipamentos do setor devem, necessariamente, ser armazenados, na sala de equipamentos, após sua higienização adequada, que também deve ser feita pela equipe de enfermagem. Após a higienização deve-se fixar uma etiqueta identificando a ação. Após 15 (quinze) dias de armazenamento, sem uso, mesmo higienizado, o equipamento deve ser limpo novamente antes do uso com pacientes.

CONTROLE DA CHECAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro supervisor no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro assistencial duas vezes ao dia, às 07 h e às 19 h e fixada no caderno de controle de teste do aparelho, e mensalmente realizado checagem pela engenharia clínica.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por semana e após abertura do mesmo (pelo enfermeiro diarista e/ou assistencial). A conferência é feita por um enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico **FOR.265.CF.CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA ADULTO**, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre numerado disponibilizados pela farmácia satélite. É feita também à conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença da tábua de massagem, presença do lacre e presença de 01 fio guia, 01 ambu e um vidro de aspiração.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês e após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição. É feito a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença do lacre e cilindro de oxigênio.

CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

Os psicotrópicos devem ser dispensados aos pacientes apenas mediante prescrição médica e ficha de controle especial, direto pela farmácia satélite, devendo seu preparo e administração serem supervisionados pelo enfermeiro.

O controle dos psicotrópicos dispensados aos pacientes internados nas enfermarias é realizado e registrado pelo enfermeiro assistencial, onde o medicamento é entregue na pela farmácia satélite da unidade e toda dispensação é feita via Prescrição Médica e Receituário do Psicotrópico **FOR.133.CF RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL DE USO PRIVATIVO** carimbado e assinado pelo médico plantonista. Após o recebimento o medicamento é acondicionado em local adequado e mantido trancado até o momento da administração.

CONTROLE DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade é feito pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. É realizada a conferência diária dos equipamentos e semi-permanentes do setor por um técnico de enfermagem escalado no apoio pelo enfermeiro supervisor para tal atividade. O controle de material e equipamentos do setor é feito diariamente pelo enfermeiro e técnico de enfermagem conforme escala.

ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFA

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem, conforme jornada de trabalho do colaborador. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente pelo enfermeiro supervisor e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro supervisor faz a readequação.

O colaborador deve realizar suas refeições todas (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) apenas no refeitório.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 para os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo, incluindo a pausa para as refeições.

TROCAS

Os colaboradores podem solicitar até 03 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao Supervisor que encaminhará ao coordenador do setor para validação / aprovação e assinatura de ambos.

ATESTADOS

Os profissionais de enfermagem podem, com escala 12x36, solicitar até 03 trocas mensais através do FOR.163.CRH.TROCA DE PLANTÃO, conforme ACORDO COLETIVO DE TRABALHO 2017/2019, Cláusula vigésima segunda, parágrafo único. Tal solicitação é entregue ao Coordenador de Enfermagem da UTI para validação / aprovação.

Os Atestados Médicos deverão ser entregues, com o prazo de até 24 horas da data de início, à Coordenação de Enfermagem, devendo conter: o CID, assinatura do profissional,

carimbo e assinatura do médico. Não serão aceitos atestados com: rasuras, correções feitas com corretivo, atestados ilegíveis e atestados excedentes ao prazo determinado de 24 horas.

Os Atestados de comparecimento e acompanhante, serão aceitos somente para justificativa da ausência do colaborador no plantão, portanto o mesmo não abonará sua falta, mas apenas justificará a falta evitando aplicação de medida disciplinar.

Referente às ausências, por conta do falecimento de entes queridos, somente serão aceitos documentos de justificativas (atestados de óbito) quando o óbito for de parentes de 1°Grau(Pais, filhos e Cônjuges)

ALTA POR ÓBITO

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo médico. A equipe técnica de enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. A Enfermeira supervisora solicita no serviço social o formulário para encaminhamento ao IML / SVO ou a declaração de óbito, entrega para o médico atestar. A Enfermeira supervisora registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro.

Para o Controle de óbito na unidade utiliza-se o **FOR.167.CNIR. CONTROLE DE ÓBITO**. Na hora da entrega do corpo à funerária e SVO ou IML preenche-se o **FOR.302.GECONTROLE DE ENTREGA DO CORPO PARA FUNERÁRIA.**

PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e as 19:00 após as trocas de equipe. Deve ser realizada no interior do setor, passando leito por leito, onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passa a história do paciente, intercorrências e pendências.

REALIZAÇÃO DE CUIDADOS E PROCEDIMENTOS

A realização de cuidados e procedimentos são realizadas tendo como referência os protocolos institucionais (POPs) disponibilizados no drive.

Registro em prontuário

Diariamente o enfermeiro supervisor e técnico em enfermagem fazem o registro nos formulários de enfermagem. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve no setor. O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas sobre o plantão, intercorrências e pendências.

Diariamente é realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE pelo enfermeiro assistencial do período diurno e noturno, onde são registrados todos os dados referentes ao histórico do paciente, exame físico, diagnóstico de enfermagem e prescrição de enfermagem, para os pacientes que permanecer por mais de 24 hs na UPC.

Diariamente o técnico em enfermagem faz o registro da anotação de enfermagem e de sinais vitais conforme a escala de MEWS.

Regras para visitantes

A área destinada à espera de visitantes localiza-se na recepção do setor, onde disponibilizamos cadeiras para melhor acomodação. Os visitantes são orientados pela equipe de enfermagem.

Os pacientes internados na unidade permanecerão sem acompanhantes, sendo permitido acompanhantes apenas na sala de estabilização pediátrica e na sala de observação caso maior de 60 anos, portador de necessidades especiais. É permitido que duas pessoas visitem o paciente, não havendo a possibilidade de rodízio das visitas, apenas em casos exclusivos, onde a psicologia e o serviço social providenciarão a autorização para entrada fora do horário pré estabelecido.

É vedado ao visitante:

- Entrada de crianças com idade inferior a 14 anos;
- Utilizar aparelho celular durante a visita;
- Transitar pela unidade;
- Dirigir-se a outros leitos;
- Sentar-se na cama;
- Entrada de alimentos na unidade.

Horário das visitas: Segunda a Domingo das 15:00 às 17:00.

O tempo de permanência dentro das unidades é de 2 horas 95

Informações médicas: serão fornecidas pessoalmente nos horários de visita de segunda á domingo.

Informações de enfermagem: serão fornecidas pessoalmente pelo enfermeiro assistencial nos horários de visita de segunda á domingo.

Nos casos em que o paciente estiver em precaução de aerossóis, o enfermeiro deve comunicar o Serviço Social, ainda pela manhã, para que a família seja informada necessidade de trazer a máscara N95.

Considerações gerais

- A notícia do óbito é dada exclusivamente pelo médico para a família, pessoalmente; caso necessário, por algum motivo outro, o médico deverá conversar com um familiar por telefone a notícia do óbito será passada por ele conforme sua avaliação;
- Todo e qualquer evento adverso, com ou sem Dano, inclusive o Near Miss (quase erro) devem ser notificados imediatamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente);
- Toda doença de notificação compulsória, seja nos casos de suspeita ou diagnóstico confirmado, a depender da patologia, conforme orientação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da prefeitura, deve ser preenchida, completamente e sem rasuras, a ficha de notificação compulsória, pelo enfermeiro e encaminhada ao SCIRAS, mantendo uma cópia no prontuário do paciente.

1.4.1.2 ROTINAS DO PRONTO ATENDIMENTO

DESCARTE DE ROUPA SUJA ENFERMAGEM E LIMPEZA

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **PRONTO ATENDIMENTO**	POP.1
		Emissão
		Revisão

DESCARTE DE ROUPA SUJA	No:	Data:

Executante

Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de limpeza.

Resultados esperados

Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas para envio à lavanderia de forma correta;

Recursos Necessários

Hamper e saco plástico.

Atividades

Observar diariamente, em todos os turnos, as condições dos lençóis dos leitos e macas;

Realizar a troca de lençóis dos leitos sempre que necessário;
Considerar contaminada toda roupa de cama ou maca encontrada suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), colocando-a no hamper forrado de saco plástico;
Ensacar em saco plástico branco, específico para artigos contaminados e com a devida identificação, as roupas contaminadas com Microrganismos multirresistentes ou vírus;

Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;

Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 2/3 da capacidade;
Encaminhar o Hamper com a roupa suja para o sanitário dos pacientes, após a saída do paciente e troca da roupa de cama deixando-a preparada para o próximo paciente;
Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados

Atenção ao verificar as condições das roupas dos leitos da área de observação, evitando que peças sujas / contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;

Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;

Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor;
Atenção no acondicionamento das roupas contaminadas por Microrganismos multirresistentes e vírus para que as mesmas sigam os protocolos de segurança.

Ações em caso de não conformidade

Se perceber que os lençóis do leito da observação ainda não foram trocados, substituí-los imediatamente;
Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper;
Se perceber que o acondicionamento das roupas contaminadas com microrganismos multirresistentes e vírus não obedeceu aos protocolos de segurança pré-determinados, realizar o acondicionamento correto.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

SOLICITAÇÃO DE ROUPA A LAVANDERIA ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **PRONTO ATENDIMENTO**	POP.2	
		Emissão	
SOLICITAÇÃO DE ROUPA À LAVANDERIA		Revisão	
		No :	Data:

Executante

Enfermeira e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados

Garantir fornecimento de roupa ao setor.

Recursos Necessários

Ficha de previsão de rol de roupa

Atividades

Verificar o estoque de roupa;

Fazer previsão para o período;

Solicitar roupas à lavanderia;

Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;

Devolver as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;

Guardar as roupas recebidas na área de armazenamento.

Cuidados

Atenção na conferência do estoque;

Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia;

Ações em caso de não conformidade

Devolver as peças que não vierem acondicionadas de forma devida; Solicitar reposição dessas peças.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO BOX DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos enfermeiros que estiverem escalados no BOX de emergência.

2. DEFINIÇÕES

O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórico-científica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Por isso, a constante atualização desses profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe se torna crucial. O enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas.

Na literatura brasileira, alguns estudos abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas para o seu exercício eficaz este profissional precisa buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes destacamos o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecerem a si mesmo e para a eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Realizando um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência, dentre as características apontadas pelos atores participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas como as mais importantes e necessárias aos enfermeiros.

Na unidade de emergência, em que realizamos o estudo, as atividades de enfermagem são organizadas de acordo com a modalidade de Assistência Trabalho em Equipe (ATE). Assim desenvolvemos uma pesquisa sobre a liderança do enfermeiro que atua nesse setor, tendo como referencial teórico a Liderança Situacional (modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da unidade de emergência exercem e deveriam adotar com o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem estilos de liderar participativos em modelos de gerenciamento colegiado. Os resultados de análise da liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma demonstraram que houve predominância das características de liderança instrumental dos enfermeiros, ou seja, esses profissionais estavam orientados para o alcance dos objetivos, definição de funções e responsabilidade, criação de sistemas de controle e recompensa do trabalho desenvolvido na unidade.

Ao reportar os estudos referidos podemos afirmar que para o enfermeiro de unidade de emergência exercer a liderança de forma eficaz esse profissional precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua praxe profissional.

3. SIGLAS

Não se aplica

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber e passar o plantão;	Enfermeiro Box de Emergência
02	Verificar o box de emergência, materiais do carrinho de emergência, organizar e montar;	Enfermeiro Box de Emergência
03	Solicitar os materiais da unidade de emergência, insumos hospitalares; Soro fisiológico deve ser solicitado para o período noturno durante o dia, e material da CME.	Enfermeiro Box de Emergência
04	Receber os pacientes no box de emergência trazidos pelo SAMU, Bombeiros, Ambulâncias comuns e por demanda espontânea (via classificação de risco);	Enfermeiro Box de Emergência

	Todos os pacientes que chegarem na emergência deverão passar pela Supervisora do box.	
05	Após 1º atendimento, encaminhar os pacientes para exames de acordo com solicitação médica e acompanhar se necessário; Solicitar anestesista, banco de sangue e laboratório.	Enfermeiro Box de Emergência
06	Em caso de pacientes em uso de O2, o enfermeiro deverá acompanhar o paciente junto ao condutor, ou delegar ao técnico de enfermagem que acompanhe nesse transporte; Ligar na tomografia e RX e avisar que está encaminhando paciente da emergência para exames (prioridade).	Enfermeiro Box de Emergência
07	Ao retornar dos exames, o supervisor do box deverá recebê-lo e encaminhar os resultados para a equipe médica avaliar (cirurgia geral, neuro, ortopedia, buco, vascular);	Enfermeiro Box de Emergência
08	Os pacientes que permanecerem nas macas aguardando conduta médica são de responsabilidade do supervisor do box até avaliação de todas as especialidades;	Enfermeiro Box de Emergência
09	Pacientes que chegarem intubados e que permanecerem aguardando vaga de UTI na unidade deverão ser preparados no box de emergência, sondados (vesical, SNG/SNE) de acordo com solicitação médica. Todas as sondas deverão ser identificadas. Após esses procedimentos, encaminhar o paciente aos cuidados do enfermeiro assistencialista;	Enfermeiro Box de Emergência
10	. Todos os pacientes que forem para o centro cirúrgico, o supervisor do box deverá solicitar sala; O centro cirúrgico deverá ser solicitado pelo supervisor, informando ao colega do centro cirúrgico a equipe que operará, e as condições clínicas do paciente. **Atenção:** O paciente não deverá subir ao centro cirúrgico com pertences. Retirar próteses dentárias, adornos (aliança, correntes, roupas). Entregar	Enfermeiro Box de Emergência

	identificado para o secretário protocolar no guarda pertences.	
11	Preencher a SAE de todos os pacientes que derem entrada na emergência (obrigatório);	Enfermeiro Box de Emergência
12	Fazer relatório de enfermagem no prontuário do paciente (obrigatório);	Enfermeiro Box de Emergência
13	Pacientes que forem encaminhados para avaliação da ortopedia, deverão sair da emergência somente após a liberação de todas as especialidades;	Enfermeiro Box de Emergência
14	Verificar se o paciente possui fraturas, caso o paciente estiver com sangramento moderado, solicitar avaliação da ortopedia dentro da emergência, devido ao risco de choque; Pacientes com imobilização em MMII ou MMSS devem ser avaliados por ortopedistas, inclusive pacientes intubados.	Enfermeiro Box de Emergência
15	O supervisor do box de emergência é uma peça fundamental dentro da unidade pois sua principal função é agilizar o atendimento dos pacientes e melhorar a resolutividade dos casos.	Enfermeiro Box de Emergência

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Todos os pacientes que chegarem ao box de emergência pela equipe de Resgate, devem ser classificados através do sistema Manchester pelo enfermeiro do box de emergência.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

SANTANA, L.F.; PARIS, M.C.; GABRIEL, K.O.F.; ROSA, W.F.; PETRY, I.L.; ALVES, J.N.B; ROSSA, T.A. Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, 2021.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO DA ESTABILIZAÇÃO E CORREDOR

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos enfermeiros que estiverem escalados na estabilização e corredor.

2. DEFINIÇÕES

O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórico-científica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional". Por isso, a constante atualização desses profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe se torna crucial. O enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas.

Na literatura brasileira, alguns estudos abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas para o seu exercício eficaz este profissional precisa buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes destacamos o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecerem a si mesmo e para a

eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Realizando um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência, dentre as características apontadas pelos atores participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas como as mais importantes e necessárias aos enfermeiros.

Na unidade de emergência, em que realizamos o estudo, as atividades de enfermagem são organizadas de acordo com a modalidade de Assistência Trabalho em Equipe (ATE). Assim desenvolvemos uma pesquisa sobre a liderança do enfermeiro que atua nesse setor, tendo como referencial teórico a Liderança Situacional (modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da unidade de emergência exercem e deveriam adotar com o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem estilos de liderança participativos em modelos de gerenciamento colegiado. Os resultados de análise da liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma demonstraram que houve predominância das características de liderança instrumental dos enfermeiros, ou seja, esses profissionais estavam orientados para o alcance dos objetivos, definição de funções e responsabilidade, criação de sistemas de controle e recompensa do trabalho desenvolvido na unidade.

Ao reportar os estudos referidos podemos afirmar que para o enfermeiro de unidade de emergência exercer a liderança de forma eficaz esse profissional precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua praxe profissional.

3. SIGLAS

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

SNE – Sonda Nasoentérica.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber e passar o plantão;	Enfermeiro da estabilização e corredor
02	Escalar os técnicos (fazer escala de técnicos);	Enfermeiro da estabilização e corredor
03	Organizar os prontuários dos pacientes que se encontram na estabilização de acordo com cada especialidade;	Enfermeiro da estabilização e corredor
04	Avaliar todos os pacientes, fazendo evolução de enfermagem; Preenchimento da SAE (obrigatório).	Enfermeiro da estabilização e corredor
05	Caso os pacientes tenham curativos complexos, realizar o procedimento;	Enfermeiro da estabilização e corredor

06	Passar SNE quando solicitado;	Enfermeiro da estabilização e corredor
07	Supervisionar a equipe de enfermagem (higiene 2x/dia), medicamentos e SSW a cada 3 h;	Enfermeiro da estabilização e corredor
08	Todos os procedimentos deverão ser relatados no prontuário;	Enfermeiro da estabilização e corredor
09	Cobrar os relatórios dos técnicos de enfermagem (obrigatório);	Enfermeiro da estabilização e corredor
10	Caso algum dos pacientes estejam sob seus cuidados necessitar de centro cirúrgico, solicitar sala;	Enfermeiro da estabilização e corredor
11	Encaminhar as 2ª vias das prescrições para a farmácia;	Enfermeiro da estabilização e corredor
12	Os pacientes que forem transferidos para enfermaria que estiverem em oxigenoterapia deverão ser acompanhados pelo técnico de enfermagem e condutor; Antes de encaminhar os pacientes, verificar se o paciente está com todos os dispositivos identificados, curativos realizados e demais aspectos assistenciais; Prontuário deverá estar completo (ficha de 1º atendimento, prescrições, exames).	Enfermeiro da estabilização e corredor
13	Colher os exames solicitados;	Enfermeiro da estabilização e corredor
14	Conferir os kits de medicações dos pacientes;	Enfermeiro da estabilização e corredor

15	Supervisionar o serviço de limpeza, solicitando a realização de desinfecção sempre que necessário; O enfermeiro assistencialista é responsável pelos cuidados dos pacientes que aguardam vaga de UTI e enfermaria na estabilização, até a transferência;	Enfermeiro da estabilização e corredor
16	Encaminhar os pacientes que estiverem no corredor para realização de exames conforme solicitação médica (tomografias e RX);	Enfermeiro da estabilização e corredor
17	Cobrar do setor de exames de imagem e laboratório;	Enfermeiro da estabilização e corredor
18	Fazer relatório de ocorrência na unidade diuturnamente.	Enfermeiro da estabilização e corredor

7. INDICADORES

Não se aplica

8.REFERÊNCIAS

SANTANA, L.F.; PARIS, M.C.; GABRIEL, K.O.F.; ROSA, W.F.; PETRY, I.L.; ALVES, J.N.B; ROSSA, T.A. Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, 2021.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	

Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

LIMPEZA DO SETOR DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Manter o Setor da Emergência limpa, organizada, com ambiente agradável e adequado o desenvolvimento das suas atividades rotineiras.

2. DEFINIÇÕES

A higienização hospitalar é fundamental para que pacientes e funcionários trabalhem com saúde e qualidade. Isso previne a contaminação por graves doenças e infecções. Os vírus e bactérias estão presentes no ambiente. Desse modo, a limpeza correta e a desinfecção, evitam a contaminação cruzada.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Setor de higienização.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Balde;

Rodo;

Pano de chão;

Produtos de limpeza;

Luvas;

Avental;

Botas.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

1. Realizar limpeza das bancadas e utensílios com produto saneante adequado;

2. A limpeza do chão de todos as alas da emergência deverão ser realizadas com hipoclorito de sódio diariamente;

3. Deverá ser realizada a limpeza dos banhos destinados ao uso dos pacientes e e de uso dos funcionários com hipoclorito e desinfetante;

4. Retirar lixo das lixeiras localizadas proximo as bancadas de prescrição, dos box de internação, do box vermelho, da estabilização, dos repousos (medico e de enfermegem), da copa e dor banheiros;

5. Realizar a limpeza da copa e do repouso com hipoclorito de sódio;

6. Realizar a limpeza concorrente (chão e bancadas) diariamente;

7. Realizar a limpeza terminal (chão, paredes, teto, bancadas e outras superfícies) a cada 15 dias.

8. REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 59, de 17 de dezembro de 2010.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2012.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

APECIH. Romão MAF and Almeida JS. Limpeza e Desinfecção das salas de diálise e maquinário. In: Prevenção de Infecção relacionada à diálise. Mangini C et cols. São Paulo, 2005.

APECIH. Silva CV. Riscos de transmissão associados a tipos específicos de assistência a saúde. In: Precauções e Isolamento. Correa L et cols. 2ª ed. ampl. rev. Cap 5. São Paulo, 2012.

APECIHª . Santos, CB. Contratação de serviços: próprio x terceirizado in Higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos em serviços de higiene. Felix, AMS, Silva, AMC coord. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH). 3 a edição revisada e ampliada. São Paulo. 2013.

9. ANEXOS

Não se aplica.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos	29/11/2022	

	Gerente assistencial		

CRISES EPILÉTICAS

OBJETIVO

Reforçar a impressão diagnóstica e qualificar o encaminhamento para o serviço especializado. Determinar as características do evento paroxístico e considerar outras causas, como síncope e crises não epilépticas psicogênicas; reconhecer situações desencadeadoras de crises epilépticas agudas e potencialmente reversíveis; avaliar as principais causas de epilepsia e iniciar o tratamento, se indicado, enquanto aguarda avaliação com serviço especializado.

2. DEFINIÇÕES

Caracteriza epilepsia como uma doença por uma predisposição permanente do cérebro em originar crises epilépticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais destas crises. A epilepsia está associada a uma maior mortalidade (risco de acidentes e traumas, crises prolongadas e morte súbita), a um risco aumentado de comorbidades psiquiátricas (sobretudo depressão e ansiedade) e também a inúmeros problemas psicossociais (perda da carteira de habilitação, desemprego, entre outros).

A definição de epilepsia requer a ocorrência de pelo menos uma crise epiléptica do ponto de vista prático, a epilepsia pode ser definida por uma das seguintes condições:

Ao menos duas crises não provocadas (ou reflexas) ocorrendo com intervalo maior que 24 horas;

Uma crise não provocada (ou reflexa) e probabilidade de novas crises ocorrerem nos próximos 10 anos, similar ao risco de recorrência geral (pelo menos 60%) após duas crises não provocadas;

Diagnóstico de uma síndrome epiléptica.

3. SIGLAS

EME – Estado de Mal Epilético

EMEC – Estado de Mal Epilético Convulsivo

EMBENC – Estado de Mal Epilético Não Convulsivo

LCR – Líquido Céfalorraquidiano

TC – Tomografia Computadorizada

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem e equipe médica.

5. APLICAÇÃO

Este protocolo será aplicado no Setor de Urgência e Trauma do Hospital HERSO.

DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico de uma crise epiléptica pode ser feito clinicamente por meio da obtenção de uma história detalhada e de um exame físico geral, com ênfase nas aéreas neurológica e psiquiátrica. Muitas vezes, o auxílio de uma testemunha ocular é importante para que a crise seja descrita em detalhes. A ocorrência de uma aura (manifestação sensorial inicial de uma crise), bem como fatores precipitantes da crise, deve ser registrada. Idade de início, frequência de ocorrência das crises, e intervalos entre as crises (o mais curto e o mais longo obtido na história do paciente) devem ser caracterizados, muitas vezes com o auxílio de um diário de crises. A história deve cobrir ainda a existência de eventos, crises no período neonatal, crises febris, qualquer crise não provocada e história de epilepsia na família. Trauma craniano, infecção ou intoxicações prévias também devem ser investigados. É fundamental também um diagnóstico diferencial correto com outros distúrbios paroxísticos da consciência, como síncopes e crises não epilépticas psicogênicas, bem como manifestações neurológicas focais súbitas, como isquemia cerebral aguda e enxaqueca.

Avaliar história de crise epiléptica e classificar o tipo de crise

A história clínica é a ferramenta mais importante, preferencialmente reforçada por alguém que tenha testemunhado o evento. Diante de um episódio de alteração de consciência, algumas características aumentam a impressão de se tratar de uma crise epiléptica real:

Presença de língua mordida;

Desvio cefálico lateral persistente durante a crise;

Posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise;

Contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares de curta duração);

Confusão mental prolongada após a crise.

O primeiro passo, portanto, é identificar características do episódio paroxístico (sintomas prodrômicos, sinais e sintomas iniciais, alteração de consciência sintomas pós-evento) que aumentam a suspeita de crise epiléptica real e auxiliam a classificar a crise como de início focal, generalizada ou desconhecido.

Sintomas após o evento (estado pós - ictal): após as crises, com exceção às de ausência, o paciente apresenta período confusional prolongado, sonolência, dor muscular e fadiga. Esses sintomas são úteis na diferenciação de síncope com crise convulsiva. Na síncope, os abalos musculares são breves e não costuma seguir-se de confusão pós - ictal que, quando presente, não dura mais que 15 minutos.

6.1. Identificar fatores agudos ou potencialmente reversíveis que desencadeiam uma crise epiléptica

A crise epilética é definida como provocada quando é provocada por fatores agudos e/ou potencialmente reversíveis. Para auxiliar nessa identificação, deve-se questionar sobre outros sintomas sistêmicos no momento da crise (como febre ou suspeita de focos infecciosos), comorbidades (especialmente que possam causar distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos como insuficiência renal e diabetes), medicamentos em uso, história de trauma cranioencefálico e acidente vascular cerebral (AVC) prévio. As principais causas de crise epiléptica reativam são:

Febre,

Abstinência de álcool ou outras drogas (cocaína, anfetamina),

Medicamentos (ver quadro 1 a seguir),

Acidente vascular cerebral,

Trauma cranioencefálico,

Infecções do sistema nervoso central (como meningite)

Distúrbios metabólicos/eletrolíticos: hipo/hipernatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipoglicemia, hiperglicemia não cetótica, uremia, hipoxia, hipertireoidismo, desidratação.

6.2. Reconhecer diagnósticos diferenciais de crises epilépticas

Após a exclusão dos principais fatores desencadeantes de crises epilépticas, é necessário diferenciar uma crise epiléptica de outros distúrbios paroxísticos da consciência que podem confundir o diagnóstico, como:

Síncope vasovagal ou cardiogênica;

Transtornos psiquiátricos;

Distúrbios do sono (como narcolepsia ou movimento periódico dos membros durante o sono);

Migrânea;

Amnesia global transitória.

Exames complementares para avaliação etiológica de crise epiléptica não provocada

Em adultos que apresentam primeiro episódio de crise epiléptica sem fatores desencadeantes aparentes, a avaliação inicial etiológica pode ser iniciada na emergência e permite qualificar o encaminhamento para o serviço especializado.

Sugere-se realizar os seguintes exames durante internação hospitalar:

Exames laboratoriais: hemograma, plaquetas, sódio, potássio, glicemia, cálcio, magnésio, creatinina, ureia, transaminases. Anti-HIV e sorologias para sífilis também devem ser consideradas, bem como outros exames conforme suspeita clínica.

Eletrocardiograma, na suspeita de origem cardiogênica.

Exame de imagem: imprescindível na investigação de qualquer paciente com suspeita de epilepsia. Ressonância magnética é o exame preferencial, pois além de rastrear lesões

estruturais que são identificadas pela tomografia, também detecta alterações mais sutis como displasias corticais e esclerose hipocampal. Na ausência de RMN, pode-se solicitar tomografia de crânio.

Eletroencefalograma: Pode indicar o tipo de epilepsia, a localização do foco e a etiologia. Importante ressaltar que esse exame não confirma nem exclui o diagnóstico, podendo, portanto, esperar para realização em serviço especializado ambulatorialmente.

Manejo do paciente com epilepsia na emergência

O manejo do paciente com epilepsia na emergência deve ser seguido como a descrição feita no anexo 1.

7. ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

Estado de mal epiléptico (EME) é uma condição potencialmente grave, com uma incidência aproximadamente 90.000 casos por ano no Brasil. EME é uma emergência neurológica que apresenta morbidade e risco de mortalidade tempo dependente, assim necessita-se de reconhecimento e tratamento imediato. Não é uma entidade única, tem várias diferentes formas e uma vasta gama de etiologias.

As etiologias mais comuns incluem:

- Lesão cerebral estrutural aguda (acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, hemorragia subaracnóidea, anoxia ou hipoxia cerebral), infecção (encefalite, meningite, abscesso) ou tumor cerebral.
- Lesão cerebral estrutural crônica (traumatismo cranioencefálico prévio ou neurocirurgia, isquemia cerebral perinatal, malformações corticais, malformações arteriovenosas e tumores cerebrais de baixo grau).
- Má adesão ou descontinuação da medicação anticonvulsivante em pacientes com epilepsia prévia.
- Síndromes de abstinência associadas à descontinuação de álcool, barbitúricos ou benzodiazepínicos.
- Anormalidades metabólicas (hipoglicemia, encefalopatia hepática, uremia, hiponatremia, hiperglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia) ou sepse
- Uso de medicamentos que diminuem o limiar convulsivo, (carbapenêmicos, cefepima, quinolonas, metronidazol, isoniazida, antidepressivos tricíclicos, bupropiona, lítio, clozapina, flumazenil, ciclosporina, lidocaína).

Nos pacientes em vigência do EME, opta-se por investigação complementar com glicemia capilar à beira do leito, eletrólitos, gasometria arterial, hemograma, hemoculturas e demais

exames de rastreio infeccioso. Os exames de neuroimagem são necessários nos casos suspeitos de trauma, eventos vasculares agudos, sinais clínicos de hipertensão intracraniana e crises focais. Quanto à coleta de líquor (LCR), considerar naqueles pacientes com sinais de irritação meníngea e período pós-ictal prolongado. Lembrando que, quando houver indicação de LCR, a tomografia computadorizada (TC) de crânio deverá ser feita antes e poderá contraindicar o procedimento. O Eletroencefalograma é imperativo nesses casos.

A taxa de mortalidade para adultos que apresentam um primeiro episódio de estado de mal epiléptico convulsivo (EMEC) é de aproximadamente 16 a 20%, já naqueles que os possuem secundário à anoxia varia de 69 a 81%. Demais consequências sistêmicas do EMEC incluem arritmias cardíacas, hipoventilação/hipoxia, febre e leucocitose. Existe alguns estados da crise epilética, que são:

- ESTADO DE MAL REFRATÁRIO: falência de dois ou três anticonvulsivantes associada à duração mínima de uma hora;
- ESTADO DE MAL SUPER-REFRATÁRIO: continua ou recorre apesar da terapia com drogas anestésicas EV por >24 horas.

O limiar temporal que define uma convulsão anormalmente prolongada depende do tipo de convulsão. Para o estado de mal epiléptico convulsivo, está duração é de cinco minutos. Para o estado de mal epiléptico não convulsivo (EMENC), definido como estado de mal epiléptico sem sintomas motores proeminentes, o limiar é de 10 minutos.

Tabela 1 Dimensões operacionais com t_1 indicando o tempo em que o tratamento de emergência da SE deve ser iniciado e t_2 indicando o tempo em que as consequências a longo prazo podem ser esperadas

Tipo de SE	Dimensão operacional 1 Tempo (t_1), quando é provável que uma crise seja prolongada, levando a atividade de convulsão contínua	Dimensão operacional 2 Tempo (t_2), quando uma crise pode causar consequências a longo prazo (incluindo lesão neuronal, morte neuronal, alteração de redes neuronais e déficits funcionais)
SE tônico-clônico	5 min	30 minutos
SE Focal Dispercepitiva	10 min	> 60 min
SE de Ausência	10-15 min [a]	Desconhecido

[a]As evidências para o período de tempo são atualmente limitadas e os dados futuros podem levar a modificações.

Adaptada de Trinka, E. et al. Epilepsia, 56(10):1515–1523, 2015

FATORES ESPECÍFICOS E NÃO ESPECÍFICOS PARA UMA CRISE EPILÉTICA

Eventos não específicos

- Orgânicos: Podem citar o estresse, privação de sono, suspensão abrupta de medicamentos antiepiléticos e sedativos, febre, processos infecciosos, trauma craniano e várias alterações tóxicas e metabólicas, que incluem: baixa oxigenação cerebral, hipoglicemia (diminuição do açúcar sanguíneo), diminuição do cálcio sanguíneo, alterações renais, descompensação diabética com aumento do açúcar sanguíneo (hiperglicemia).

Também podem agir como desencadeantes de crises o uso de drogas pró - convulsivantes como: antidepressivos, antipsicóticos, anestésicos gerais, antiepilépticos em doses tóxicas, broncodilatadores e pesticidas.

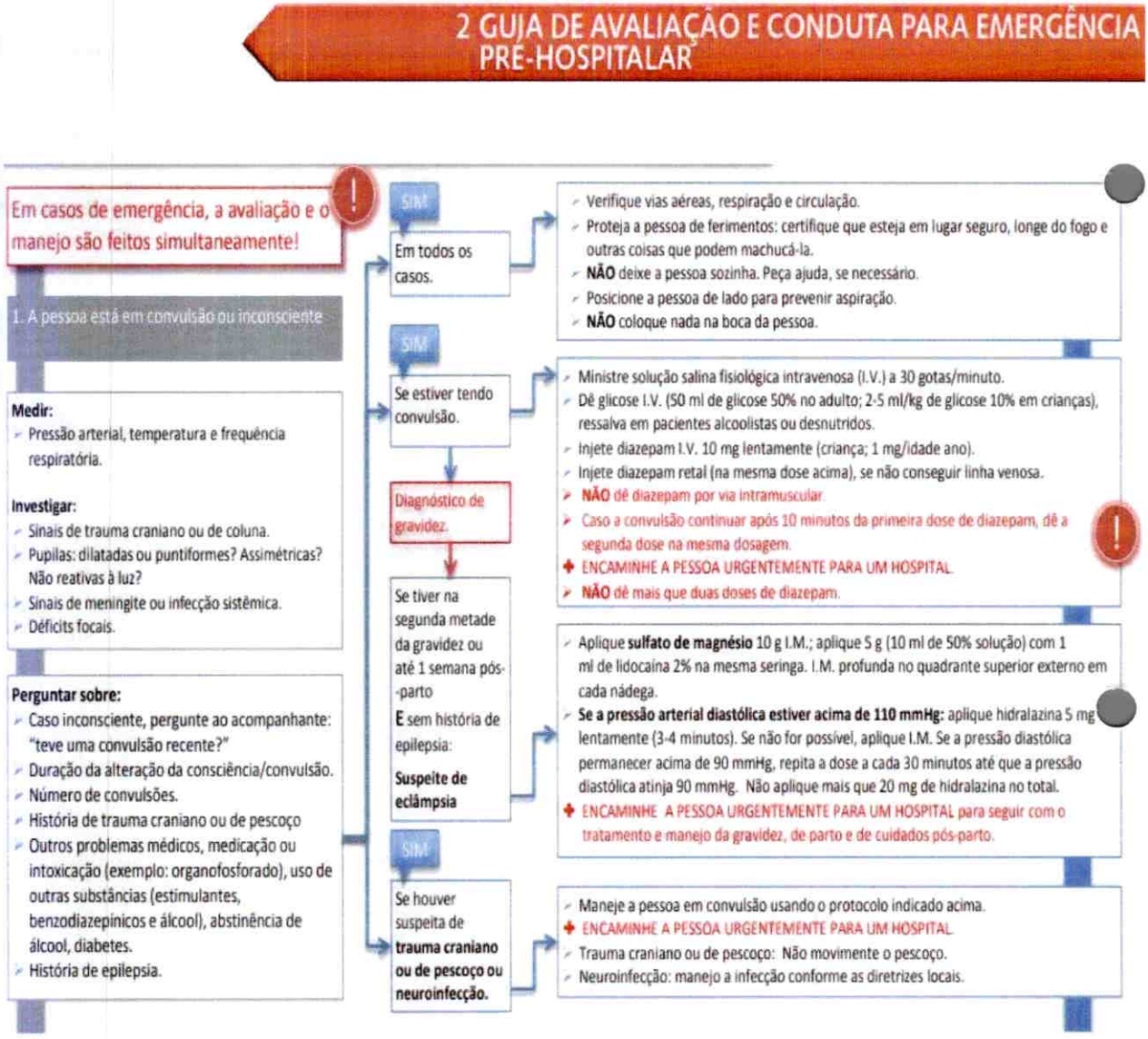
- Psíquicos: Mesmo que não seja uma doença mental a epilepsia pode causar estresse e ansiedade. Sentimentos de ansiedade, depressão, raiva e frustração são reações naturais ao estresse e as pessoas com epilepsia não estão isentas a esse sentimento.

TRATAMENTO

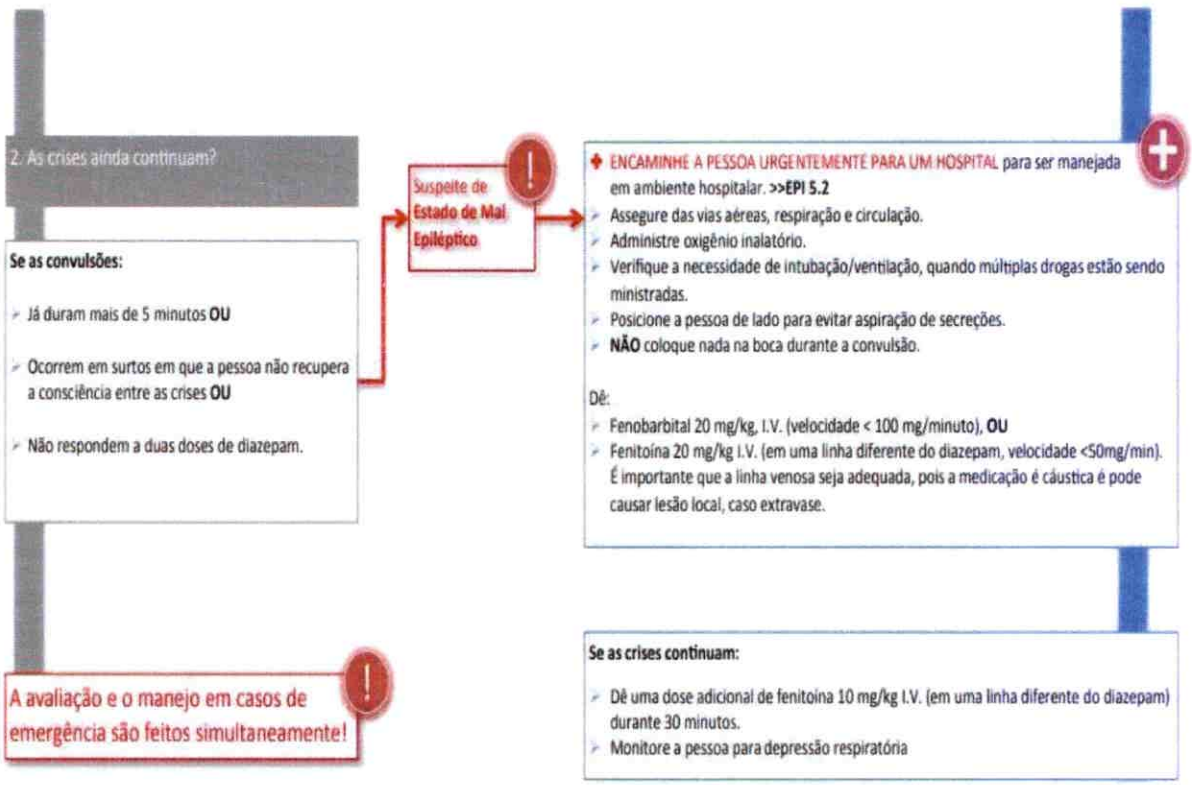
Para o tratamento eficaz é necessário o diagnóstico correto e rápido. Conforme o MS (Ministério da Saúde) o "tratamento das epilepsias é feito através de medicamentos que evitam as descargas elétricas cerebrais anormais, que são a origem das crises epilépticas. Acredita-se que pelo menos 25% dos pacientes com epilepsia no Brasil são portadores em estágios mais graves, ou seja, com necessidade do uso de medicamentos por toda a vida,

sendo as crises frequentemente incontroláveis e então candidatos a intervenção cirúrgica. No Brasil já existem centros de tratamento cirúrgico aprovados pelo Ministério da Saúde".

GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ – HOSPITALAR

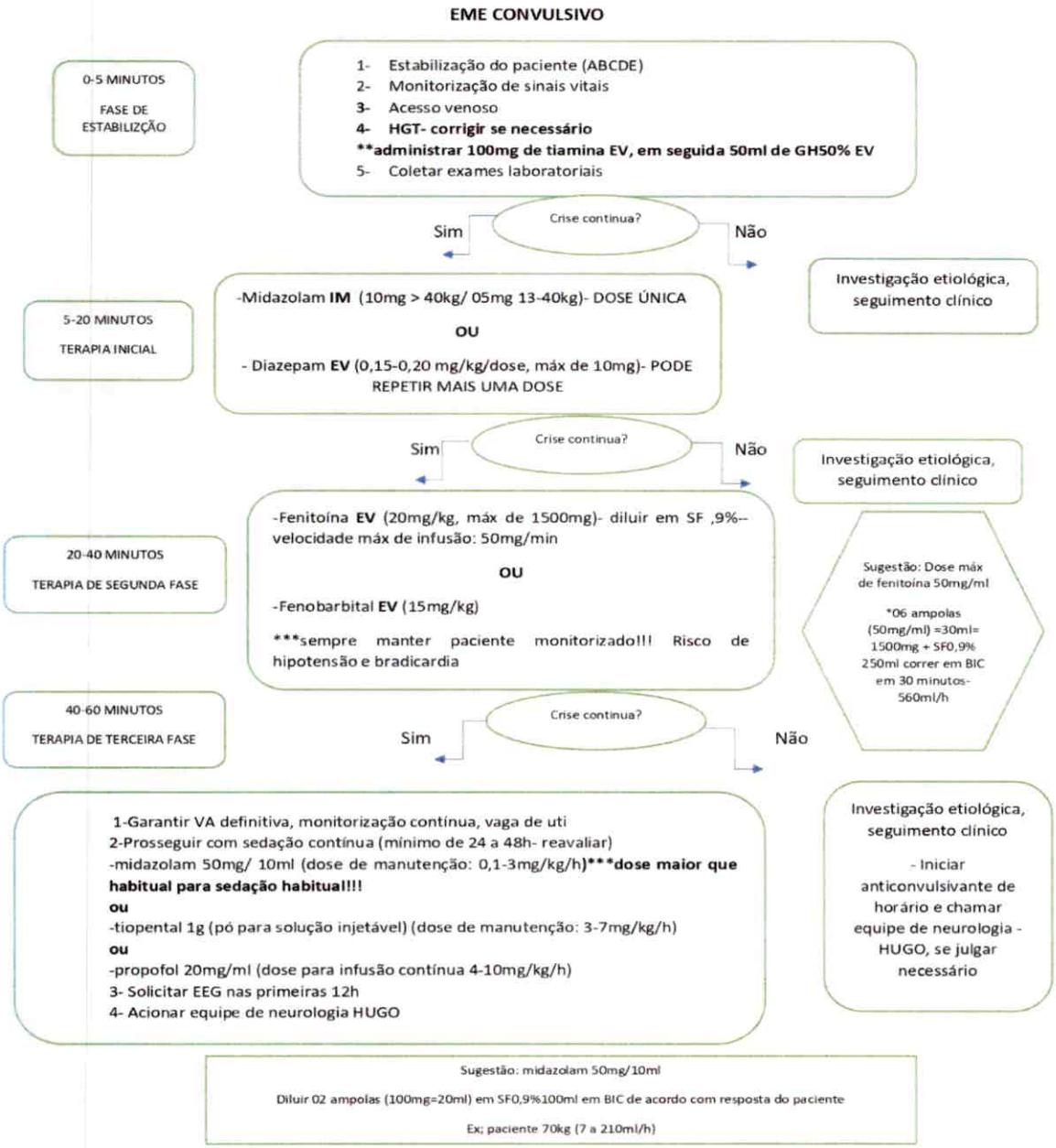


2 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR



8. ANEXOS

Anexo 1. Avaliação Crise Epilética



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf

https://bvsms.saude.gov.br/epilepsia-6/

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/portal-portaria-no-17-pcdt-epilepsia.pdf

https://epilepsiabrasil.org.br/duvidas-frequentes

https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1335052958protocolos_unidade_emergencia_parte_038.pdf

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882519/abordagem-inicial-e-manejo-das-crises-epilepticas.pdf

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Weverson José da Silva **Coordenador da UET**	22/11/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	24/11/2022	
Validação:	Tamilles Borges **Supervisora NQSP**	24/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	24/11/2022	

ADMISSÃO BOX VERMELHO

1. OBJETIVO

Realizar a admissão do paciente no box de emergência.

2. DEFINIÇÕES

A admissão diz respeito à **entrada do paciente no serviço de saúde** para ocupar um leito com a finalidade de se submeter a tratamento clínico, cirúrgico e/ou realização de procedimentos especiais. Nestes casos a equipe de enfermagem tem um papel de extrema relevância para o paciente. É a equipe de enfermagem, juntamente como outros profissionais de saúde, responsável por acompanhar o paciente durante o primeiro atendimento.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Etiqueta de identificação do paciente.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber o paciente no box de emergência;	Equipe de enfermagem
02	Monitorizar o paciente;	Equipe de enfermagem
03	Acionar equipe médica;	Equipe de enfermagem
04	Ofertar oxigênio para o paciente caso necessidade;	Equipe de enfermagem
05	Pacientes estáveis, puncionar 1 acesso venoso;	Equipe de enfermagem

06	Pacientes instáveis, puncionar 2 acessos venoso calibroso;	Equipe de enfermagem
07	Coletar história da doença atual com o responsável pelo transporte do paciente;	Equipe de enfermagem
08	Fazer a classificação de risco do paciente, caso tenha chegado via resgate;	Equipe de enfermagem
09	Realizar medicação conforme solicitação médica;	Equipe de enfermagem
10	Auxiliar equipe médica em procedimentos invasivos;	Equipe de enfermagem
11	Preparar o paciente e dar seguimento nas condutas (exames de imagem, centro cirúrgico, etc);	Equipe de enfermagem
12	Após a definição de conduta, retirar o paciente do box de emergência e encaminhar para corredor, estabilização ou box de internação.	Equipe de enfermagem

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Todos os pacientes que chegarem ao box de emergência pela equipe de Resgate, devem ser classificados através do sistema Manchester pelo enfermeiro do box de emergência.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

Não se aplica.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. OBJETIVO

Acolher e priorizar o atendimento dos pacientes, organizando o fluxo e o tempo de espera conforme a gravidade clínica com que se apresentam no serviço.

2. DEFINIÇÕES

Os serviços de urgência são confrontados diariamente com um grande número de pacientes que apresentam vasta gama de problemas. A sobrecarga do serviço é inconstante e depende sempre do número de pacientes que neles se socorrem e do estado que apresentam. Nesse contexto, é absolutamente essencial que exista um sistema de classificação de risco implementado para assegurar que estes pacientes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde, a classificação de risco tem como objetivo principal não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata,

baseado na avaliação primária do paciente. Uma vez que não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, a classificação de risco deve ser realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação, sendo uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa. Sendo assim, o protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

2.1 CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Em linhas gerais, a metodologia da classificação de risco requer que o profissional defina a queixa ou o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência, selecione uma das várias apresentações e, então, procure um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, atribuindo uma cor a cada usuário. Desta forma, a cor corresponde ao grau de prioridade clínica no atendimento e tempo de espera recomendado.

Os sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas são chamados de discriminadores e estão apresentados dentro das categorias pertencentes às urgências e emergências neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, cirúrgicas, psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólicas. Os discriminadores que indicam níveis de prioridade mais altos são os primeiros a serem procurados.

A determinação das prioridades será atribuída por uma cor (vermelho, laranja, amarelo, verde) que corresponde ao tempo alvo-limite para que o paciente receba o atendimento médico e de enfermagem adequadamente, sendo os eixos de prioridades:

Prioridade vermelha: o usuário deve ser categorizado como "Emergência" e o acesso ao serviço deve ser imediato, visto que apresenta sinais de alerta com risco iminente de morte, ou sem risco de vida imediato, mas que necessitem atendimento rápido e prioritário em até 10 minutos (encaminhar para sala de emergência – box vermelho).

Prioridade Laranja: o usuário deve ser categorizado como "Muito urgente", o qual necessita de atendimento o mais rápido possível e deve ser atendido em até 10 minutos

Prioridade amarela: o usuário deve ser categorizado como "Urgência"; o qual apresenta sinais de alerta, porém sem risco iminente de morte e o atendimento deve ser realizado com prioridade em até 60 minutos.

Prioridade verde: o usuário deve ser categorizado como "Pouca Urgência"; atendidos em até 120 minutos, com sinais e sintomas e ou queixas específicas que demandam atendimento hospitalar, porém sem sinais de alerta;

Segue abaixo tabela de classificação:

Tabela.

Número	Nome	Cor	Tempo alvo
1	Emergência	Vermelha	0
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgência	Amarela	50 minutos
4	Pouca urgência	Verde	120 minutos

2.2 TOMADA DE DECISÃO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A tomada de decisão consiste simplesmente em uma série de passos para chegar a uma conclusão. Ela é composta por cinco passos: Identificação do problema; Coleta e análise de informações relacionadas à solução; Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação; Implementação da alternativa selecionada; Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados.

1 Identificação do problema: é feita pela obtenção de informações do próprio paciente, do acompanhante ou cuidador, ou de qualquer profissional da atenção pré-hospitalar. Essa fase permite a identificação dos discriminadores e da categoria pertinente.

Coleta e análise de informações relacionadas à solução: uma vez identificado a categoria, esta fase torna-se mais fácil, já que os discriminadores podem ser procurados em cada nível de prioridade.

Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação: o profissional de saúde coleta grande quantidade de dados sobre o paciente que está avaliando. Estas informações são reunidas e avaliadas, utilizando as categorias e discriminadores como apoio para o processo de tomada de decisão ao quadro clínico.

Implementação da alternativa selecionada: os profissionais da classificação de risco definem a cor (vermelho, laranja amarelo, verde) que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente. Uma vez atribuída a prioridade, inicia-se o respectivo percurso.

Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados: a classificação de risco é dinâmica e deve responder tanto às necessidades dos pacientes quanto às do serviço de urgência. Os profissionais devem fazer o monitoramento, reavaliação e posterior confirmação ou alteração da prioridade.

É necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada dos pacientes e fazer uma análise crítica de suas ações após esta decisão. Uma capacidade sólida de tomada de decisão é essencial para um cuidado de boa qualidade ao paciente.

É importante também que a avaliação do paciente seja sistemática, e que todos os dados sejam reunidos para fornecer um quadro completo dos problemas do paciente. Por essa razão, o profissional da classificação de risco deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, e boas relações interpessoais para se comunicar eficazmente com pacientes e familiares.

Acrescenta-se que a resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº42 enfatiza que a classificação de risco e a priorização da assistência em Serviços de Urgência são privativas do Enfermeiro (COFEN, 2012). Assim, este profissional deverá ser dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico do procedimento, sendo executadas no contexto do Processo de Enfermagem e nos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2009). O horário de funcionamento do serviço da classificação de risco deverá ocorrer durante as 24 horas, sem exclusão de casos.

2.3 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO RÁPIDA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS

Alguns achados na história clínica e exame físico sugerem sinais de alerta que um paciente apresenta quando há uma emergência em potencial com priorização de atendimento, no entanto existem emergências que não apresentam, necessariamente esses sinais. Diante deste contexto, é importante realizar uma avaliação rápida e sequencial, avaliando as vias aéreas, respiração, circulação e exame neurológico, com tempo de 2 a 5 minutos.

A - Via aérea: avaliar se o paciente pode falar ou respirar livremente.

B - Respiração: a respiração é avaliada quanto a potência da via aérea e sua adequabilidade, visando a oferta ideal de O2 e eliminação de CO2. Avaliar frequência respiratória, sinais de insuficiência respiratória, uso da musculatura acessória, cianose de extremidades e central, expansibilidade torácica, sons pulmonares e saturação periférica.

C - Circulação: identificar sinais e sintomas de má perfusão. Avaliar frequência cardíaca, pressão arterial, qualidade do pulso e perfusão periférica.

D - Neurológico: obter informações acerca do nível de consciência do paciente ou alterações agudas que envolvam o sistema nervoso, paralisia, parestesias, alterações na força, desvio de rima e alterações na fala. Aplicar escala de coma de Glasgow e de Cincinatti (em caso de suspeita de AVE).

E - Exposição: investigar lesões ocultas e exposição de partes cobertas.

2.4 MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A primeira parte do método de classificação requer que o profissional descreva a queixa apresentação, ou queixa inicial - o principal sinal ou sintoma que motiva o paciente a procurar o serviço de urgência. Ao registrar esta condição, o profissional deve utilizar a categoria pertinente (neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, cirúrgicas, psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólicas) para identificar os discriminadores que permitem a determinação da prioridade clínica. A avaliação é feita pela determinação da prioridade mais alta que existir sinais e sintomas presentes.

Para realizar o processo de classificação é preciso levantar dados específicos da doença, queixa principal, sinais de alerta (choque, febre alta, perda da consciência, desorientação, dor torácica e desconforto respiratório), avaliação de sinais vitais e aplicação de escalas de Glasgow (Anexo 1), Cincinatti (Anexo 2) e de dor (Anexo 3), bem como glicemia capilar.

2.5. INÍCIO E EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO/ QUEIXA

Certas convenções foram pactuadas nesta metodologia de classificação de risco para ajudar na consistência da ferramenta. O termo abrupto é usado para indicar início do evento em segundos ou minutos; súbito indica início em menos que 12 horas; agudo indica período de tempo entre 12 e 24 horas. Sinais e sintomas recentes são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

Início da queixa / Agravamento	
Repentino / Abrupto	Minutos / Segundos
Súbito	≤ 12 horas
Agudo	≤ 24 horas
Recente	< 7 dias
Não recente	≥ 7 dias

O uso deste discriminador de tempo não se destina a punir pacientes por procurarem indevidamente o serviço de urgência, nem se propõe a fazer com que aqueles que possuem lesão ou doença clínica há muito tempo tenham seu tempo de espera prolongado. O tempo de espera para paciente com problema estável e que não tenha aparecido recentemente vai depender do perfil de pacientes e superlotação do serviço de urgência, além dos recursos disponíveis.

2.6 DEFININDO AS PRIORIDADES

As prioridades do serviço são definidas com utilização do instrumento disponibilizado pelo MV sistema para a saúde.

2.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A prioridade clínica pode mudar e por isso, a classificação de risco deve ser dinâmica. Durante a espera do paciente pode ser necessária a reavaliação da prioridade clínica.

Toda avaliação secundária da enfermagem pode ser feita como uma reclassificação de risco e qualquer mudança na prioridade deve ser rapidamente comunicada e conduzida de acordo.

3. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem e equipe médica.

4. APLICAÇÃO

Classificação de risco e Unidade de emergência

5. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

O usuário ao procurar o serviço de urgência deverá ser acolhido pelos funcionários da recepção para realização do cadastro, sendo realizado a confecção da ficha de atendimento de acordo com a prioridade de idade do paciente.

Caso o paciente apresente algumas das palavras chances do protocolo de AVC, a atendente do guichê deverá acionar a botoeira com sinal luminosos, indicando a enfermeira da classificação de risco sobre um paciente com passível característica de AVC.

Após esta etapa, o usuário será encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde será acolhido pelo enfermeiro para avaliação, abertura da ficha de classificação de risco, tomada de decisão e definição da prioridade. O quadro a seguir pode ser utilizado para guiar o processo aos enfermeiros, assegurando que as decisões sejam baseadas em dados relevantes e adequados.

Componente de abordagem	Atividade de classificação de risco
Cumprimentando o paciente	A avaliação começa logo na chegada do paciente. Observe como ele se aproxima da área de classificação de risco procurando sinais como: Nível de mobilidade, Lesão aparente e Idade.
A história	Pergunte o que trouxe o paciente ao serviço de urgência. Esta história será breve, concisa e subjetiva sobre o ferimento, doença, situação e queixa do paciente.
Queixa de apresentação	A queixa de apresentação deve ser definida da história subjetiva fornecida pelo paciente. Isto leva o profissional a escolher a categoria mais apropriada para a situação ou queixa.
Entrevista	O profissional deve dominar conhecimentos anatômicos e o padrão de queixas de apresentação, além de ter habilidade em reconhecer com rapidez situações que coloquem em risco a vida do paciente. Perguntas direcionadas podem ser usadas para se obter maiores detalhes, por exemplo, duração do problema, mecanismo de trauma, uso de medicação, etc.

Exame físico e outros parâmetros	Se pertinente: Localização das lesões atuais, registro de dados vitais, pulso, temperatura, ou informações mais detalhadas (ex.: oximetria de pulso, glicemia).
Avaliação da dor	A escala de dor tanto subjetiva (do paciente) quanto objetiva (do profissional) faz parte da classificação de risco e deve ser registrada.
Prioridade do cuidado	Defina a prioridade usando o mais alto discriminador atribuível ao paciente. Descreva de forma sucinta qualquer outra demanda identificada no processo.
Documentação	O registro das informações deve ser feito em formatação padronizada, assinada e, de novo, clara, concisa, relevante e associada à queixa de apresentação. Registre ainda: Alergias, medicação usual, passado mórbido prévio relevante, medidas iniciais feitas ainda na classificação de risco e observações
Reavaliação	Registre quando for necessária a reavaliação.

Em seguida, a identificação da prioridade será feita por adesivo colorido no canto superior direito da ficha de classificação de risco e colocação de pulseira colorida no paciente, conforme a cor da prioridade. A pulseira deverá ser colocada no mesmo membro em que esteja a pulseira de identificação do paciente, seguindo as orientações da política institucional.

Os pacientes classificados como vermelho, laranja, amarelo ou verde, serão encaminhados para a sala de emergência, com o prontuário e documentos, para atendimento médico. Os pacientes classificados como azul deverão ser orientados e referenciados para outras unidades de saúde, ou atendidos em sua necessidade, sem que passem pelo atendimento médico

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Ficha de atendimento;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Aparelho de Hemoglucoteste com fitas;
- Luvas de procedimentos;

- Máscaras cirúrgicas;
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro;
- Algodão ou gaze;
- Álcool;
- Sala apropriada com pia, mesa, cadeiras e relógio de parede;
- Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes.

7. TAREFAS CRÍTICAS/ ESPECIAIS

Pacientes admitidos via atendimento móvel (SAMU, bombeiro, etc.) entrarão direto para a sala de emergência e deverão ter o cadastro realizado na recepção pelo profissional que acompanhou o paciente.

Todos os pacientes classificados como vermelho serão prontamente atendidos pela equipe médica, independente da patologia apresentada.

Todos os pacientes classificados como vermelho deverão ser colocados imediatamente na sala de emergência – box vermelho com monitorização, prontamente puncionado acesso venoso periférico e ter fonte de oxigênio ofertada.

- Caso o paciente tenha diabetes mellitus ou refira jejum a tempo maior ou igual a 8 horas fazer HGT antes da avaliação

8. INDICADORES

Distribuição dos atendimentos por cor;

Distribuição dos atendimentos por faixa etária, sexo, diagnóstico;

Tempo de atendimento do acolhimento de Enfermagem;

Tempo médio de espera para atendimento na classificação de risco após cadastro na recepção;

Tempo médio de espera para atendimento médico ao término da classificação;

% atendimento no tempo alvo-limite por classificação/cor;

Tempo médio de permanência no pronto socorro;

Índice de assertividade da classificação enfermagem/médico.

9. ANEXOS

Anexo 1. Escala de Glasgow

Escala de Glasgow			
Abertura Ocular: [ ] 4 - Espontânea [ ] 3 - Ao estímulo verbal [ ] 2 - Ao estímulo doloroso [ ] 1 - Nenhuma	Resposta Verbal: [ ] 5 - Orientado [ ] 1 - Nenhuma [ ] 4 - Confuso [ ] 3 - Palavras inapropriadas [ ] 2 - Sons incompreensíveis	Resposta Motora: [ ] 6 - Obedece ordens [ ] 2 - Reage a dor com extensão patológica [ ] 5 - Localiza a dor [ ] 1 - Não reage a dor [ ] 4 - Reage a dor sem localizar [ ] 3 - Reage a dor com flexão patológica	Total:

Anexo 2. Escala de Cincinatti

ESCALA DE CINCINATTI

A Escala de Cincinnati (Cincinnati Prehospital Stroke Scale - CPSS) é uma ferramenta para o diagnóstico de casos agudos de AVC idealizada para o contexto pré-hospitalar.

Paresia facial (pedir ao paciente para mostrar os dentes ou sorrir):



- Normal: ambos os lados da face movem-se simetricamente
- Anormal: um lado da face não se move tão bem quanto o outro



Déficit motor dos membros superiores (paciente deve fechar os olhos e manter os braços estendidos por 10 segundos):



- Normal: ambos os braços movem-se simetricamente ou ambos não se movem (outros achados como pronação distal podem ser úteis)
- Anormal: um membro superior não se move ou apresenta queda



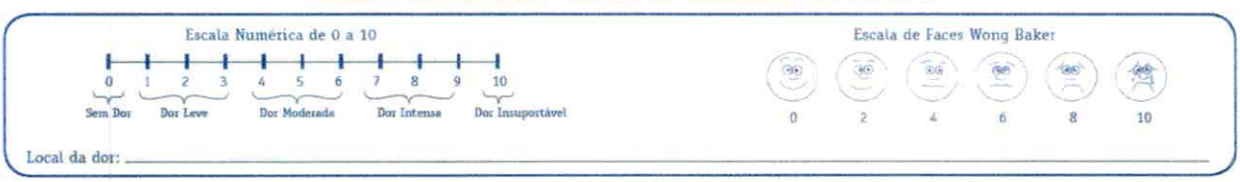
Fala (pedir que o paciente fale "não se pode ensinar novos truques a um cachorro velho"):

- Normal: paciente usa corretamente as palavras sem alteração
- Anormal: paciente apresenta dificuldade para falar, usa as palavras de forma inadequada ou é incapaz de falar.

Interpretação: Se qualquer um destes três sinais for anormal, a probabilidade da ocorrência de um AVC agudo é de 72%.

Anexo 3. Escala de dor

Escalas Numérica e Visual da Intensidade da Dor



Anexo 4. Protocolo de Manchester

PROTOCOLO MANCHESTER

COR E TEMPO-ALVO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 423 de 2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

2.JONES, K. M; MARSDEN, J; WINDLE, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Classificação de risco na Urgência e Emergência. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

3.MARQUES, D. V. Proposta de protocolo de acolhimento e classificação de risco: atenção às urgências e emergências adultas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173356/Danilo%20Vaz%20Marques-emg-tcc.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

4.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. BRASIL, 2009. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

5.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. Manual de Orientação para Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco Versão II. Goiânia, 2011.

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Weverson José da Silva **Coordenador da UET**	03/11/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	18/11/2022	
Validação:	Tamilles Borges **Supervisora NQSP**	18/11/2022	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel **Diretor Técnico**	18/11/2022	

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA

1. OBJETIVO

Manter a ventilação e trocas gasosas adequadas aos pacientes, manter ventilador em funcionamento pleno e evitar a ocorrência de pneumonias associadas à ventilação mecânica.

2. DEFINIÇÕES

A ventilação mecânica (VM) é um dos suportes à vida de grande importância em UTI e constitui um dos recursos mais utilizados nessas unidades, consistindo no emprego de uma máquina que substitui, total ou parcialmente, a atividade ventilatória do paciente, com o objetivo de restabelecer o balanço entre a oferta e a demanda de oxigênio e atenuar a carga de trabalho respiratório de pacientes com insuficiência respiratória.

3. SIGLAS

VM – Ventilação Mecânica.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas de procedimento;

Luvas estéreis;

Sondas de aspiração traqueal;

Gazes;

Ficha de evolução dos enfermeiros;

Prescrição médica;

Água bidestilada;

Ventilador mecânico.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor

01	Realizar lavagem das mãos antes e após realização de procedimento;	Equipe de enfermagem, multiprofissional e médicos
02	Realizar ausculta pulmonar – enfermeiro;	Enfermeiro
03	Realizar aspiração orotraqueal com técnica asséptica, conforme Protocolo de Aspiração;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
04	Realizar higiene oral diária e, sempre que for necessário;	Equipe de enfermagem
05	Aspirar a sonda orogástrica antes de administrar a dieta;	Equipe de enfermagem
06	Posicionar o paciente em decúbito elevado;	Equipe de enfermagem
07	Realizar mudança de decúbito;	Equipe de enfermagem
08	Mobilizar o paciente evitando manobras bruscas;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
09	Coletar gasometria arterial, conforme protocolo;	Equipe de enfermagem e laboratório
10	Conferir se os parâmetros ventilatórios estão de acordo com a prescrição médica;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
11	Checar se o ventilador está funcionando corretamente antes de adaptá-lo ao paciente;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
12	Manter os alarmes do ventilador ligados;	Equipe de enfermagem
13	Responder e solucionar as causas da ativação dos alarmes;	Equipe de enfermagem
14	Evitar pinçamento nas traqueias;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
15	Manter traqueias livres de água ou qualquer substância;	Equipe de enfermagem e multiprofissional

16	Manter material de urgência sempre organizado;	Equipe de enfermagem
17	. Manter ponto de oxigênio adaptado ao ventilador manual ("ambu");	Equipe de enfermagem e multiprofissional
18	Discutir com médico necessidade de sedação para melhor adaptação às ventilações mecânicas;	Equipe de enfermagem e multiprofissional
19	Manter monitorização multiparamétrica;	Equipe de enfermagem
20	Observar simetria da expansão do tórax;	Equipe de enfermagem
21	Realizar o balanço hídrico;	Equipe de enfermagem
22	Anotar sinais vitais.	Equipe de enfermagem

9.REFERÊNCIAS

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médicocirúrgica. v.1. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Zuñiga QGP. Ventilação mecânica básica para enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	

	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO BOX DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados no BOX de emergência.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem
02	Verificar os equipamentos médico-hospitalares do box de emergência;	Técnico de Enfermagem
03	Solicitar os materiais da unidade de emergência, insumos hospitalares;	Técnico de Enfermagem
04	Garantir a organização do box de emergência para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem
05	Receber os pacientes no box de emergência trazidos pelo SAMU, Bombeiros, Ambulâncias comuns e por demanda espontânea (via classificação de risco);	Técnico de Enfermagem
06	Realizar a monitorização multiparamétrica e coletar sinais vitais (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem
07	Preparar pacientes para consultas e exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos;	Técnico de Enfermagem

08	Realizar punção venosa, de preferência, acessos em vias calibrosas;	Técnico de Enfermagem
09	Realizar medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem
10	Retirar os pertenses dos pacientes, amazená-los em recipiente próprio, fazer a identificação e entregá-los ao secretário da emergência;	Técnico de Enfermagem
11	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem
12	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura;	Técnico de Enfermagem
13	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem
14	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruições médicas ou de enfermegem;	Técnico de Enfermagem
15	Auxiliar na preparação do corpo após o óbito;	Técnico de Enfermagem
16	Fazer o relatório de enfermegem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem
17	Encaminhar paciente para exames.	Técnico de Enfermagem
18	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem

9. INDICADORES

Não se aplica.

10.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

11. ANEXOS

Não se aplica

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DAS ENFERMARIAS DE OBSERVAÇÃO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados nas enfermarias de observação.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem
02	Verificar e garantir o bom funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares do box de internações e estabilização;	Técnico de Enfermagem
03	Manter a organização das enfermarias de observação (masculina e feminina) para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem

04	Receber os pacientes nas enfermarias de observação (masculina e feminina), provenientes da emergência, ortopedia e ambulatório;	Técnico de Enfermagem
05	Aferir sinais vitais seguindo periodicidade estabelecida pela instituição (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem
06	Realizar cuidados com a higiene (banho no leito ou banho de chuveiro; higiene oral e higiene íntima);	Técnico de Enfermagem
07	Realizar mudança de decúbito dos pacientes acamados ou com mobilidade física reduzida;	Técnico de Enfermagem
08	Realizar troca de punção venosa, seguindo o protocolo institucional ou conforme necessário;	Técnico de Enfermagem
09	Realizar medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem
10	Aministrar dieta conforme prescrição;	Técnico de Enfermagem
11	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem
12	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura, quando necessário;	Técnico de Enfermagem
13	Acompanhar para exames diversos, pacientes que estiverem em oxigenoterapia via cateter nasal ou máscara facil, após avaliação e orientação do enfermeiro supervisor;	Técnico de Enfermagem
14	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem
15	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruições médicas ou de enfermegem;	Técnico de Enfermagem
16	Realizar orientação para acompanhantes;	Técnico de Enfermagem
17	Fazer o relatório de enfermegem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem

18	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem

7. INDICADORES

Não se aplica.

8.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DIARISTA

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelo técnico de enfermagem diarista.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas em enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

BIC – Bomba de Infusão Contínua;

SVD – Sonda Vesical de Demora;

SNE – Sonda Nasoentérica;

OS – Ordem de Serviço.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Técnico de enfermagem diarista.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Verificar datas de equipos;	Técnico de Enfermagem Diarista
02	Verificar identificação de BIC;	Técnico de Enfermagem Diarista
03	Verificar identificação de frascos de medicações que estiverem em infusão;	Técnico de Enfermagem Diarista
04	Verificar identificação, demarcação e fixação de SVD;	Técnico de Enfermagem Diarista
05	Verificar identificação de SNE;	Técnico de Enfermagem Diarista
06	Verificar data de validade das punções venosas e solicitar troca caso estejam vencidas;	Técnico de Enfermagem Diarista
07	Verificar data de validades dos filtros utilizados pela equipe de fisioterapia, e solicitar troca caso estejam vencidos;	Técnico de Enfermagem Diarista
08	Verificar data de validade dos frascos de aspiração, e solicitar troca caso estejam vencidos;	Técnico de Enfermagem Diarista
09	Verificar se todas as almotolias estão identificadas com a data da abertura e data de troca;	Técnico de Enfermagem Diarista
10	Verificar se todos os pacientes estão identificados com a pulseira de identificação;	Técnico de Enfermagem Diarista
11	Verificar o uso da caixa de descarte de perfurocortantes, se está sendo seguida as recomendações institucionais;	Técnico de Enfermagem Diarista
12	Abrir O.S. para manutenção predial caso necessário;	Técnico de Enfermagem Diarista

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

10. ANEXOS

Não se aplica

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO CORREDOR

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados no corredor.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

EDA – Endoscopia;

TC – Tomografia Computadorizada;

PS – Pronto Socorro.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor

01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem do corredor
02	Verificar e garantir o bom funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares utilizados no corredor;	Técnico de Enfermagem do corredor
03	Manter a organização do corredor para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem do corredor
04	Receber os pacientes no corredor, provenientes da classificação de risco ou do box de emergência;	Técnico de Enfermagem do corredor
05	Receber a ficha do paciente proveniente da classificação de risco;	Técnico de Enfermagem do corredor
06	Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;	Técnico de Enfermagem do corredor
07	Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre as normas e rotinas do hospital;	Técnico de Enfermagem do corredor
08	Coletar informações sobre a história clínica do paciente;	Técnico de Enfermagem do corredor
09	Verificar sinais vitais (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem do corredor
10	Instalar punção venosa;	Técnico de Enfermagem do corredor
11	Administrar as medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem do corredor

12	Encaminhar paciente para realização de exames conforme a prescrição;	Técnico de Enfermagem do corredor
13	Providenciar placa de identificação e colocá-la na porção distal da maca;	Técnico de Enfermagem do corredor
14	Solicitar o laboratório em caso de exames de urgência;	Técnico de Enfermagem do corredor
15	Higienizar as mãos;	Técnico de Enfermagem do corredor
16	Realizar as anotações no prontuário do paciente;	Técnico de Enfermagem do corredor
17	Preparar o paciente conforme a conduta (internação ou centro cirúrgico);	Técnico de Enfermagem do corredor
18	Sinalizar nas macas dos pacientes quando estiverem aguardando vaga de enfermaria, UTI, EDA, TC ou em observação no PS;	Técnico de Enfermagem do corredor
19	Realizar orientações pré-operatórias (quando necessário);	Técnico de Enfermagem do corredor
20	Retirar os pertences dos pacientes, armazená-los em recipiente próprio, fazer a identificação e entregá-los ao secretário da emergência;	Técnico de Enfermagem do corredor
21	Administrar dieta conforme prescrição;	Técnico de Enfermagem do corredor

22	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem do corredor
23	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura, quando necessário;	Técnico de Enfermagem do corredor
24	Acompanhar para exames diversos, pacientes que estiverem em oxigenoterapia via cateter nasal ou máscara fácil, após avaliação e orientação do enfermeiro supervisor;	Técnico de Enfermagem do corredor
25	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem do corredor
26	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruções médicas ou de enfermagem;	Técnico de Enfermagem do corredor
27	Fazer o relatório de enfermagem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem do corredor
28	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem do corredor

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO ISOLAMENTO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados nos isolamentos.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
02	Verificar e garantir o bom funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares do box de internações e estabilização;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
03	Manter a organização dos isolamentos para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
04	Utilizar os EPI's conforme o tipo de precaução (máscara N95, avental, luvas, óculos de proteção);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
05	Receber os pacientes nos isolamentos, provenientes da emergência ou das enfermarias quando estiverem em algum tipo de precaução específica (aerossóis, gotículas ou contato);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
06	Realizar a monitorização multiparamétrica e coletar sinais vitais (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
07	Realizar cuidados com a higiene (banho no leito ou banho de chuveiro; higiene oral e higiene íntima);	Técnico de Enfermagem do Isolamento

08	Realizar mudança de decúbito dos pacientes que permanecem aguardando vaga de UTI e enfermaria;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
09	Realizar troca de punção venosa, seguindo o protocolo institucional ou conforme necessário;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
10	Realizar medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
11	Administrar dieta conforme prescrição;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
12	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
13	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura, quando necessário;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
14	Acompanhar para exames diversos, pacientes que estiverem em oxigenoterapia via cateter nasal ou máscara fácil, após avaliação e orientação do enfermeiro supervisor;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
15	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
16	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruções médicas ou de enfermagem;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
17	Auxiliar na preparação do corpo após o óbito;	Técnico de Enfermagem do Isolamento
18	Fazer o relatório de enfermagem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem do Isolamento
19	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem do Isolamento

7. INDICADORES

Não se aplica.

8.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO BOX DE INTERNAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem que estiverem escalados nos BOX de internação e estabilização.

2. DEFINIÇÕES

O técnico de enfermagem deve desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência à saúde. É necessário que o técnico de enfermagem esteja capacitado para agir com segurança técnica, tendo conhecimento dos protocolos que norteiam o atendimento de urgência. Além do conhecimento, a atenção é um aspecto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa.

3. SIGLAS

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR – Frequência Respiratória;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Técnicos de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
02	Verificar e garantir o bom funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares do box de internações e estabilização;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
03	Manter a organização dos box de internação e estabilização para receber os pacientes;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização

04	Receber os pacientes nos box de internação e na estabilização, provenientes do box de emergência ou corredor;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
05	Realizar a monitorização multiparamétrica e coletar sinais vitais (PA; FC; FR; Temperatura; Glicemia);	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
06	. Realizar cuidados com a higiene (banho no leito ou banho de chuveiro; higiene oral e higiene íntima);	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
07	Realizar mudança de decúbito dos pacientes que permanecem aguardando vaga de UTI e enfermaria;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
08	Realizar troca de punção venosa, seguindo o protocolo institucional ou conforme necessário;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
09	Realizar medicações conforme prescrição médica;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
10	Administrar dieta conforme prescrição;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
11	Auxiliar equipe médica e de enfermagem na realização de procedimentos;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
12	Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura, quando necessário;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
13	. Acompanhar para exames diversos, pacientes que estiverem em oxigenoterapia via cateter nasal ou máscara fácil, após avaliação e orientação do enfermeiro supervisor;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização

14	Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
15	Realizar exames de eletrocardiograma, seguindo instruções médicas ou de enfermagem;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
16	Auxiliar na preparação do corpo após o óbito;	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
17	Fazer o relatório de enfermagem no prontuário do paciente (sistema MV);	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização
18	Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.	Técnico de Enfermagem Internação e Estabilização

7. INDICADORES

Não se aplica.

8.REFERÊNCIAS

Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno urgência e emergência/coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	

Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO BOX DE INTERNAÇÃO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos enfermeiros que estiverem escalados nos BOX de internação.

2. DEFINIÇÕES

O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórico-científica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Por isso, a constante atualização desses profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe se torna crucial. O enfermeiro "deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas.

Na literatura brasileira, alguns estudos abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas para o seu exercício eficaz este profissional precisa buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes destacamos o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecerem a si mesmo e para a eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Realizando um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência, dentre as características apontadas pelos atores participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas como as mais importantes e necessárias aos enfermeiros.

Na unidade de emergência, em que realizamos o estudo, as atividades de enfermagem são organizadas de acordo com a modalidade de Assistência Trabalho em Equipe (ATE). Assim desenvolvemos uma pesquisa sobre a liderança do enfermeiro que atua nesse setor, tendo como referencial teórico a Liderança Situacional (modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da unidade de emergência exercem e deveriam adotar com o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem estilos de liderança participativos em modelos de gerenciamento colegiado. Os resultados de análise da liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma demonstraram que houve predominância das características de liderança instrumental dos enfermeiros, ou seja, esses profissionais estavam orientados para o alcance dos objetivos, definição de funções e responsabilidade, criação de sistemas de controle e recompensa do trabalho desenvolvido na unidade.

Ao reportar os estudos referidos podemos afirmar que para o enfermeiro de unidade de emergência exercer a liderança de forma eficaz esse profissional precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua praxe profissional.

3. SIGLAS

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

SNE – Sonda Nasoentérica.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Receber e passar o plantão;	Enfermeiro Box de Internação
02	Escalar os técnicos (fazer escala de técnicos);	Enfermeiro Box de Internação
03	Organizar os prontuários dos pacientes que se encontram nos box (1-5) e estabilização de acordo com cada especialidade; Pacientes intubados deverão ser acompanhados e prescritos pela clínica médica.	Enfermeiro Box de Internação
04	Avaliar todos os pacientes, fazendo evolução de enfermagem; Preenchimento da SAE (obrigatório).	Enfermeiro Box de Internação
05	Caso os pacientes tenham curativos complexos, realizar o procedimento;	Enfermeiro Box de Internação
06	Passar SNE quando solicitado;	Enfermeiro Box Internação
07	Supervisionar a equipe de enfermagem (higiene 2x/dia), medicamentos e SSW a cada 3 h;	Enfermeiro Box de Internação
08	Todos os procedimentos deverão ser relatados no prontuário;	Enfermeiro Box de Internação
09	Cobrar os relatórios dos técnicos de enfermagem (obrigatório);	Enfermeiro Box de Internação
10	Caso algum dos pacientes estejam sob seus cuidados necessitar de centro cirúrgico, solicitar sala;	Enfermeiro Box de Internação

11	Encaminhar as 2ª vias das prescrições para a farmácia;	Enfermeiro Internação	Box de
12	Os pacientes que forem transferidos para UTI serão acompanhados pela supervisora assistencialista; Antes de encaminhar os pacientes, verificar se o paciente está com as sondas identificadas, acesso venoso, (drogas vasoativas deverão estar em acesso central) e curativos. Prontuário deverá estar completo (ficha de 1º atendimento, AIH, prescrições, exames).	Enfermeiro Internação	Box de
13	Colher os exames solicitados;	Enfermeiro Internação	Box de
14	Conferir os kits de medicações dos pacientes;	Enfermeiro Internação	Box de
15	Supervisionar o serviço de limpeza, solicitando a realização de desinfecção sempre que necessário; O enfermeiro assistencialista é responsável pelos cuidados dos pacientes que aguardam vaga de UTI na unidade e na estabilização, até a transferência;	Enfermeiro Internação	Box de
16	Fazer relatório de ocorrência na unidade diuturnamente.	Enfermeiro Internação	Box de

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

SANTANA, L.F.; PARIS, M.C.; GABRIEL, K.O.F.; ROSA, W.F.; PETRY, I.L.; ALVES, J.N.B; ROSSA, T.A. Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, 2021.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES DO SECRETÁRIO DAS ENFERMARIAS DE OBSERVAÇÃO

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelos funcionários que estiverem lotados para cargo e função de secretário no setor das enfermarias de observação do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

2. DEFINIÇÕES

O secretário (a) tem por responsabilidade organizar, sistematizar, registrar e documentar todos os fenômenos que se processam no domínio da unidade em que desempenha suas funções laborais, permitindo o seu funcionamento administrativo e afiançando sua legalidade e a validade de seus atos.

3. SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

TC – Tomografia Computadorizada;

RX – Radiografia;

EDA – Endoscopia Digestiva Alta;

NIR – Núcleo Interno de Regulação;

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado;

SAME – Serviço de Arquivamento Médico e Estatística;

CME – Central de Material de Esterilização.

4. PÚBLICO ALVO

Secretário da emergência.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Papel;

Caneta;

Caderno ata;

Caderno de protocolo;

Computador;

Aparelho telefônico.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor

01	Receber e passar plantão, sinalizando intercorrências e pendencias;	Secretário das enfermarias de observação
02	Verificar se todos os pacientes estão identificados;	Secretário das enfermarias de observação
03	Realizar as identificações dos pacientes conforme demanda de entrada nas enfermarias de observação;	Secretário das enfermarias de observação
04	Verificar pendencia de turno anterior e dar seguimento de resolutividade a elas (pertences que ainda não foram protocolados e entregues);	Secretário das enfermarias de observação
05	Protocolar pertences de pacientes, identificados e entregues pela equipe de enfermagem;	Secretário das enfermarias de observação
06	Encaminhar pertences dos pacientes ao setor de guarda pertences;	Secretário das enfermarias de observação
07	Protocolar e encaminhar pedidos de exames de imagem no geral (TC, RX, EDA);	Secretário das enfermarias de observação
08	Repor material de almoxarifado conforme necessidade da unidade;	Secretário das enfermarias de observação
09	Abrir ordem de serviço para manutenção predial e engenharia clínica conforme demanda da unidade;	Secretário das enfermarias de observação
10	Realizar orientação de acompanhante;	Secretário das enfermarias de observação
11	Acionar presença do acompanhante, quando necessário;	Secretário das enfermarias de observação
12	Acionar equipe de segurança, quando necessário;	Secretário das enfermarias de observação
13	Auxiliar equipe de enfermagem e equipe médica, conforme demandas administrativas;	Secretário das enfermarias de observação
14	Fazer solicitação material de CME, conforme necessidade da unidade;	Secretário das enfermarias de observação

15	Fazer solicitação de material de farmácia, conforme necessidade da unidade;	Secretário das enfermarias de observação
16	Registar em livro ATA a entrada e saída de pacientes;	Secretário das enfermarias de observação
17	Encaminhar ao setor do SAME os prontuários dos pacientes que foram de alta ou óbito.	Secretário das enfermarias de observação
18	Registrar, ao final do turno de trabalho, todas as atividades desenvolvidas e pendencias caso houverem.	Secretário das enfermarias de observação

8. INDICADORES

Estatística do fluxo da emergência.

9. REFERÊNCIAS

FREITAS, M. E. Cultura organizacional: formação, tipologias e impacto. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991. HANDY, C.

Deuses da administração: como enfrentar as constantes mudanças da cultura empresarial. Trad. Ricardo Gouveia. 2. ed. São Paulo: Saraiva, Editora SENAC: São Paulo, 1994.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001, 271-282.

NADLER, D. A. et. all. (org). Arquitetura organizacional: a chave para a mudança empresarial. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JOHAN, S. L. Gestão da cultura corporativa: como as organizações de alto desempenho gerenciam sua cultura organizacional. São Paulo: Saraiva, 2004.

SILVA, D. N. et. all. Cultura organizacional: uma revisão da literatura. Revista Alcance (administração). Ano VI, n.1. Itajaí, maio, 1999, p. 77-84.

CHIAVENATO, I. Comportamento Organizacional. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CORDEIRO, J. V.; RIBEIRO, R.V. Gestão Empresarial. Curitiba: Gazeta do Povo,2002.

CIELO, I. D. O secretário-executivo e as novas competências profissionais. Palestra proferida na UNIAMÈRICA, Foz do Iguaçu, 14 de nov.2003.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO DIARISTA

1. OBJETIVO

Definir especificadamente as atribuições que deverão ser desenvolvidas pelo enfermeiro diarista.

2. DEFINIÇÕES

O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde

e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórico-científica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Por isso, a constante atualização desses profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe se torna crucial. O enfermeiro "deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas.

Na literatura brasileira, alguns estudos abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas para o seu exercício eficaz este profissional precisa buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes destacamos o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecerem a si mesmo e para a eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Realizando um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência, dentre as características apontadas pelos atores participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas como as mais importantes e necessárias aos enfermeiros.

Na unidade de emergência, em que realizamos o estudo, as atividades de enfermagem são organizadas de acordo com a modalidade de Assistência Trabalho em Equipe (ATE). Assim desenvolvemos uma pesquisa sobre a liderança do enfermeiro que atua nesse setor, tendo como referencial teórico a Liderança Situacional (modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da unidade de emergência exercem e deveriam adotar com o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem estilos de liderança participativos em modelos de gerenciamento colegiado. Os resultados de análise da liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma demonstraram que houve predominância das características de liderança instrumental dos enfermeiros, ou seja, esses profissionais estavam orientados para o alcance dos objetivos, definição de funções e responsabilidade, criação de sistemas de controle e recompensa do trabalho desenvolvido na unidade.

Ao reportar os estudos referidos podemos afirmar que para o enfermeiro de unidade de emergência exercer a liderança de forma eficaz esse profissional precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua praxe profissional.

3. SIGLAS

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais;

PAV – Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica;

ITU – Infecção de Trato Urinário;

ISC – Infecção de Sítio Cirúrgico;

ICS – Infecção de Corrente Sanguínea;

POP – Procedimento Operacional Padrão;

BH – Balanço Hídrico;

NR – Norma Regulamentadora.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro diarista.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

- Carimbo.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

N°	Descrição das atividades	Executor
01	Verificar o funcionamento de todos os equipamentos médico-hospitalares;	Enfermeiro Diarista
02	Abrir O.S para o setor de engenharia clínica para reparo de equipamentos médico-hospitalares, caso necessário;	Enfermeiro Diarista
03	Realizar ações de educação continuada com as equipes;	Enfermeiro Diarista

04	Auxilio na construção dos POP's;	Enfermeiro Diarista
05	Verificar de escala de trabalho;	Enfermeiro Diarista
06	Verificar organização do setor;	Enfermeiro Diarista
07	Verificar o preenchimento dos check list pela equipe;	Enfermeiro Diarista
08	Verificar o seguimento dos bundles de prevenção (PAV, ITU, ISC, ICS);	Enfermeiro Diarista
09	Verificar a realização da SAE pelos enfermeiros assistenciais;	Enfermeiro Diarista
10	Verificar a realização dos relatórios, BH e SSVV, pelos técnicos de enfermagem;	Enfermeiro Diarista
11	Verificar se todos os pacientes estão sendo identificados de forma correta pelo secretário;	Enfermeiro Diarista
12	Verificar o cumprimento da NR 32 e demais normas institucionais;	Enfermeiro Diarista
13	Auxiliar equipe de chefia nas demandas administrativas, quando necessário.	Enfermeiro Diarista

8. INDICADORES

Não se aplica.

9.REFERÊNCIAS

SANTANA, L.F.; PARIS, M.C.; GABRIEL, K.O.F.; ROSA, W.F.; PETRY, I.L.; ALVES, J.N.B; ROSSA, T.A. Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, 2021.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

1. OBJETIVO

Diminuir a taxa de mortalidade e redução de sequelas por trauma, através da normatização da abordagem multidisciplinar de assistência ao paciente politraumatizado desde o momento da comunicação do pré-hospitalar e/ou chegada do paciente ao pronto-socorro até o momento da sua alta.

2. DEFINIÇÕES

2.1 TRAUMA

O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas.

2.2 TRAUMA MAIOR

Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios:

Parâmetros vitais:

- ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.

Anatomia da lesão:

- Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho;

- Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus;

- Suspeita clínica de instabilidade da pelve;

- Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero); o Paralisia de um ou mais membros;

- Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo.

Impacto violento:

- Ejeção do veículo;

- Velocidade do veículo superior a 60 km/h;

- Deformação externa superior a 50 cm;

- Intrusão da lataria superior a 30 cm;

- Capotamento do veículo;

- Morte de um ocupante do mesmo veículo;

- Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com velocidade superior a 10 km/h;

- Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com projeção à distância ou amputação traumática;

- Queda de motocicleta em velocidade superior a 40 km/h; Queda de motocicleta com projeção à distância, ou impacto secundário, ou amputação traumática;

- Queda de altura superior a 6 m; o Remoção de ferragens com tempo superior a 20 min.

Condições clínicas de risco aumentado:

- Idade < 12 anos ou > 70 anos;

- Gravidez confirmada ou presumida;

- Doenças crônicas graves;

- Terapia com anticoagulante (CHIARA, 2009).

2.3 TRAUMA MENOR

Trauma menor é aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadra em um ou mais dos critérios:

- Dados vitais normais;

- Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada o Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível;

- Trauma torácico com dor leve sem dispnéia;

- Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias;

- Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior.

2.4 TRAUMATISMO ABDOMINAL ABERTO PENETRANTE

Cursa com solução de descontinuidade da pele e ultrapassa a camada do peritônio.

2.5 TRAUMATISMO ABDOMINAL ABERTO NÃO PENETRANTE

Cursa com solução de descontinuidade da pele e não ultrapassa o peritônio.

2.6 TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO

Não ocorre solução de descontinuidade e as lesões ocorrem por mecanismo indireto, podendo cursar com compressão e esmagamento/cisalhamento de vísceras abdominais; hemorragia; ruptura de órgãos e vasos abdominais além de lesões por desaceleração.

2.7 TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ABERTO

Presença de uma solução de continuidade com a dura-máter.

2.8 ETIOLOGIA

Acidentes automobilísticos, atropelamentos e colisões;

Quedas;

Acidente de recreação (jogos de contato, mergulho);

Agressões interpessoais;

Ferimento por projétil de arma de fogo;

Ferimento por arma branca;

Lesão por corrente elétrica.

2.9 INCIDÊNCIA

Anualmente 5,8 milhões de pessoas morrem por trauma em todo o mundo, o que corresponde a 10% de todas as causas de morte e, sem as devidas intervenções, prevê-se que esta proporção aumentará até 2030. Os traumas respondem também pela maioria de incapacitações permanentes. A maior parte dos traumas ocorre entre pessoas de 5 a 44 anos, ou seja, crianças, jovens e adultos jovens(1).

No Brasil, de acordo com dados do DATASUS(2), anualmente 130 mil pessoas morrem por trauma e 450 mil ficam com sequelas graves, como: incapacidade para deambular, complicações na fala, dificuldades em pronúncias, em estudar ou ainda em exercer alguma atividade.

2.10 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PRIORIDADE

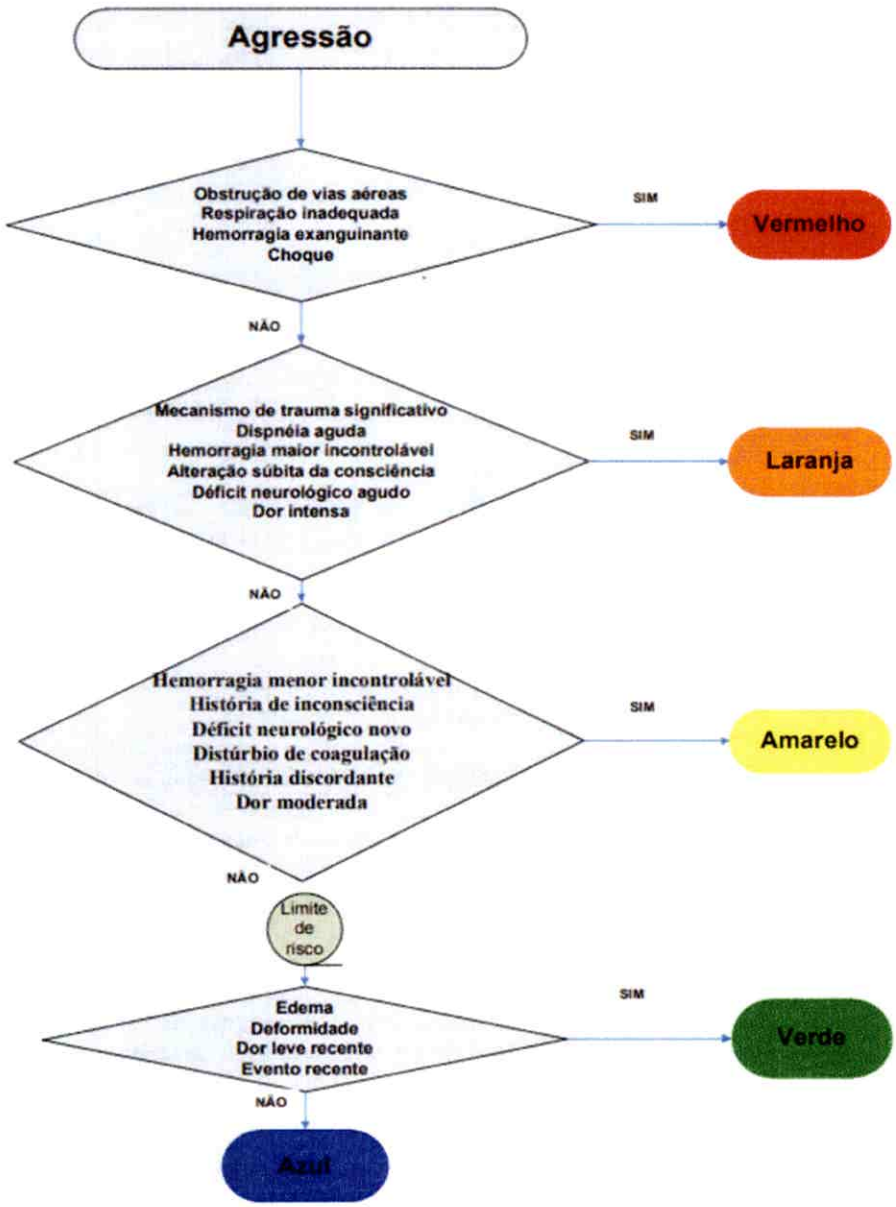
A classificação de risco tem como finalidade identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos. A escala de classificação, segundo o Protocolo de Manchester, é a seguinte:

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergência	Vermelha	0 min.
2	Muito urgente	Laranja	10 min.
3	Urgente	Amarelo	1h
4	Pouco urgente	Verde	2 h
5	Não urgente	Azul	4 h

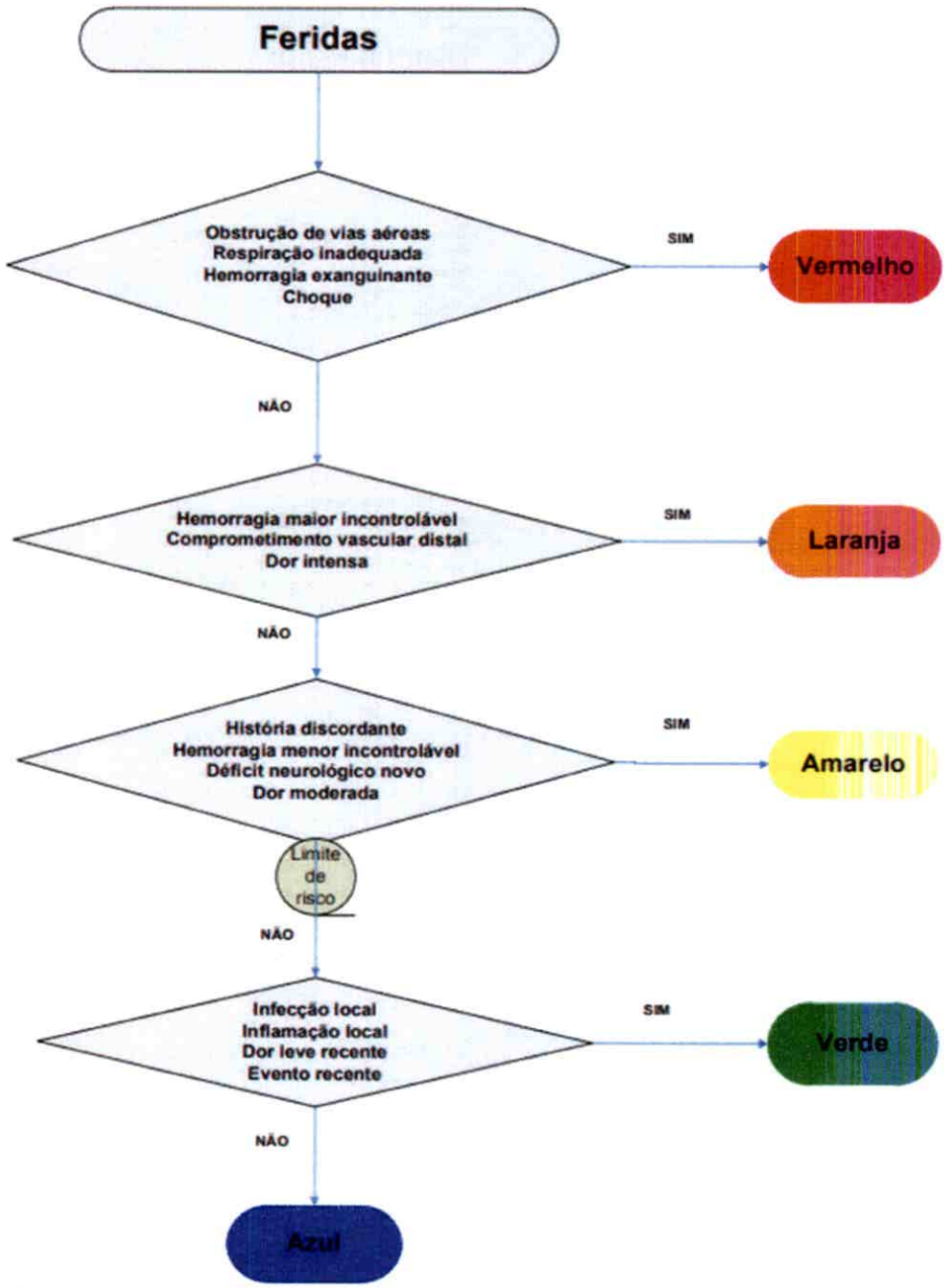
FLUXOGRAMA 1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PRIORIDADE – FLUXOGRAMA	
Discriminadores	**Explicação**
Alteração súbita da consciência	Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência.
Comorbidade importante	Qualquer condição médica pré-existente que requeira medicação contínua ou outros cuidados.
Comprometimento vascular distal	Haverá associação de palidez, diminuição da temperatura, alteração de sensibilidade e dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Déficit neurológico novo	Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h.
Deformidade	Isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais.
Dispnéia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou súbita piora de falta de ar crônica
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Dor pleurítica	Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Edema	Inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho.
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente esteve inconsciente e por quanto tempo. Caso contrário, se paciente que não se lembra do incidente deve-se presumir que esteve inconsciente.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso.
Infecção local	Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.
Inflamação local	Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou arma de fogo) e trauma com alta transferência de energia como quedas de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 65 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.

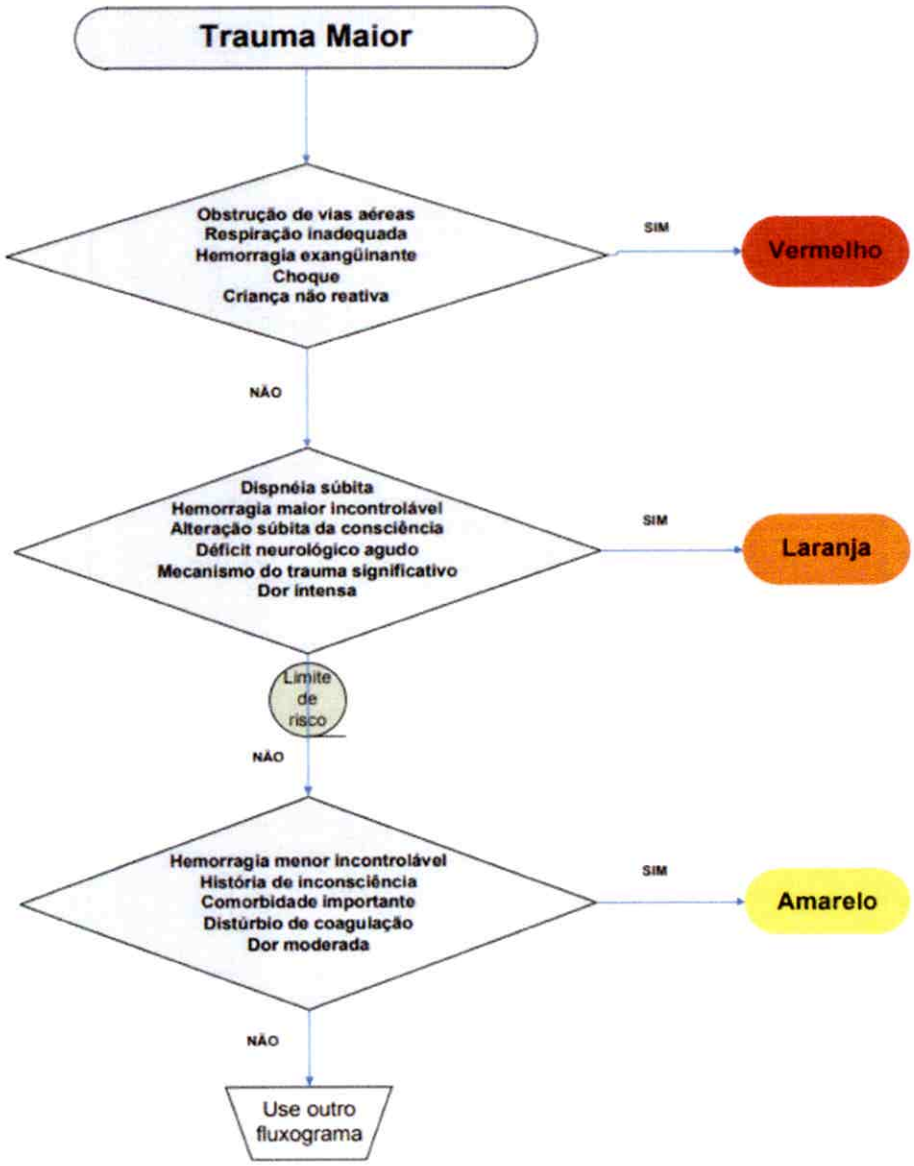
FLUXOGRAMA 2



FLUXOGRAMA 3

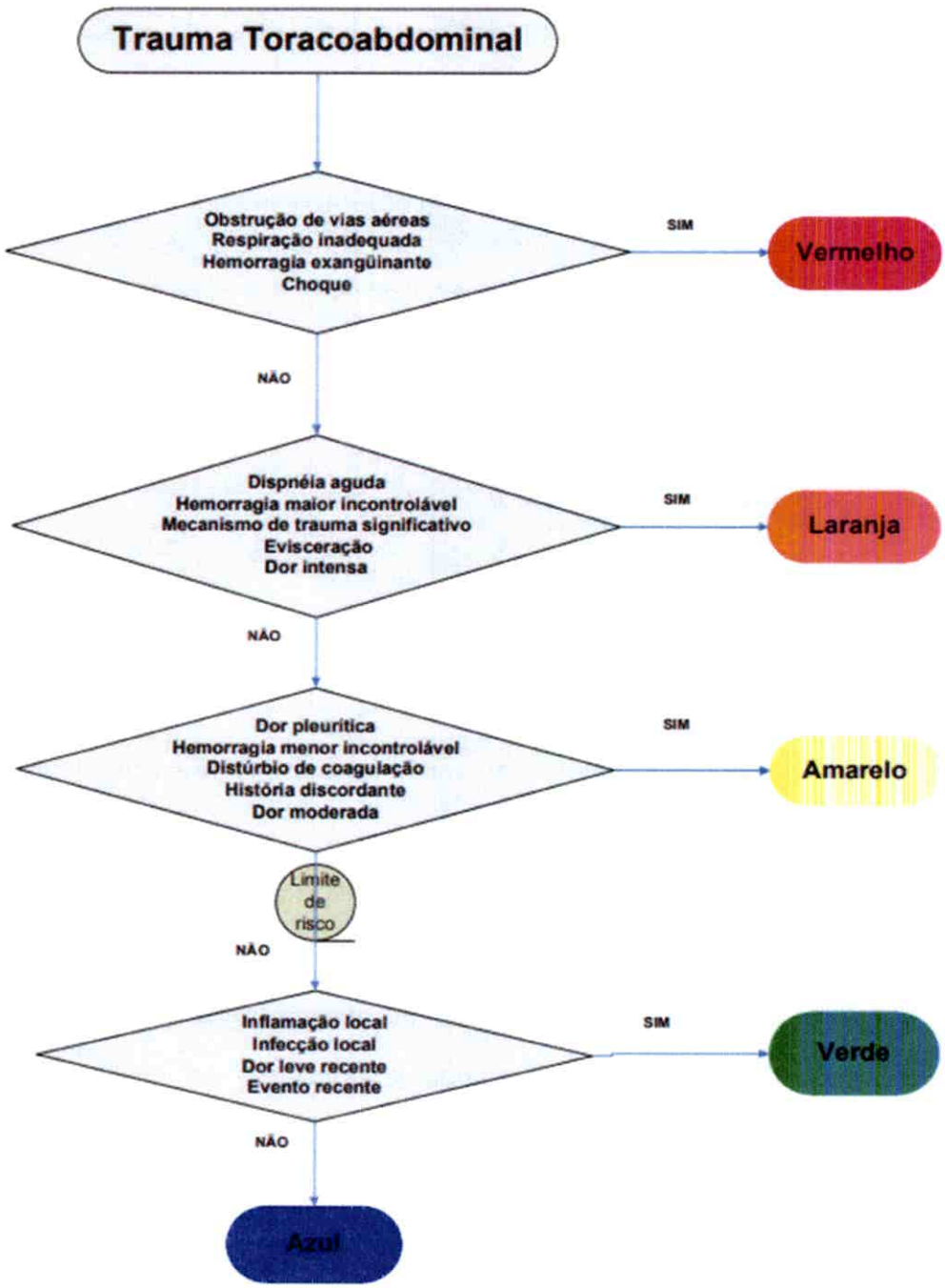


FLUXOGRAMA 4



FLUXOGRAMA 5

2.11



DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo ATLS. Reanimação frente a parada cardiocirculatória é realizada imediatamente após o diagnóstico. Avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma sequência lógica de condições de risco à vida, conhecida como "ABCDE" (CHIARA, 2009). A avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition – Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) é efetuada e esta avaliação primária em até 2 a 5 minutos. Tratamento simultâneo de lesões potencialmente fatais pode ser feito.

Avaliação Primária no Politrauma: o *ABCDE*

A	*Airway*	Via aérea
B	*Breathing*	Respiraçao
C	*Circulation*	Circulação
D	*Disability*	Disfunção neurológica
E	*Exposition*	Exposição

A. VIAS AÉREAS E COLUNA CERVICAL

Inicialmente, é avaliada a permeabilidade das vias aéreas superiores:

→ Capacidade do paciente falar;

→ Inspeção da cavidade oral, buscando possível obstrução da via aérea:

Queda de língua;

Presença de vômito, sangue, corpo estranho na cavidade oral;

Trauma bucomaxilofacial;

Queimadura extensa de face com acometimento da cavidade oral;

A respiração tipo gasping, estridor laríngeo.

→ Em obstrução real ou potencial de vias aéreas, fazer manobras para sua liberação:

Aspiração;

Anteriorização do mento;

Posicionamento da cânula orofaríngea;

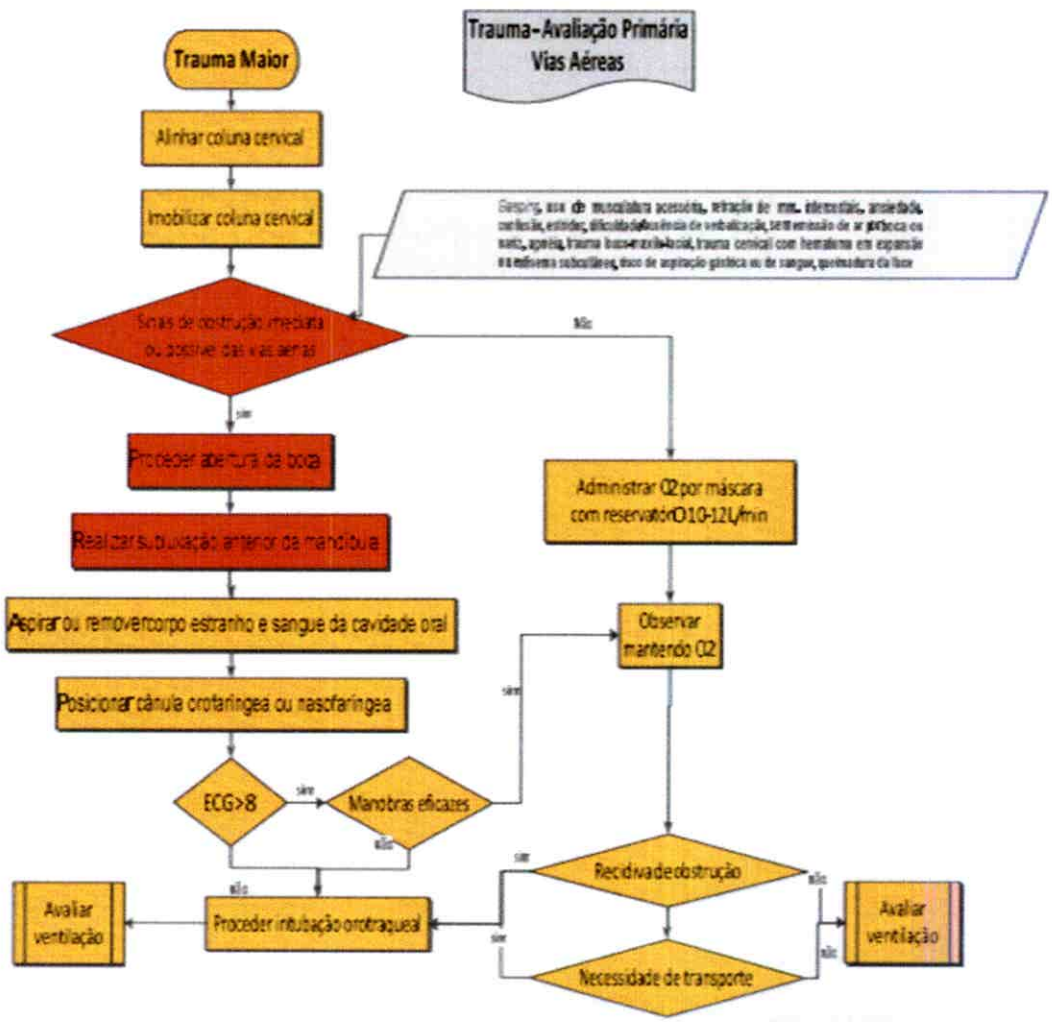
Administração de oxigênio 10-12L/min em máscara com reservatório;

Intubação traqueal se necessário.

Intubação via nasotraqueal no potencial trauma maxilofacial é contraindicada.

Traqueostomia pode ser necessária em traumas faciais com fraturas graves de mandíbula e maxila.

→ Politrauma deve ter coluna cervical imobilizada até lesão raquimedular ser descartada:



B. VENTILAÇÃO

Avaliação da ventilação se faz através da inspeção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Os diagnósticos a serem buscados são:

Pneumotórax hipertensivo;

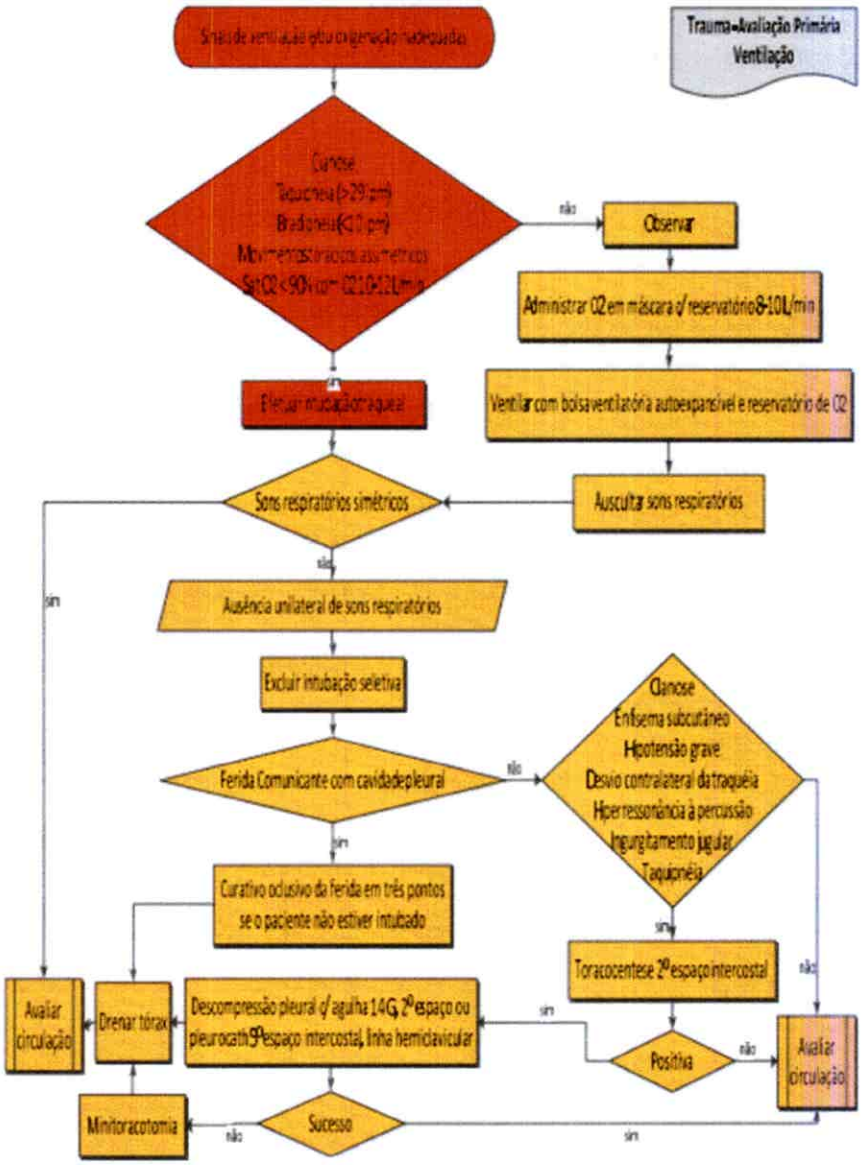
Pneumotórax aberto;

Tórax instável;

Hemotórax maciço.

Alteração da Ventilação no Trauma	
Causa	**Conduta**
Pneumotórax hipertensivo	Toracocentese imediata e/ou toracotomia com drenagem torácica fechada
Pneumotórax aberto	Curativo de três pontos imediatamente (paciente não intubado)
	Drenagem torácica é tratamento definitivo
Tórax instável	Intubação e ventilação com pressão positiva
Hemotórax maciço	Toracotomia com drenagem torácica fechada
- Se ar sob pressão	Descompressão pleural
- Descompressão negativa ou resultar em sangue	Preferir Rx Tórax antes de qualquer outro procedimento

C.



CIRCULAÇÃO

No manuseio do traumatizado o choque deve ser sempre considerado (e tratado), a princípio, como hemorrágico. Como sequência para exame deve-se:

Pesquisar e controlar fontes de sangramento externo, mediante compressão; puncionar dois acessos periféricos calibrosos (14-16 G) e, na impossibilidade de estes obter acesso central;

Colher amostra de sangue para prova cruzada (lactato, troponina no trauma cardíaco, BHCG para mulheres jovens);

Em caso de choque, realizar reposição volêmica, utilizando solução salina (SF 0,9%, em bolus de 2000ml). Para cada ml de sangue perdido repõe-se 3ml de cristaloide isotônico. A hemotransfusão é somente indicada em caso de choque grau III e IV.

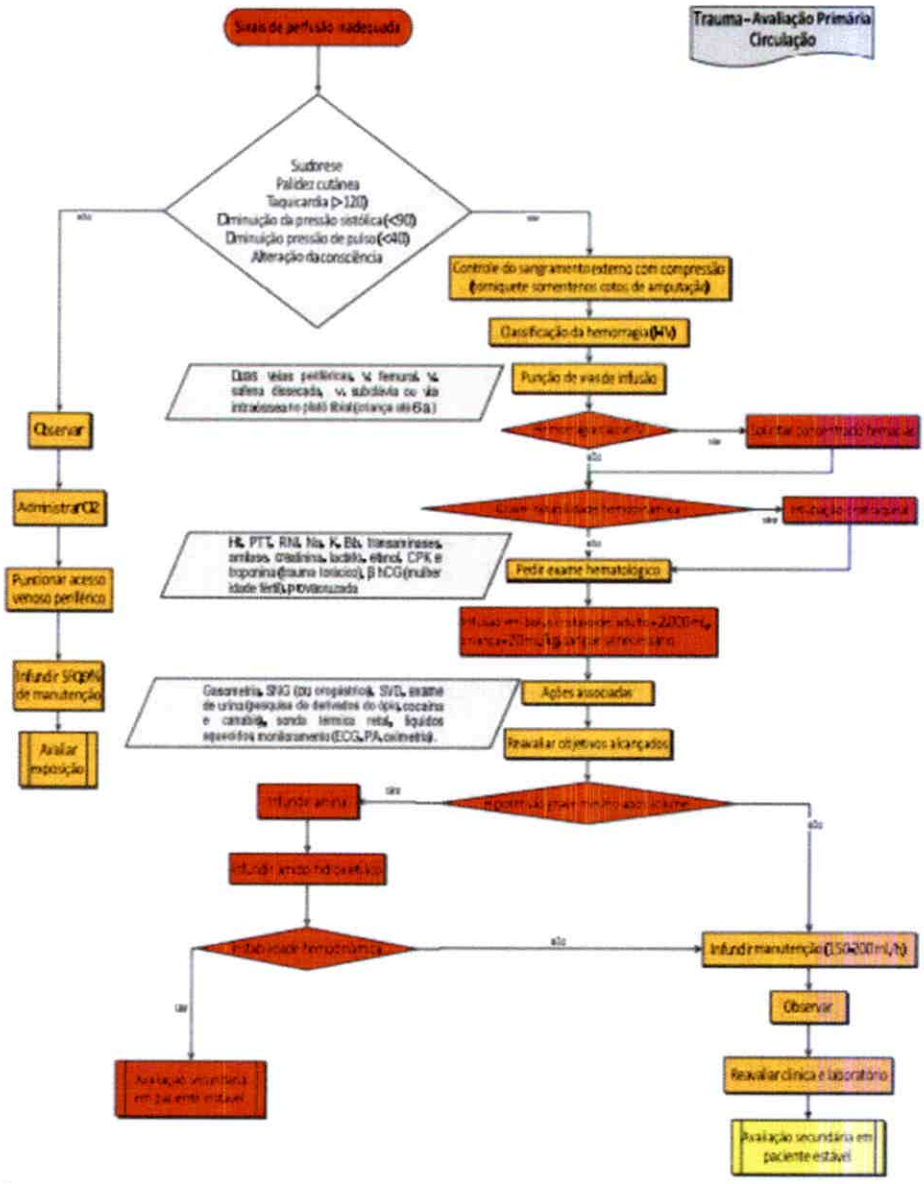
Logo que se finaliza a infusão devem-se reavaliar os parâmetros hemodinâmicc classificando em adequada, transitória, ausente.

ATENÇÃO! Avaliar possibilidade de:

- Choque cardiogênico;
- Choque obstrutivo causado por
  - Pneumotórax hipertensivo,
  - Tamponamento cardíaco;
- Choque neurogênico:
  - Deverá ser tratado com infusão de volumes e drogas vasoativas.

D.

EXAME



NEUROLÓGICO

O exame neurológico durante a avaliação primária é realizado:

Classificando o paciente de acordo a Escala de Coma de Glasgow (ECG);

Examinando a pupila (diâmetro e reatividade à luz);

➢ Motricidade dos membros.

A pontuação definitiva da ECG só é atribuída após manobras de reanimação com resolução dos problemas respiratórios e circulatórios. Devem-se conhecer os valores normais e a modalidade de classificação da ECG em crianças em idade pré-escolar pelas particularidades na maneira de se expressar e locomover.

Escala de Coma de Glasgow		
Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhum	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece ao comando	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

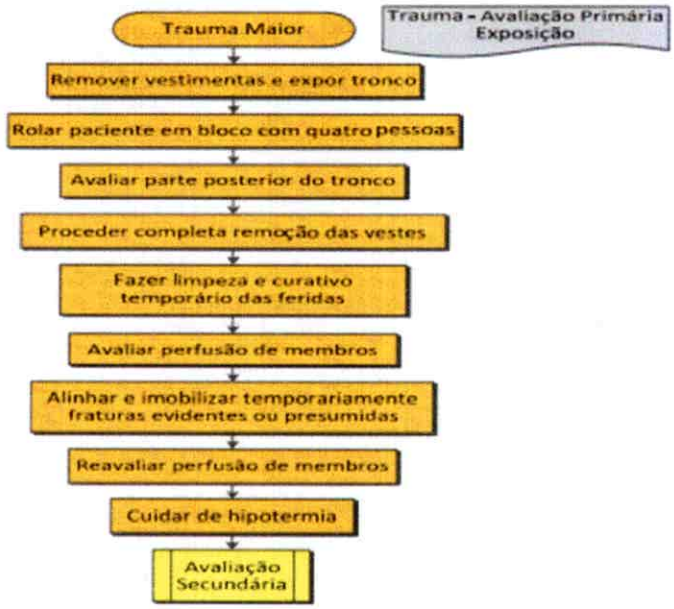
A ECG que categoriza a gravidade do traumatismo craniano deve ser calculada na ausência de efeitos de fármacos sedativos (janela farmacológica de tempo suficiente para a eliminação do fármaco) e uma vez excluído o efeito de álcool ou drogas.

Classificação do Traumatismo Cranioencefálico	
TCE leve	ECG = 15 - 14
TCE moderado	ECG = 13 - 9
TCE grave	ECG < 9

E. EXPOSIÇÃO

Remoção de toda vestimenta é realizada na chegada, com exposição do tórax e membros superiores para avaliação, monitoramento e punção venosa. Durante este momento é realizada a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e realização do exame do dorso, que compreende a inspeção e palpação. Posteriormente faz-se a limpeza e medicação temporária das feridas, posicionamento de talas e tutores ortopédicos e, por fim, o paciente é coberto com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor.

EXAMES A NÍVEL PRIMÁRIO



Esses exames são efetuados após a avaliação primária e antes da avaliação secundária, para identificar condições que rapidamente podem piorar e que requerem tratamento imediato, ou que requerem lesões aprofundamento diagnóstico de segundo nível.

Exames de Nível Primário	
Radiografia de tórax e pelve	
E-FAST (*Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma*)	
Exames laboratoriais	Hemograma

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Realiza-se a anamnese com o paciente (se cooperativo), com parentes e com pessoal do atendimento pré-hospitalar, seguindo o acrônimo AMPLE: (A, allergies) - alergias; (M, medications) - medicamentos usados; (P, past illness) - passado mórbido; (L, last meal) - última refeição; (E, events) - eventos precedentes ao trauma e relacionados ao ambiente.

O exame físico deve ser conduzido de modo sistemático, em sequência céfalo caudal, completo, atentando-se para a região anatômica acometida.

Anamnese do paciente: esquema AMPLE
- **A:** Allergies (alergias pregressas)
- **M:** Medications (fármacos em uso)
- **P:** Past illness (doenças prévias)
- **L:** Last meal (ultima refeição)
- **E:** Events (eventos que precederam o trauma)

Mecanismo do Trauma

Anamnese do evento traumático:
- Modalidade do acidente: impacto anterior, lateral, posterior, capotamento, queda de altura, atropelamento, incidente ciclístico/motociclístico, incidente esportivo, agressão.
- Energia cinética do impacto: velocidade do veículo/motocicleta, estrada de procedência (urbana, autoestrada), morte de ocupantes, altura da queda.
- Posição na qual foi encontrado o acidentado, posição que ocupava no veículo no momento do impacto, ejeção do veículo.
- Presença, no momento do impacto de *air bag*, cinto de segurança, capacete.
- Tempo de tratamento pré-hospitalar: chamada, chegada da ambulância, tempo de atendimento *in loco*, tempo de transporte.
- Tipo de assistência extra-hospitalar (BLS/ALS) e procedimentos efetuados (remoção de ferragens, controle da via aérea, administração de O2, infusão, imobilização, estado de consciência no local).

Indicadores de impacto de alta energia:
- Ejeção do veículo
- Velocidade do veículo no momento do acidente superior a 60 km/h
- Deformação do veículo maior que 50 cm (externo)
- Intrusão da lataria maior que 30 cm
- Capotamento do veículo
- Morte de ocupante do mesmo veículo
- Queda maior de 6 metros
- Impacto auto x pedestre ou auto x ciclista com velocidade superior a 10 km/h
- Incidente motociclístico com velocidade superior a 40 km/h
- Incidente motociclístico com amputação

Trauma penetrante:
- Tipo e características da arma
- Presença de trauma secundário (p. ex., queda depois do disparo)
- Posição da vítima em relação ao agressor
- Destino do agressor (pode ser útil por razões de segurança)

EXAMES A NÍVEL SECUNDÁRIO

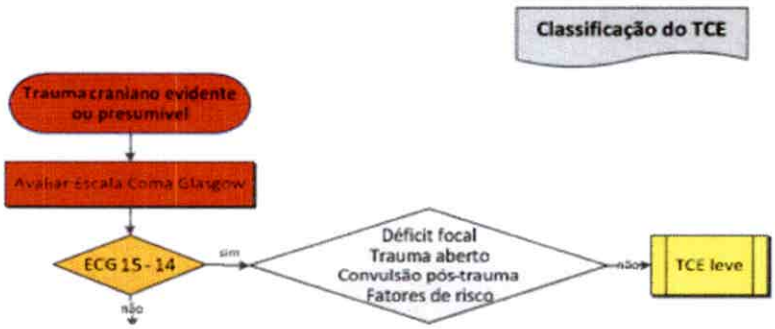
São realizados após os exames de nível primário e ao término de estabilização do paciente:

Exames de Nível Secundário
Radiografia da coluna vertebral
Radiografia do restante do esqueleto e dos membros
Tomografia Computadorizada (TC)
Angiografia
Ressonância Nuclear Magnética (RNM) em casos específicos

2.12 CLASSIFICAÇÃO DO TRAUMA

Após a realização do exame secundário, o paciente será classificado de acordo com a região anatômica acometida para que o tratamento se torne seguro. Após esta classificação o tratamento deve iniciar de imediato. Trauma Cranioencefálico (TCE) definido como trauma com transferência de energia mecânica ou cinética no crânio com alteração mesmo que mínima ou transitória do estado neurológico.

TCE Leve:



Classificar quanto à presença de fatores de risco e realizar TC de crânio se presentes.

TCE Moderado e Grave:

Fatores de Risco no Trauma Cranioencefálico

- Idade > 65 anos
- Coagulopatia ou terapia com anticoagulantes orais
- Passado mórbido neurológico ou neurocirúrgico
- Episódio de vômito ou crise convulsiva após o trauma
- Sinais neurológicos
- Sinais de fratura da base do crânio
- Mecanismo de alta energia ou fratura craniana
- Amnésia retrógrada superior a 30 minutos
- Baixo nível social ou intoxicação por álcool ou droga ilícita

Realizar TC de crânio nos pacientes estáveis ou estabilizados. • Repetir TC se: a. TC inicial for negativa – em 24h; b. TC inicial positiva para lesão em evolução (hematoma de alta a média densidade) – em 6h; c. O paciente apresentar hipotensão, ou fratura craniana, ou alteração de coagulação – em 12h; d. Casos de deterioração (perda de dois pontos na ECG ou um ponto na resposta motora, piora neurológica ou anisocoria) - sempre. Monitorar Pressão Intracraniana e a taxa de extração de O2 nos casos de TC alterada.

Trauma Maxilofacial (TMF)

Na suspeita de TMF, o exame complementar de escolha é a TC sem contraste. A radiografia padrão é reservada, quando possível (paciente acordado e cooperativo), para o diagnóstico das lesões isoladas dentoalveolar.

Trauma Oftalmológico

O paciente com trauma ocular será examinado pelo oftalmologista, inicialmente, com uma lanterna clínica em seu leito para observar lesão de continuidade no globo ou órbita e do reflexo pupilar. Após o exame ectoscópico, o paciente deverá ser conduzido, se possível, ao consultório oftalmológico para medida da acuidade visual com orifício estenopeico e o exame biomicroscópico na lâmpada de fenda, que classificará o trauma quanto ao tipo, localização,

extensão e a presença/suspeita de corpo estranho intra-ocular, além de aferir a pressão intra-ocular para decidir se parte para a terapêutica ou se lança mão de exames complementares.

Trauma Raquimedular

Os exames complementares realizados no TRM são:

Radiografia da coluna cervical, torácica e lombossacral, conforme nível suspeito de lesão;

TC, se paciente estável, radiografia alterada e/ou na presença de deficit sensitivo/motor;

RNM, para potencial lesão medular ou instabilidade evidenciada na radiografia ou na TC.

Trauma Torácico

O exame complementar fundamental é a radiografia de tórax que é integrada às informações obtidas no E-FAST. Para de lesões visíveis na radiografia ou no ultrassom é oportuno fazer a TC.

Trauma Abdominal

O trauma abdominal deve ser classificado em um dos tipos:

→ Aberto:

Penetrante: por arma branca ou por arma de fogo;

Não-penetrante.

→ Fechado.

A condição hemodinâmica do paciente deve ser considerada e o caso ainda deve ser classificado em:

Estável;

Instável.

Para diagnóstico do trauma abdominal, podem ser realizados os seguintes exames complementares:

E-FAST;

Ultrassonografia convencional;

TC;

LPD.

Trauma de Pelve

Segundo Chiara (2009), são duas as classificações de fratura de pelve atualmente utilizadas:

Classificação de Tile, usada por ortopedistas para definir necessidade de estabilização definitiva;

Classificação de Young e Burgess, baseada nos vetores de força aplicados à pelve, utilizada nos serviços de urgência para estabelecer a seqüência de prioridades diagnósticas e terapêuticas.

Tipos de fraturas de pelve:

Fraturas por compressão ântero-posterior (CAP ou Tile B1) freqüentes em acidentes com veículo automotor e por impacto anterior;

Lesões com mecanismo de compressão lateral (CL ou Tile B2) por atropelamentos ou acidentes por veículo automotor com impacto lateral;

As fraturas com vetor vertical ou vertical shear (VS ou Tile C), comuns em quedas de grandes 31 alturas ou por acidente com veículo automotor, nos quais a vítima se encontra com os membros inferiores em extensão no momento do impacto.

As fraturas CAP II e III, CL II e III e VS são consideradas instáveis, e como tal, são associadas à possível hemorragia retroperitoneal.

Para o diagnóstico das lesões pélvicas, realiza-se o E-FAST e radiografia de pelve se houver:

Presença de sangue na exploração digital do reto ou vagina pode indicar fratura exposta da pelve.

A existência de deficit neurológico pode ser indicativo de lesão do plexo lombossacro.

3. SIGLAS

AGS – Avaliação Global Subjetiva

Angio TC Helicoidal – Angiotomografia Helicoidal

ASPEN – American Society for Parenteral and Enteral Nutrition;

ATLS – Advanced Trauma Life Suport;

ECG – Escala de Coma de Glasgow;

E-FAST – Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma;

EMTN – Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

ESPEN – European Society for Parenteral and Enteral Nutrition;

FAB – Ferida por Arma Branca;

FAF – Ferida por Arma de Fogo;

FR – Freqüência Respiratória;

ITB – Índice Tornoselo-Braquial;

LPD – Lavado Peritoneal Diagnóstico;

NE – Nutrição Enteral;

NP – Nutrição Parenteral;

NPT – Nutrição Parenteral Total;

PA – Pressão Arterial;

PAS – Pressão Arterial Sistólica;

RNM – Ressonância Nuclear Magnética;

SNE – Sonda Nasoentérica;

TC – Tomografia Computadorizada;

TCE – Trauma Cranioencefalico;

TMF – Trauma Maxilofacial;

TN – Terapia Nutricional;

TNE – Terapia Nutricional Enteral;

TR – Toracotomia de Reanimação;

TRM – Trauma Raquimedular;

US – Ultrassonografia.

4.PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Computador;

Monitor multiparamétrico;

Equipamentos do serviço de saúde (Kit de punção venosa; Kit de SVD; Kit para IOT; Hemoglicoteste; Talas de imobilização; colar cervical; Bandejas de procedimentos diversos; etc).

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

1. Fazer a classificação de risco de acordo com o preconizado pelo Protocolo de triagem Manchester, em todos os pacientes que chegarem ao serviço, independente do meio (livre demanda, SAMU, emcaminhado pelo serviço pré-hospitalar ou pela central de assistência de outros municípios;

2. Encaminhar o paciente para atendimento médico de emergência e urgência de acordo com as prioridades determinadas pelo protocolo de Manchester;

3. Encaminhar o paciente que não se enquadrar ao perfil de atendimento (emergência e urgência), ao serviço de referencia;

4. Preencher a ficha eletrônicado paciente, colocando a sua classificação de risco, para que toda a equipe do serviço tenha conhecimento da quantidade e da gravidade dos pacientes que esperam atendimento;

5. Orientar o usuário quanto a previsão de tempo para o atendimento;

6. Atender as vitimas de trauma, providenciando material para realização procedimentos médicos preconizados a cada paciente;

7. Coordenar e realizar os procedimentos invasivos inerentes à prática de enfermagem, de acordo com a prescrição médica, tais como:

Sondagem vesical em pacientes sem suspeitas de lesões pélvicas,

Sondagem gástrica: orogástrica em pacientes com suspeita de TCE e nasogástrica nos demais,

Punções venosas periféricas.

8. Auxiliar equipe medica em procedimentos de assistência ao trauma abdominal, tais como:

Lavados peritoniais,

FAST,

Laparoscopia,

Laparatomia de emergência.

9. Realizar os procedimentos solicitados dentro do tempo determinado pelo sistema eletrônico;

10. Informar na ficha eletrônica os procedimentos realizados;

11. Informar ao medico alterações relevantes no estado geral dos pacientes;

12. Encaminhar os pacientes estáveis a radiologia, bloco cirúrgico ou demais setores necessários;

13. Acompanhar pacientes instáveis a radiologia, bloco cirúrgico, CTI e demais setores, oferecendo-lhe suporte a vida de acordo com o ATLS;

14. Orientar e fiscalizar a equipe para o seguimento do protocolo de Manchester, respeitando a normatização do tempo de atendimento e da assistência;

15. Fazer contato com os setores de apoio (serviço de radiologia, laboratório de analises clinicas e agencia transfusional), quando os mesmos não disponibilizarem o que foi solicitado, no sistema eletrônico, em tempo prédeterminado;

16. Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão;

17. Preparar o paciente, material e local para acesso parenteral e realizar curativos ou fixação;

18. Proceder à colocação da sonda entérica na posição gástrica e assegurar manutenção da via;

19. Orientar pacientes, familiares ou responsáveis legais quanto à utilização e controle da TN;

20. Admitir e manter o paciente na Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

21. Planejamento da assistência de enfermagem no hospital.

22. Planejamento de cuidados da alta hospitalar para o domicílio e/ou ambulatório.

8. INDICADORES

- Taxa de mortalidade;
- Taxa de infecção;
- Tempo de permanência;
- Taxa de reinternações;
- Tabela de custos;
- Taxa de gastos.

9. REFERÊNCIAS

Acosta Escribano J, Gomez-Tello V, Ruiz Santana S. Nutritional assessment of the severely ill patient. Nutr Hosp. 2005;20 Suppl 2:5-8. Spanish.

Acosta Escribano JA, Carrasco Moreno R, Fernandez Vivas M, Navarro Polo JN, Mas Serrano P, Sanchez Paya J, et al. Intolerancia enteral gástrica em pacientes com lesión cerebral de origen traumático, ventilados mecánicamente. Nutr Hosp 2001;16(6):262-7.

Adams GF, Guest DP, Ciraulo DL, Lewis PL, Hill RC, Barker DE. Maximizing tolerance of enteral nutrition in severely injures trauma patients: a comparison of enteral feedings by means of percutaneous endsocopic gastrojejunostomy. J Trauma 2000;48:459-64.

American Dietetic Association (ADA) definition for nutrition screening and assessment. J Am Diet Assoc 1994;94:838-9

Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. Nutrición enteral precoz (24 horas) versus inicio tardío de la alimentación para lãs complicaciones postoperatorias de la cirugía colorrectal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Andrade AF, Marino RJ, Miura FK, Carvalhaes CC, Tarico MA, Lázaro RS, et al. Diagnóstico e conduta no paciente com traumatismo cranioencefálico leve. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; 2001. Projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Andrade AF, Marino RJ, Miura FK, Rodrigues JCJ. Traumatismo cranioencefálico moderado. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; 2002. Projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Andrade AF, Marino RJ, Miura FK, Rodrigues JCJ. Traumatismo cranioencefálico grave. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; 2002. Projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Barbosa Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: parte1 – Revisão de sua validade após duas décadas de uso. Arq Gastrenterol 2002; 39(3): 181-7

Barrocas A, Belcher D, Champagne et al. Nutrition (ASPEN) board of directors : definition of terms used in ASPEN guidelines and standarts. JPEN 1995;11:675-713.

Beier R, Boesby S. Influence of postoperative enteral nutrition on postsurgical infections. Gut 1996;39(6):833-5.

Bellal JJ, Wynne L, Dudrick SJ, Latifi R. Nutrition in Trauma and Critically Ill Patients. Eur J Trauma Emerg Surg 2010;36:25–30

Bochicchio GV, Bochicchio K, Nehman S, Casey C, Andrews P, Scalea TM. Tolerance and efficacy of enteral nutrition in traumatic brain-injured patients induced into barbiturate coma. J Parenter Enteral Nutr 2006;30(6):503-6.

Braga M, Gianotti L, Vignali A et al. Artificial nutrition after abdominal surgery: Impact of rout of administrration ans composition of the diet. Crit Care Med

Burritt MF, Anderson CF. Laboratory assessment of nutritional status. Hum Pathol.1984;15:130-133. 53

Campos DJ, Silva AFF, Souza MH, Shieferdecker ME. Otimização do fornecimento calórico-protéico na de terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva com o uso de protocolo Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(1):2-5

Capacci ML, Crespo AB, Pereira AJA . Nutrição em terapia intensiva. Prática Hospitalar Ano VII número 39 maio-junho 2005.

Cerra FB, Benitez MR, Blackburn GL et al - Applied nutrition in ICU patients. A consensus statement of the American College of Chest Physicians. Chest. 1997;111:769-778.

Chan S, McCowen KC, Blackburn GL - Nutrition management in the ICU. Chest 1999;115:(Suppl5):145S-148S.

Chiara, Osvaldo; Cimbanassi, Stefania. Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Chumlea WC. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. J Am Geriatric Soc 1985;33(2):116-120.

Department of Surgical Education, Orlando Regional Medical Center. Evidence-based Medicine Guidelines. Nutritional support in surgical patients, 2003. Disponível em: http://www. surgicalcriticalcare.net/Guidelines/nutrition.pdf

Escribanao JA, Gomez-Tello V, Santana SR. Valoracion del estado nutricional em el paciente grave. Nutr Hosp.2005;20: (Supl2): 5-8

Ferreira IKC. Considerações metabólicas e nutricionais em pacientes com traumatismo crânio-encefálico grave. Rev Bras Nutr Clin 2007;22(2):133-8

Ferreira IKC. Terapia nutricional em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Terapia Intensiva, 2007;19:90-97.

Fujino V, Nogueira LABNS. Terapia nutricional enteral em pacientes graves: revisão de literatura. Arq Ciênc Saúde 2007 out-dez;14(4):220-6

Ghajar J. Traumatic brain injury [seminar]. Lancet 2000; 356:923-9.

Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Journal of Parenteral and Enteral Nutrition Vol. 33, No. 3, May/June 2009.

Gupta N, Martindale RG. Parenteral vs enteral nutrition. In: Cresci G. Nutrition support for the critically ill patient. Boca Raton: Taylor & francis, 2005.p.193-208.

Hark L. Taking a nutrition history: a practical approach for family physicians. Am Fam Physian 1999; 59:1521-8

Ibrahim EH, Mehringer L, Prentice D, Sherman G, Schaiff R, Fraser V, et al. Early versus late enteral feeding of mechanically ventilated patients: results of a clinical trial. JPEN 2002; 26:174-81

K.G. Kreymann et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clinical Nutrition (2006) 25, 210–223

Kamimura MA, Baxman A, Sampaio LR, Cuppari L. Avaliação nutricional. In: Cuppari L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2a ed. São Paulo: Manole; 2006. p.89-128.

Kao CH, Changlai SP, Chieng PU, Yen TC. Gastric emptying in headinjured patients. Am J Gastroenterol 1998;93(7):1108-12. 54

Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy KN, et al. Nutrition support in clinical practice: a review of published data and recomendations for future research directions. JPEN Parenteral Enteral Nutr 1997; 21:133-156

Knobel E. Terapia intensiva - Nutrição. Editora Atheneu, 2005.

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutrition 2003;22(4):415-21.

Krakau K, Omne-Pontén M, Karlsson T, Borg J. Metabolism and nutrition in patients with moderate and severe traumatic brain injury: a systematic review. Brain Inj. 2006;20(4):345-67.

Kreymann KG, Berger MM, Deutz NE, Hiesmayr M, Jolliet P, Kazandjiev G, Nitenberg G, Van den Berghe G, Wernerman J; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Ebner C, Harti W, Heymann C, Spies C; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clin Nutr. 2006;25(2):210-23.

L Gianotti , R Meier , DN Lobo, C Bassi, CHC Dejong , J Ockenga, O Irtun, J MacFie. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Pancreas. Clinical Nutrition 28 (2009) 428–435.

Maicá AO, Schweigert ID. Avaliação nutricional em pacientes graves. Rev Bras Ter Intensiva 2008; 20(3): 286-29.

Will, R.C.; Farias, R.G.; Jesus, H.P.; Rosa, T.; Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência. Revista Nursing, 2020; 23 (263): 3766-3777.

10. ANEXOS

Não se aplica.

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão	29/11/2022	

	Enfermeira NQSP		
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

SALA DE ARSENAL

1. OBJETIVO

Assegurar as condições de esterilidade dos artigos e controlar a ocorrência de evento relacionado; além de garantir o quantitativo de insumos adequados para a realização de procedimento ao longo dos turnos de trabalho.

2. DEFINIÇÕES

A sala de arsenal é o local destinado à guarda de material esterilizado proveniente da CME e materiais diversos vindos da farmácia, além disso deve ser um local limpo e seco, com temperatura adequada, sob proteção de luz solar direta, de acesso restrito, centralizado, não podendo ocorrer em área de circulação, o armazenamento deve ser em prateleiras ou cestos aramados constituídos de material não poroso resistente a limpeza úmida e produtos saneantes, sem empilhamento, de fácil identificação do material, com o mínimo de manuseio. Deve ter um responsável pela guarda e distribuição de material.

3. SIGLAS

CME – Central de Material e Esterilização

SVD – Sonda Vesical de Demora

PAI – Pressão Arterial Invasiva

SNE – Sonda Nasoentérica

SNG – Sonda Nasogástrica

CVC – Cateter Venoso Central

IOT – Intubação Orotraqueal

4. PÚBLICO ALVO

Equipe multiprofissional.

5. APLICAÇÃO

Este plano aplica-se ao Pronto Socorro do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Diariamente ao iniciar o plantão verificar e anotar unidade e temperatura do arsenal e periodicidade das limpezas (concorrente e terminal);

Fazer requisição de materiais da CME;

Receber material proveniente da CME (conferido com a nota de registro dos materiais), acondicioná-los nas prateleiras e/ou cestos, de acordo com a especialidade, obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização de forma que os artigos que vencem primeiro fiquem na frente;

Conferir atentamente a validade de todos os itens;

Retirar material vencido e encaminhar à CME para reprocessar;

Fazer requisição de insumos para a farmácia;

Confeccionar kits de materiais (SVD; SNE; PAI; CVC; IOT; SNG; AVP e Aspiração);

Considerar como contaminado os pacotes que caírem no chão ou que estiverem com perda da integridade da embalagem, por compressão, empilhamento, dobras, cisalhamento, úmidos, exposição direta a raios solares ou outros agressores ambientais, uso de elástico, ou apalpação;

Proceder limpeza diária das prateleiras, dos carros e/ou caixas de transporte com álcool 70%;

Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte, utilizando recipiente rígido ou saco plástico impermeável;

Registrar em protocolo a saída de materias do arsenal para controle dos mesmos;

A limpeza terminal é realizada a cada 15 dias e a limpeza concorrente é realizada diariamente.

7. REFERÊNCIAS:

Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – SOBECC – 7ª edição – Versão 2017.

8. ANEXOS

Não se aplica.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

SALA DE GESSO

1. OBJETIVO

Receber pacientes provenientes da Sala de Emergência, Classificação de Riso, Ambulatório e Enfermarias do Hospital para atendimento médico, realização de procedimentos ou aguardar cirurgias.

2. DEFINIÇÕES

Técnico de Enfermagem:

Administra medicação conforme prescrição médica;

Em caso de alta hospitalar, todos os pacientes que receberem receitas médicas, solicitar farmacêutico para passar orientações de uso das medicações;

Em caso de internação, obter informações com o paciente ou familiar sobre possível uso contínuo de medicações feito pelo paciente e passar para o farmacêutico plantonista;

Encaminha pacientes para Centro Cirúrgico, enfermaria e emergência, a depender da situação;

Fazer o fracionamento dos produtos de uso coletivo a cada utilização, evitando desperdício e contaminação do mesmo.

Não realiza procedimentos de acordo com ordens verbais, exceto em situações de emergência;

Observa atentamente a prescrição médica;

Realiza cuidados de enfermagem (higienização);

Realizar a identificação dos frascos de produtos de uso coletivo a cada abertura, com a datada abertura e horário, mantendo o controle da validade.

Técnico de imobilização:

Aplica e retira aparelhos com talas gessada (goteira e calhas);

Auxilia equipe médica em procedimentos com reduções e trações;

Confecciona aparelho gessado em técnica correta de acordo com prescrição médica;

Imobiliza membro fraturado de acordo com solicitação/prescrição médica;

Receber o paciente proveniente dos andares para troca de tala gessada e realizar o procedimento somente após a conferência da prescrição médica;

Prepara a sala de sutura para procedimentos simples como pequenas suturas, manobras de redução manual, punções e infiltrações;

Providencia cadeira de rodas ou maca para transporte do paciente.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Atadura gessada;

Atadura de crepe;

Algodão ortopédico;

Tesoura de gesso;

Cisalha;

Bico de pato;

Serra circular;

Gases e compressas;

Esparadrapo;

Álcool 70%;

Clorexidina degermante;

Clorexidina alcoólica;

Ácidos graxos essenciais;

Lâmina de bisturi;

Malha tubular;

Balde de inox;

Luva de procedimento;

Micropore.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Ao chegar à Sala de Redução/Gesso:

O paciente será avaliado pela equipe médica; onde o mesmo solicitará exames, internação ou encaminhamento ao Centro Cirúrgico;

A equipe técnica de enfermagem realiza a identificação do leito (maca) e faz a admissão do paciente no sistema MV;

3. O paciente será encaminhado para os exames (radiologia, tomografia) pelo condutor, acompanhado por um familiar;

4. O paciente será informado sobre os procedimentos a serem realizados (exames, imobilização, procedimentos cirúrgicos etc).

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Quando solicitado, o atendimento também pode ser realizado no Centro Cirúrgico, UTI's e enfermarias;

Não realizar nenhum procedimento sem prescrição médica;

Realizar check list de mat/med diariamente.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira dos Técnicos em Imobilização Ortopédica SP.

POP HERSO 2013.

Nascimento ER, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Revv. Eletr. Enf., out/dez; 2011.

10. ANEXOS

Não se aplica

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

SALA DE EXPURGO

1. OBJETIVO

Armazenar temporariamente os artigos médicos hospitalares, sujos, temporariamente até o destino final na CME.

2. DEFINIÇÕES

Sala de utilidades ou expurgo e um ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizadas na assistência ao paciente e também poderá ser utilizado para a guarda temporária de resíduos.

3. SIGLAS

CME – Central de Material e Esterilização

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Este plano aplica-se ao Pronto Socorro do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, bem como seus leitos de retaguarda internos.

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;

Realizar limpeza concorrente no início de cada plantão;

Checar a validade e quantidade dos insumos e soluções necessários para a lavagem e/ou desinfecção dos artigos médico-hospitalares da unidade;

Realizar a pré-lavagem dos artigos médico-hospitalares, caso apresentem sujidade;

Organizar os artigos médico-hospitalares nos containers em sacos plásticos;

Verificar a periodicidade da realização das limpezas (concorrente e terminal).

OBS: Caso identifique instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório faltante, comunicar o enfermeiro imediatamente.

7. REFERÊNCIAS:

Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – SOBECC – 7ª edição – Versão 2017.

8. ANEXOS

Não se aplica.

9.CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

SALA DE PROCEDIMENTOS

1. OBJETIVO

Definir critérios para a utilização, armazenamento e de higienização dos equipamentos e utensílios utilizados durante a assistência à saúde.

2. DEFINIÇÕES

Este ambiente é destinado para a realização de pequenos e médios procedimentos invasivos, tais como: drenagem torácica, suturas diversas, paracentence, punção lombar, curativos extensos, dentre outros, que necessitam de um local controlado, com baixa circulação de pessoas, boa iluminação, sistemas de circulação de ar específico com exaustor, com o intuito de garantir a esterelidade dos procedimentos e assim reduzir taxas de infecção associadas.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Check list de conferência dos materiais;

Caderno de relatório;

Computador;

Mesas;

armários;

Lixeiras (lixo comum e lixo infectante);

Ar-condicionado;

Mesa

Maca para realização de procedimentos;

Foco cirúrgico;

Bandejas e kits de materiais;

Demais insumos hospitalares.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Ao receber e passar platão, realizar conferencia de todos os equipamentos e insumos médico-hospitalares;

Manter ambiente limpo de organizado;

Auxiliar equipe médica na realização dos procedimentos;

Realizar a reposição dos materiais conforme o uso e a demanda do turno;

Registrar em caderno ATA todos os procedimentos realizados ao longo do turno;

Sempre após a realização de cada procedimento, realizar a desinfecção das superfícies com produto saneante adequado;

Garantir o bom e adequado funcionamento dos equipementos médico-hospitalares;

A manutenção preventiva deve ser realizada de acordo com as especificações do fabricante e conforme informado pelo setor de engenharia clínica;

Quando forem identificados quaisquer falhas no funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares, sinalizar os mesmos e abir chamado de manutenção via intranet – totem manutenção – engenharia clínica;

A limpeza terminal deverá ser realizada a cada 15 dias e a limpeza concorrente é realizada diariamente.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE BOX VERMELHO PARA ESTABILIZAÇÃO/BOX INTERNAÇÃO

1. OBJETIVO

Regulamentar as responsabilidades e as formas de transporte dos clientes no âmbito hospitalar, visando garantir a segurança e evitar/reduzir a ocorrência de eventos adversos.

2. DEFINIÇÕES

Define-se transporte intra-hospitalar como a transferência temporária ou definitiva de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luva de procedimentos;

Prontuário do paciente;

Medicações do paciente;

Pertences pessoais do paciente;

Pedidos de exames a serem realizados com data e horário quando já agendados;

Máscara cirúrgica;

Avental de isolamento (se necessário);

Cadeira de rodas, maca de transporte (conforme as condições e necessidades do paciente);

Cilindro de oxigênio (se necessário);

Suporte de soro (se necessário);

Bomba de infusão contínua (se necessário);

Oxímetro de pulso (se necessário).

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Cabe ao Enfermeiro do Box Vermelho

Avaliar e registrar o estado geral do paciente;

Atualizar o processo de enfermagem do paciente (SAE);

Analisar risco benefício do transporte;

Passar para o enfermeiro da Estabilização ou Box de Internação as condições clínicas do paciente, o tipo de precaução a ser adotado, os dispositivos em uso, os exames e procedimentos previstos e a especialidade médica que está acompanhando;

Definir, organizar e atribuir funções à equipe de enfermagem que participará do transporte;

Prever intercorrências e complicações, e preveni-las;

Orientar paciente e familiares quanto a transferência;

Acompanhar o paciente durante o transporte;

Solicitar a equipe de zeladoria que realize a limpeza e desinfecção do Box Vermelho.

Cabe ao Aux./Téc de Enfermagem da Unidade de Origem

Preparar o paciente (fechar cateteres, desprezar efluentes, trocar fralda caso necessário, verificar integridade/fixação/condições/identificação de curativos, acesso venoso e outros dispositivos, conter o cliente – se necessário, elevar grades);

Reunir e testar a integridade dos materiais e equipamentos necessário conforme orientação do enfermeiro responsável;

Acompanhar o cliente no transporte de baixo, médio e alto risco;

Reorganizar a unidade após a transferência.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 376/2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3762011_6599.html. Acesso em 12 de abril de 2016.

STACCIARINI, Thaís S Guerra. Transporte intra-hospitalar. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/393018/Aula_Transporte_intrahospitalar_SE NF201 4.pdf. Acesso em 12 de abril de 2016.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA ENFERMARIA

1. OBJETIVO

Encaminhar o paciente para enfermaria de maneira eficaz e ausentes de pendências.

2. DEFINIÇÕES

Transferir o paciente para enfermaria.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Check list de transferência do paciente de emergência para enfermaria.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

1.Solicitar a vaga de enfermaria no sistema MV para a equipe do NIR;

2. Fazer a transição do cuidado no sistema MV;

3. Identificar o check list de transferência do paciente da emergência para enfermaria manualmente;

4. Preencher os campos origem do paciente, destino do paciente horas/datas;

5. Verificar e checar todos os itens prontuário do check List de transferência do paciente da emergência para enfermaria;

6. Preencher os campos vias aéreas, acesso venoso, drenos e sondas, dieta, dreno de tórax, diurese e sinais vitais do check List de transferência do paciente da emergência para enfermaria;

7. Descrever intercorrências no campo observações do check list de transferência do paciente da emergência para enfermaria;

8. Carimbar e assinar o check list de transferência do paciente da emergência para enfermaria;

9. Aguardar liberação da vaga pelo enfermeiro supervisor da enfermaria e preparar o paciente para ser transferido;

10. Encaminhar o paciente com condutor e enfermeiro à enfermaria junto com prontuário completo, check list e kit de medicamentos;

11. Registrar a transferência no livro de ocorrências da unidade;

12. Solicitar a equipe de zeladoria que realize a limpeza e desinfecção do leito.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10.REFERÊNCIAS

Não se aplica.

11. ANEXOS

Não se aplica.

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

TRANSFERÊNCIA DO PARA O CENTRO CIRÚRGICO

1. OBJETIVO

Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maneira eficaz e ausentes de pendências.

2. DEFINIÇÕES

Transferir o paciente com indicação de procedimento cirúrgico ao bloco cirúrgico.

3. SIGLAS

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Check list de paciente para o Centro Cirúrgico;

Etiqueta de identificação do paciente.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Identificar o Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico com a etiqueta de identificação do paciente ou manualmente (caso não tenha a etiqueta);

Solicitar sala de cirurgia com a secretária do centro cirúrgico, informando: nome completo do paciente, idade, horário da cirurgia, cirurgião e procedimento a ser realizado;

Preencher os campos 'Origem do paciente', 'Horários', 'Tipo de solicitação' e 'Especialidade médica' do Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

Verificar e checar todos os 'Itens Obrigatórios' do Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

Preencher os campos 'Vias Aéreas' e 'Sinais Vitais' do Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

6. Descrever intercorrências no campo 'Observações' do Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

7. Carimbar e assinar o Check list de Paciente para o Centro Cirúrgico;

8. Encaminhar o paciente com o condutor e, em casos de paciente graves, com equipe de enfermagem e médico, ao centro cirúrgico, junto com prontuário completo e check list;

9. Registrar a transferência no livro de ocorrências da unidade;

10. Solicitar a equipe de zeladoria que realize a limpeza e desinfecção do leito.

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

A solicitação da sala de cirurgia pode ser realizada tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico responsável pela indicação cirúrgica.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. REFERÊNCIAS

Não se aplica.

11. ANEXOS

Não se aplica.

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	

Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	
Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

1. OBJETIVO

Encaminhar o paciente para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de maneira eficaz e ausente de pendências.

2. DEFINIÇÕES

Transferir o paciente para a UTI.

3. SIGLAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiro.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta;

Carimbo;

Check list de transferência do paciente da emergência para UTI.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Identificar o check List de transferência do paciente da emergência para UTI manualmente utilizando duas vias;

Solicitar liberação da vaga de UTI informando: nome completo do paciente, idade, horário, quadro clínico e hipótese diagnóstica;

Preencher os campos origem do paciente, horários, prioridade;

Verificar e checar todos os itens obrigatórios do check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Preencher os campos 'vias aéreas', 'sondas e drenos', 'acesso venoso', 'medicação', 'membros e cervical' e 'sinais vitais' do check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Descrever intercorrências no campo observações do check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Carimbar e assinar o check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Aguardar liberação da vaga pelo enfermeiro supervisor da UTI e preparar o paciente para ser transferido;

Encaminhar o paciente com condutor, enfermeiro e médico à UTI junto com prontuário completo, check list e kit de medicamentos.

OBS: o enfermeiro só irá desconectar o paciente do ventilador mecânico na presença do médico que irá acompanhar o paciente no transporte;

Solicitar a assinatura do enfermeiro supervisor da UTI na segunda via do check list de transferência do paciente da emergência para UTI;

Registrar a transferência no livro de ocorrências da unidade;

Solicitar a equipe de zeladoria que realize a limpeza e desinfecção do leito.

7.1. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Antes da gestão de leitos o enfermeiro supervisor da UET deverá informar ao coordenador de enfermagem do pronto atendimento quais são os pacientes que necessitam de vagas de UTI, de acordo com a solicitação por escrito no prontuário e o preenchimento do fluxo de pacientes à UTI pelo enfermeiro supervisor ou pelo chefe do pronto atendimento;

Após a gestão de leitos o enfermeiro do NIR informará a equipe do pronto atendimento quais são os leitos disponíveis para cada paciente.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. REFERÊNCIAS

Não se aplica.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	30/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	30/11/2022	

Aprovação:	Mirian da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	30/11/2022	

CHECK LIST´S DO PRONTO ATENDIMENTO

1. OBJETIVO

Orientar a forma de checagem de tarefas a serem realizados, a fim de prestar serviço de saúde com segurança para o paciente através de assistência segura, individualizada e de qualidade.

2. DEFINIÇÕES

Check list tem a finalidade de evitar futuros esquecimentos, falhas e faltas. A execução do *check list* faz com que as equipes realizem suas atividades de forma segura e organizadas minimizando erros.

3. SIGLAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

CME – Centro de Material e Esterilização;

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SVD – Sonda Vesical de Demora;

DTF – Dreno Torácico;

SNE – Sonda Nasoentérica;

SNG – Sonda Nasogástrica;

PAI – Pressão Arterial Invasiva.

HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

4. PÚBLICO ALVO

Equipe de enfermagem.

5. APLICAÇÃO

Pronto Atendimento do HERSO.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Ficha de checagem;

Caneta;

Carimbo do Enfermeiro.

7.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

7.1 *Check list* de materiais da CME:

Fazer a conferências de todos os materiais diariamente, uma vez a cada plantão;

Realiza a reposição dos materiais que estiverem faltando, de forma a manter sempre a quantidade estabelecida do estoque;

Verificar se os materiais estão em boas condições de uso;

Verificar a validade dos materiais a cada dois dias.

OBS: Quando o material estiver vencido, deverá ser devolvido na CME com a reposição imediata.

7.2 *Check list* de saída do paciente para a enfermaria:

Preencher a ficha do *check list;*

Conferir a pulseira de identificação e identificação da maca;

Conferir se o paciente está internado no sistema MV e com AIH emitida;

Verificar ficha de primeiro atendimento;

Verificar a prescrição médica do dia assinada e carimbada pelo médico, com solicitação à enfermaria;

Medicações de horário checada;

Verificar o preenchimento da SAE da equipe de enfermagem e sinais vitais;

Verificar evolução da equipe médica;

Encaminhar com exame, QP e prontuário;

Encaminhar o paciente higienizado e com roupa do hospital;

Encaminhar o kit de medicação;

Em caso de pacientes confusos, solicitar acompanhante;

Conferir se o paciente não está com punção venosa no membro a ser operado;

Identificar e datar a punção venosa, drenos, rótulos de soro;

Checar se o paciente está com a SVD identificada.

7.3 *Check list* de saída de pacientes para o Centro Cirúrgico:

Preencher a ficha do *check list*;

Conferir a pulseira de identificação e identificação da maca;

Conferir se o paciente está internado no sistema MV e com AIH emitida;

Verificar ficha de primeiro atendimento;

Verificar a prescrição médica do dia assinada e carimbada pelo médico;

Verificar o preenchimento da SAE da equipe de enfermagem e sinais vitais;

Encaminhar o paciente higienizado e com roupa do hospital e sem peças íntimas;

Encaminhar o kit de medicação, com medicações de horário checada;

Retirar todos os adornos do paciente e prótese dentária, caso haja;

Solicitar ao médico que passe esclarecimentos ao paciente ou familiar do procedimento cirúrgico a ser realizado, colhendo a assinatura no Termo de Consentimento de Cirurgia, caso o paciente esteja na enfermaria ou consultórios;

Solicitar ao anestesista que passe orientações aos familiares ou paciente sobre o procedimento de anestesia a ser realizado, colhendo a assinatura no Termo de Consentimento de Anestesia;

Conferir se o paciente não está com punção venosa no membro a ser operado;

Identificar e datar a punção venosa, drenos, rótulos de soro;

Checar se o paciente está de dieta zero, em caso de cirurgias eletivas;

Pacientes da neurocirurgia, realizar tricotomia do couro cabeludo e fazer a higienização com clorexidina.

Checar se o paciente está com a SVD identificada.

7.4 *Check list* de saída de pacientes para as UTI's:

Preencher a ficha do *check list*;

Entrar em contato com a equipe da UTI e passar o quadro clínico do paciente;

O paciente deve ser encaminhado por médico e enfermeiro, independente do quadro clínico do paciente;

Conferir a pulseira de identificação e identificação da maca;

Conferir se o paciente está internado no sistema MV e com AIH emitida;

Verificar ficha de primeiro atendimento;

Verificar a prescrição médica do dia assinada e carimbada pelo médico, com solicitação de vaga para UTI;

Verificar o preenchimento da SAE da equipe de enfermagem e sinais vitais;

Encaminhar o paciente higienizado e com roupa do hospital, e sem peças íntimas;

Encaminhar o kit de medicação;

Retirar todos os adornos do paciente e prótese dentária, caso haja;

Solicitar ao médico que passe esclarecimentos ao paciente ou familiar do procedimento cirúrgico a ser realizado, colhendo a assinatura no Termo de Consentimento de Cirurgia, caso o paciente esteja na enfermaria ou consultórios;

Solicitar ao anestesista que passe orientações aos familiares ou paciente sobre o procedimento de anestesia a ser realizado, colhendo a assinatura no Termo de Consentimento de Anestesia;

Conferir se o paciente não está com punção venosa no membro a ser operado;

Checar data e assinatura em todos os curativos, DTF, punção venosa e outros;

Checar a identificação dos rótulos de soro e todas as soluções injetáveis;

Medicações de horário checada;

Checar se o paciente está com prescrição de SNE, SNG, SVD e conferir se está instalado;

Checar se o paciente está com a SVD identificada,

Paciente em ventilação mecânica, checar a data em filtro de barreira;

Manter o paciente com monitorização cardíaca ou oximetria de pulso durante o transporte;

Paciente em uso de PAI, retirar a bolsa pressórica;

Paciente em uso de droga vasoativa, encaminhar com bomba de infusão ligada durante o transporte;

Verificar se o acesso venoso está fluindo adequadamente

7.5 *Check list* de materiais, medicamentos e insumos:

Preencher a ficha do *check list*;

Fazer a conferências de todas os insumos diariamente, duas vezes por dia;

Realiza a reposição dos insumos às 10 h e às 17 h;

Verificar a validade dos materiais.

8. INDICADORES

Fichas de *check list*.

9. REFERÊNCIAS

Revista de Ciências Médicas e Biológicas, 2013 .

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Bruna Mendes de Sousa **Enfermeira UET**	23/11/2022	
Revisão:	Weverson José da Silva Coordenador de Enfermagem	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	29/11/2022	
Aprovação:	Mirian Pires da Silva Pires Santos **Gerente assistencial**	29/11/2022	

1.5 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

1.5.1 Protocolo - MANUAL DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO- NIR

INTRODUÇÃO

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR):

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e

recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

ATRIBUIÇÕES DO NIR:

a) Permitir conhecimento da necessidades de leito, por especialidade e patologia

b) Regular e gerenciar as diferentes ofertas existentes a saber; ambulatório, internação, urgência e emergência, agenda cirúrgica.

c) Orientar a gestão de leitos intra – hospitalar

- Dar subsídios técnicos para realização de ações que qualifiquem o cuidado, a partir das informações advindas do monitoramento da Gestão de Leitos.

d) Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS.

e) Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas.

f) Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos.

g) Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento.

- Auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila.

- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar.
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar.
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.

Estrutura do NIR:

Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente.

Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

Não existe regra rígida de como compor um NIR, mas recomenda-se que funcione 24 horas (sete dias por semana) e tenha uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.

Esta célula básica seria o suficiente para iniciar o trabalho, ao menos em termos de concepção e organização, podendo ser alterada conforme necessidade detectada durante a sua implantação.

Para executar todas as atividades propostas, o NIR precisará do apoio de profissionais de outros setores do hospital, como coordenadores de unidade para alinhamento de rotinas e processos, do departamento de informática para coleta e processamento de dados dos indicadores, dos colaboradores para aplicação dos protocolos administrativos e médico-assistenciais etc.

OS TRÊS PILARES DO NIR:

Práticas de Regulação

São atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.

Articulação com a RAS

Interface com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede (Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, hospitais etc.).

Monitorar

Avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.

O NIR precisa responder à pergunta:

> *"O que podemos e o que não podemos tratrar no nosso hospital?"*

Atribuições dos integrantes do NIR:

Médico:

a) A partir do início do plantão, todos os dias da semana, deverá acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com as equipes assistenciais aqueles, que tem

potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos de Retaguarda pactuados na RAS, por meio da avaliação utilizado para gerenciamento dos casos, nas unidades que possuem porta aberta às urgências deverá iniciar esse monitoramento por esse setor, para avaliar a demanda e a partir dessa demanda averiguar as possibilidades.

b) Identificar possíveis pacientes com critérios de alta.

c) Paciente da urgência e emergência, que continua com quadro de gravidade e/ou de Instabilidade Hemodinâmica deve ser mantido nesses setores ou encaminhado para a UTI, conforme protocolo preestabelecido.

d) Pacientes estáveis e dentro dos critérios de transferência devem ser selecionados e encaminhados para os leitos do próprio hospital, hospital de retaguarda pactuado, mediante instrumentos regulatórios, ou para a Alta Hospitalar.

e) Deverá intermediar a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI.

f) Selecionar pacientes candidatos à transferência para o Hospital pactuado para Retaguarda.

g) Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades.

h) Apoiar a reavaliação dos casos de reinternação dos pacientes que retornaram do Hospital de Retaguarda ou da Internação Domiciliar identificando os motivos que levaram a reospitalização dos usuários, a fim de retroalimentar as equipes em relação ao seguimento ou mesmo para a revisão dos protocolos.

i) Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil.

j) Ampliar espaços de atuação do médico em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

k) Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Enfermeiro:

a) No início do plantão o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, a qual deverá ocorrer diariamente e verificar os dados do monitoramento, para verificar a viabilidade de serem transferidos para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar.

b) Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência.

c) Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos.

d) Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e priorização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente, conforme contato com a regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis.

e) Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar.

f) Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino).

g) Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência.

h) Identificar e notificar mediante relatório mensal os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR.

i) Alimentar a planilha dos indicadores, conforme levantamento realizado pelo Kanban, a fim

j) de proporcionar dados para a tomada de decisão da Alta Liderança.

k) Atuar diretamente no monitoramento dos indicadores, apoiando a equipe assistencial na avaliação dos dados e no apoio à busca de soluções para a oferta dos serviços necessários aos usuários.

l) Ampliar espaços de atuação do enfermeiro em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

m) Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Assistente Social, (este profissional pode não estar ligado diretamente ao NIR, importante é manter a interface da sua atuação junto as ações descritas abaixo):

a) Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências internas e externas.

b) Orientar, informar e sensibilizar os pacientes com indicação clínica para os leitos de retaguarda, buscando assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento para posterior transferência.

c) Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os Hospitais de Retaguarda, explicando sobre o funcionamento e normas do Hospital de Retaguarda.

d) Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes.

e) Orientar o paciente que ele é responsável pelos seus objetos e documentos pessoais.

f) Apoiar no aprimoramento dos canais de comunicação internos e com a Central de Regulação (comunicação externa), por meio de melhor divulgação de atividades do NIR (murais, ofícios, jornais internos, site etc.).

g) Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica.

h) Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual.

i) Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais.

j) Apoiar junto à equipe de atenção psicológica do hospital questões referentes à necessidade de terapia familiar e individual.

k) Ampliar espaços de atuação do Serviço Social em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

l) Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Assistente Administrativo:

a) No início do plantão deve confirmar o quantitativo de vagas nos hospitais de Retaguarda, bem como nos setores do próprio hospital que estão disponíveis para o dia, repassando essa informação para o médico regulador do NIR, bem como alimentar o sistema de informações sobre tais dados, conforme o caso.

b) Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso cópia do Relatório dos Pacientes internados.

c) Enviar os prontuários dos pacientes ao Same, transferidos para o hospital de Retaguarda do dia anterior devidamente protocolado, envelopado e etiquetado. No envelope os papéis deverão estar organizados na seguinte ordem: da primeira folha a última: ficha de atendimento, AIH, Relatório Médico, Cópia do Termo de Consentimento de Transferência para os Hospitais Retaguarda, evolução enfermagem, evolução dos demais profissionais separados por categoria, resultados de exames laboratoriais, resultados de exames de imagem, pareceres e por último os anexos que vier a existir do paciente e por último os filmes de exame de imagem.

d) Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para o Hospital de Retaguarda do dia anterior com as seguintes informações: Nome do paciente, Data de nascimento, Nome da mãe do paciente, Número do prontuário, Especialidade médica, Nome do médico assistencial, Total de pacientes que foram

transferidos diariamente, Total de pacientes que voltaram para o Hospital de origem diariamente especificando o motivo do retorno.

e) Checar no mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte.

- Separar a documentação e o prontuário do paciente que irá ser transferido no dia. A documentação que deve ser enviada para o Hospital Retaguarda com o paciente, que deverá conter: Relatório Médico com o Termo de Consentimento, Cópia dos exames laboratoriais do dia, Cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem.

f) Encaminhar a Apac de exames e/ou procedimento cirúrgico devidamente agendado (data, hora e local) na própria Apac e/ou no papel informativo.

g) Agendar os exames e/ou procedimento cirúrgico, que estejam pendentes aos usuários que devem ser transferidos para os leitos de Retaguarda.

h) Informar a enfermeira do Hospital de Retaguarda e/ou leitos de internação, o quantitativo e o sexo dos pacientes que serão transferidos para a Retaguarda.

i) Contatar o serviço de transporte com agendamento do horário em que o paciente será transferido.

j) Certificar que o paciente será acompanhado, durante o translado, por um técnico de Enfermagem, considerando que o paciente foi avaliado pelo médico regulador que constatou quadro estável do paciente.

k) Manter no quadro de aviso as pendências e os recados para os demais membros da equipe.Se for urgente, comunicar por telefone.

l) Organizar o setor para o dia seguinte, manter tudo no seu devido lugar.

m) Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

n) Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

O NIR precisa definir junto a alta gestão o perfil da unidade, mapear os recursos diagnóstico, terapêutico, clínico, disponíveis na unidade, e assim estabelecer os critérios para elegibilidade dos pacientes a serem assistidos.

Após definirmos objetivamente os critérios de internação, conforme a complexidade, bem como os critérios de gravidade, recomendamos a institucionalização de protocolos, a fim de padronizar e homogeneizar a transição de cuidados entre as unidades do hospital.

É imperativo que se desenvolva ao menos um protocolo de internação que contemple a transição de cuidados do setor da Emergência para as demais unidades. Recomendamos a Padronização e uso de Protocolos na transição entre áreas, como por exemplo: transição da UTI para Enfermaria Clínica e vice-versa; Sala de Recuperação Cirúrgica para Enfermaria Cirúrgica etc.

Os protocolos devem possuir critérios objetivos que permitam classificar e alocar corretamente os pacientes para os locais com recursos adequados para as necessidades da sua patologia e da sua gravidade clínica. Dessa forma, evita-se desperdício de uso da capacidade instalada e promovemos um tratamento mais seguro, eficaz e resolutivo.

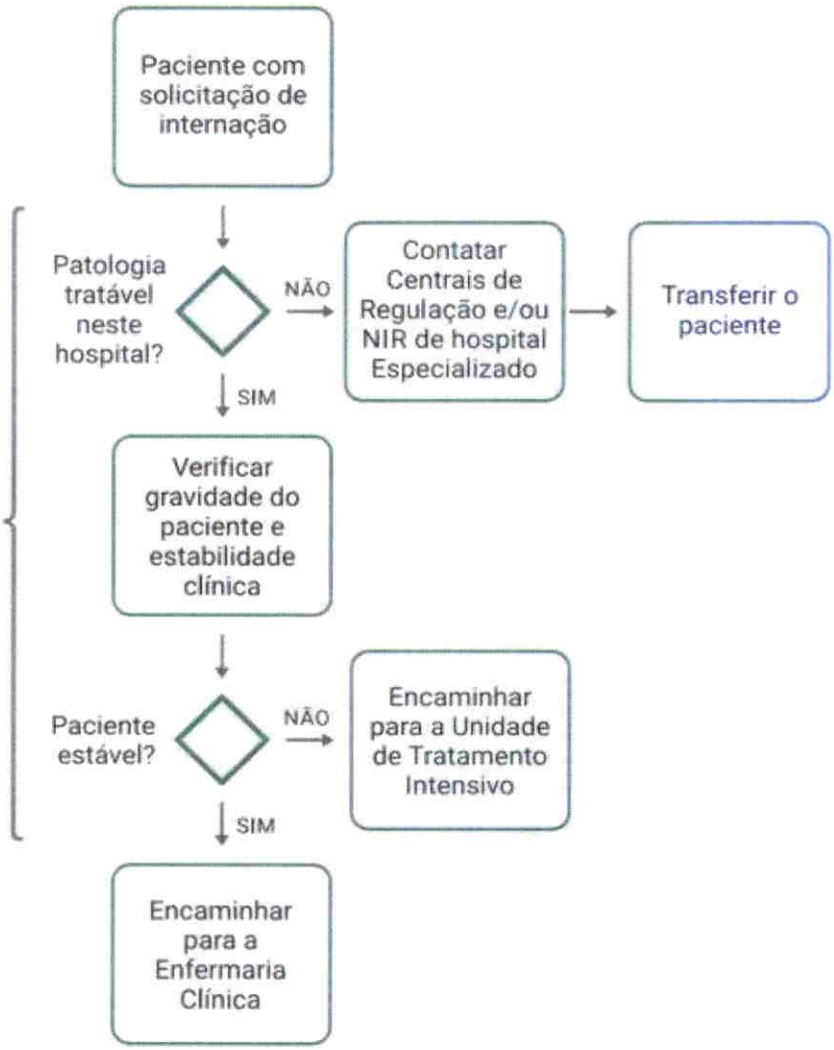
É necessário a interação com a alta liderança e coordenações das áreas, a capacitação dos profissionais envolvidos e que sejam realizadas revisões periódicas. Sugerimos que a sua aplicação, na prática, seja realizada pela equipe de multiprofissional.

Ressalta-se a importância do alinhamento entre os coordenadores dos setores envolvidos com o cuidado, de forma a propiciar o trabalho integrado. É preciso fomentar a padronização da assistência por meio de protocolos médico-assistenciais e administrativos, bem como da prescrição e evolução médica, emissão de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e outros documentos pertinentes.

Devem contribuir para o Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS) e Segurança do Paciente por meio da inclusão de protocolos de prevenção de eventos adversos, precauções de contato e isolamento para situações específicas, além das seis metas internacionais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

FLUXOGRAMA BÁSICO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO PELO NIR:

Aplicação de protocolos de transição de cuidados entre unidades hospitalares



Em unidades que não possuem Unidade de Terapia Intensiva, avaliar junto ao médico, a possibilidade de transferir a solicitação para o serviço que possui, respeitando o perfil da unidade.

O NIR E AS CENTRAIS REGULADORAS:

O NIR deverá desenvolver uma relação direta, frequente e esclarecedora com as Centrais de Regulação Hospitalar. Um dos desafios enfrentados por essas Centrais, municipais e

estaduais, é o de obter informações claras e apuradas sobre os pacientes que precisam ser transferidos entre as instituições da rede. Muitas vezes, nem mesmo um censo de leitos da região regulada consegue ser apurado com exatidão e em tempo hábil.

O NIR deve filtrar (esclarecendo com o médico-assistente em situações de dúvida quanto a determinados encaminhamentos, repassando uma informação clara para a Central de Regulação), bem como monitorar as solicitações de transferência externa, utilizando seu relacionamento mais próximo à Central de Regulação para sinalizar casos que precisam de resolução com brevidade e devem ser priorizados.

Por fim, o NIR deve ainda informar o censo de leitos local periodicamente, disponibilizando leitos de internação, sempre que possível, para pacientes de outras instituições da Rede. Precisa, ainda, delinear claramente os critérios de elegibilidade para essas admissões, conforme o perfil assistencial do hospital.

MONITORAMENTO ATRAVÉS DE INDICADORES:

Indicadores de Processo: indicadores de processos vão mensurar tempos do fluxo do paciente pela estrutura e unidades do hospital, desde a sua admissão até a alta hospitalar.

Tempo para efetivação de internação:

Avalia o tempo decorrido desde a solicitação de internação na Emergência até a chegada do paciente na Unidade de Internação. Processos de admissão homogêneos deverão apresentar tempos adequados dentro de uma estimativa real de sua duração. A transferência do paciente da Emergência para a Enfermaria Clínica revela-se um processo complexo, no qual diversas etapas acontecem com a interação de vários colaboradores do hospital, desde o médico até administrativos. A redução nesse tempo pode sensivelmente reduzir a superlotação na Emergência.

Tempo para efetivação de alta hospitalar:

Mensura o tempo decorrido da definição médica de alta do paciente até a desocupação do leito. A redução nesse indicador gera aumento virtual da capacidade instalada, ao aumentar o giro de leitos e sua oferta para novas admissões. Alguns hospitais ainda mensuram o horário da alta hospitalar; estimula-se as equipes a promoverem a alta no turno da manhã, permitindo que à tarde um novo paciente já ocupe o mesmo leito. Cabe o cuidado de mensurar e avaliar com cautela essa questão, uma vez que o fato do paciente receber a alta não implica na imediata desocupação do leito, e outros fatores costumam estar presentes nesta etapa. Novamente, um mapeamento preciso do processo poderá auxiliar no uso da informação gerada a partir dos dados do indicador.

Tempo para Higienização do Leito:

Compreende o tempo decorrido desde a saída física do paciente, até o momento de liberação do leito já higienizado.

Tempo de intervalo entre cirurgias:

Intuito de monitorar o tempo de higienização das salas cirúrgicas, podendo posteriormente disponibilizar para outros procedimentos.

Indicadores de Resultados, (Produção), diz respeito ao uso da capacidade instalada, e ao número de atendimentos:

Enquanto os indicadores de processos mensuram a eficiência das atividades desenvolvidas, os resultados apontaram se estas atividades são de fato eficazes no cumprimento dos seus objetivos.

a) Pacientes-dia no período.
b) Taxa de ocupação dos leitos.
c) Número de internações.
d) Número de consultas.
e) Número de cirurgias.

f) Taxa de ocupação de Salas Cirúrgicas.

g) Taxa de consultas realizadas.

Indicadores de Resultados, (Desempenho), onde demonstra se a capacidade instalada está sendo utilizada de forma eficiente:

a) Tempo médio de permanência em leito de internação.

b) Taxa de pacientes residentes no hospital acima de 20 dias.

c) Índice de renovação de giro de leitos.

d) Índice de intervalo de substituição de leitos.

e) Giro de salas cirúrgicas (cirurgias no período/número total de salas).

ROTINA DIÁRIA DO NIR:

a) O NIR deve ter controle total sobre os leitos do hospital. Esse controle é necessário, pois haverá necessidade de centralizar a forma de atender à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades. Aqui, destaca - se o papel do enfermeiro operacional: sua função primordial é a gestão em tempo real dos leitos livres.

b) Deve autorizar as novas admissões das reservas solicitadas, as trocas e os bloqueios necessários conforme a demanda e disponibilidades; deve acompanh diariamente o censo hospitalar e ajustar à disposição dos pacientes na grade de leitos, de forma a promover um uso mais eficiente dos leitos disponíveis.

c) Conhecimento em tempo real do censo hospitalar permite, também, oferecer com maior frequência os leitos de internação para as centrais de regulação municipais e/ou regionais. Esse censo precisa ser informado diariamente para o ente regulador.

d) O médico ligado ao NIR deve ser a referência para a discussão e aceite dos casos externos; na sua ausência, um médico assistente das equipes especializadas deve ser indicado para exercer essa função.

e) Além de atualizar o censo e ajustar a disposição das novas admissões ou transferências entre as unidades, precisamos monitorar os casos que demandam transferência para fora do hospital ou recursos diagnósticos/terapêuticos não disponíveis na instituição.

f) O NIR deve monitorar e facilitar a resolução de internações prolongadas, acionando as equipes multidisciplinares e outras estruturas de apoio necessárias.

g) O NIR deve ter um tempo diário, no qual o enfermeiro operacional discutirá com o médico coordenador e/ou médicos reguladores os casos de transferência externa e internações prolongadas, definindo planos de ação para esses pacientes. A realização de tempo diário multidisciplinar é importante para alinhar toda a equipe acerca das situações e ações necessárias, definindo tarefas específicas que deverão ser executadas até o dia seguinte. É necessário reservar pelo menos 30 minutos na rotina diária, sempre no mesmo horário.

Considerações finais:

O NIR é uma instância colegiada, ligada diretamente à Direção do hospital e, portanto, validada por ela. Por meio do conhecimento das principais patologias que internam no Hospital é possível construir uma tipologia de leitos intra-hospitalares mais adequada à demanda dos hospitais, fugindo da lógica da distribuição de leitos por especialidades. Esta forma de Gestão de Leitos possibilitará melhor distribuição das internações, com otimização da utilização dos leitos e consequente redução do tempo médio de permanência hospitalar e redução da superlotação. Espera-se ainda melhor interface com a RAS, pactuando Leitos de Retaguarda quando for necessário e controlando a média de permanência e a taxa de ocupação também nestes leitos.

Espera-se, ainda, um melhor gerenciamento das altas e marcação de consultas especializadas, buscando reduzir a procura da Emergência para solução de questões eletivas.

O NIR certamente impactará na melhoria dos processos institucionais, na racionalização e uso da capacidade instalada, na ampliação do acesso e na promoção de práticas assistenciais seguras na transição do cuidado, garantindo a segurança e qualidade no atendimento prestado ao usuário.

GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES:

Movimento de pacientes

Observação hospitalar:

Pacientes que permanecem no hospital sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.

Termos relacionados: internação hospitalar.

Notas técnicas: O limite de 24 horas é o limite máximo para a observação hospitalar. Idealmente, um paciente deve permanecer em observação apenas pelo tempo necessário, observado o efeito de um tratamento, ou seja, tomada uma decisão sob a internação ou não do mesmo.

Os leitos de observação em geral oferecem menos condições de conforto e privacidade para os pacientes e por razões humanitárias deve-se manter o período de observação restrito ao necessário para a segurança do paciente e para a tomada da decisão clínica.

Internação hospitalar:

Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

Termos equivalentes: admissão hospitalar.

Termos relacionados: observação hospitalar.

Notas técnicas: Todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser considerados Internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

Notas técnicas: Os pacientes que têm grandes chances de permanecerem dentro do hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma e evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário.

Censo hospitalar diário:

É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital.

Termos relacionados: Dia hospitalar

Notas técnicas: deve-se levar em consideração os leitos bloqueados e os leitos extras, bem como a contagem e o registro do número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasão e desistência do tratamento ocorridas nas 24 horas relativas ao censo. Para efeito de censo, às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) devem ser consideradas unidades de internação.

Notas técnicas: Considerando-se a realidade de muitos hospitais brasileiros, em que muitos

pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência, às vezes lá permanecendo internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censos hospitalares.

Entrada:

É a entrada do paciente na unidade de internação, por internação, incluindo as transferências

externas, ou por transferência interna.

Termos relacionados: internação, transferência interna, transferência externa.

Saída:

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As Transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.

Termos equivalentes: egresso hospitalar, paciente egresso.

Termos relacionados: alta, evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa, óbito hospitalar, óbito institucional.

Notas técnicas: as saídas por alta ou transferência são consideradas saídas com parecer médico favorável e as saídas por evasão ou desistência do tratamento são consideradas saídas com parecer médico desfavorável.

Alta:

Ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.

Termos relacionados: saída.

Evasão:

É a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.

Termos relacionados: saída.

Desistência do tratamento:

É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente.

Termos equivalentes: alta a pedido.

Termos relacionados: saída.

Notas técnicas: alta a pedido foi considerada sinônimo de desistência do tratamento, tendo em vista que, visando a melhor utilização dos recursos hospitalares, todo paciente que se encontra internado em hospital deve estar internado por alguma condição médica que exija tratamento ou observação hospitalar. Logo, se o paciente pede alta, ele está desistindo do tratamento proposto para a condição médica que motivou a internação.

Transferência interna:

Mudança de um paciente de uma unidade de internação para outra dentro do mesmo hospital. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação.

Termos relacionados: saída, transferência externa.

Notas técnicas: As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo das

estatísticas hospitalares, de forma a evitar a contabilização da saída de um mesmo paciente duas vezes.

Transferência externa:

Mudança de um paciente de um hospital para outro.

Termos relacionados: saída, transferência interna.

Óbito hospitalar:

É aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos

procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

Termos relacionados: saída, óbito institucional.

Notas técnicas: os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.

Óbito institucional:

É aquele que ocorre em até 24 horas após a admissão hospitalar do paciente.

Termos relacionados: saída, óbito hospitalar.

Notas técnicas: Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital seja efetivada.

Hospital Dia:

Unidade hospitalar onde os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada,

permanecendo durante o dia sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite.

Notas técnicas: Não confundir os leitos de Hospital Dia, que são leitos hospitalares de observação, com a unidade de medida leitos-dia.

Reinternação:

É a internação de um paciente num hospital dentro de um período de tempo definido após a alta deste paciente do mesmo hospital.

Notas técnicas: A definição do período de tempo dentro do qual uma nova internação é chamada de reinternação pode variar dependendo do objetivo com que essa evento é medido.

Classificação de leitos:

Leito hospitalar de internação:

É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço.

Termos equivalentes: leito.

Termos relacionados: leito hospitalar de observação, leito auxiliar reversível, leitos planejados, leitos instalados, leitos desativados, leitos operacionais, leitos bloqueados, leito ocupado, leito vago, leitos extras, leitos de isolamento, leitos de isolamento reverso, leitos de pré-parto, leitos de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica, leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI), leitos de unidade de tratamento semi-intensivo, leito especializado, leito indiferenciado, leito de longa permanência, alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio, leito de observação em berçário, leito de internação em berçário, leito infantil.

Notas técnicas: Não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de

observação, incluindo os leitos de pré-parto e os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto, os leitos de berçário para recém-nascidos sadios, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos. Em situações excepcionais, um leito hospitalar de observação ou uma maca podem corresponder a um leito hospitalar de internação.

Notas técnicas: Os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo correspondem a uma parcela importante e crescente dos leitos hospitalares e grande volume de recursos é destinado a esses leitos. Não é mais uma prática viável ou recomendável o bloqueio de um leito de internação para um paciente internado em leito de tratamento intensivo ou semi-intensivo. Por essas razões, os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo devem ser considerados leitos hospitalares de internação.

Leito hospitalar de observação:

É o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Os leitos de hospital-dia são leitos hospitalares de observação.

Termos equivalentes: leito auxiliar

Termos relacionados: leito auxiliar reversível, leitos de hospital-dia

Notas técnicas: os leitos de observação ou auxiliares não devem ser considerados leitos hospitalares de internação, exceto quando eles estiverem sendo utilizados como leitos extras para internação ou quando os pacientes permanecerem nesses leitos por mais de 24 horas por qualquer razão.

Leito de observação reversível:

É o leito hospitalar de observação que pode ser revertido para um leito de internação em caso de necessidade.

Termos equivalentes: leito auxiliar reversível

Notas técnicas: A definição de leito de observação reversível implica que já exista por parte do hospital uma estratégia para a reversibilidade desses leitos em caso de necessidade, como por exemplo a forma de realocação de recursos humanos e de disponibilidade de recursos materiais.

Leitos planejados:

São todos os leitos previstos para existir em um hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer razão.

Termos equivalentes: leitos institucionais, leitos totais.

Termos relacionados: capacidade hospitalar planejada, leitos instalados.

Leitos instalados:

Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.

Termos equivalentes: leitos permanentes, leitos fixos, leitos ativos.

Termos relacionados: capacidade hospitalar instalada, leitos planejados, leitos desativados, leitos operacionais.

Notas técnicas: Os leitos instalados devem corresponder aos leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

Leitos desativados:

Leitos que nunca foram ativados ou que deixam de fazer parte da capacidade instalada do hospital por alguma razão de caráter mais permanente, como, por exemplo, o fechamento de uma unidade do hospital.

Termos equivalentes: leitos desinstalados

Termos relacionados: leitos planejados, leitos instalados.

Notas técnicas: Os leitos bloqueados por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal) não devem ser considerados leitos desativados e sim leitos bloqueados, porque voltarão a ser leitos disponíveis tão logo se resolva o problema que deu origem ao bloqueio.

Notas técnicas: Se o hospital não tem condição de manter certo número de leitos em funcionamento, esses leitos devem ser desativados, e essa informação deve ser atualizada no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

Leitos operacionais:

São os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Termos equivalentes: leitos disponíveis.

Termos relacionados: capacidade hospitalar operacional, leitos instalados, leitos desativados, leitos bloqueados.

Notas técnicas: Inclui os leitos extras que estiverem sendo utilizados.

Leitos bloqueados:

Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mas que no momento em que é realizado o censo não podem ser utilizados por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).

Termos equivalentes: leitos indisponíveis, leitos interditados.

Termos relacionados: leitos operacionais.

Notas técnicas: A falta de roupa de cama limpa não deve ser considerada motivo de bloqueio de leito.

Leito ocupado:

Leito que está sendo utilizado por um paciente.

Termos relacionados: leito vago.

Notas técnicas: Se um paciente está internado em um leito, porém se encontra temporariamente fora do mesmo, por exemplo para a realização de um exame ou procedimento cirúrgico, o leito é considerado ocupado, desde que o paciente vá retornar para aquele leito após o término do procedimento.

Notas técnicas: Um leito é considerado ocupado até a saída efetiva do paciente deste leito.

Leito vago:

Leito que está em condições de ser ocupado, mas que não está sendo utilizado por um paciente no momento do censo.

Termos equivalentes: leito desocupado, leito disponível.

Termos relacionados: leito ocupado.

Notas técnicas: Os leitos extras desocupados não são considerados leitos vagos.

Leitos extras:

Camas ou macas que não são habitualmente utilizados para internação, mas que por qualquer razão são ativados, seja em áreas que habitualmente não seriam destinadas à internação, seja em áreas que passam a comportar mais leitos do que normalmente comportam, mesmo que esses leitos sejam disponibilizados em condições diferentes das habituais.

Termos relacionados: capacidade hospitalar de emergência, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: a utilização de leitos extras implica que a capacidade operacional da unidade onde se localizam os leitos extras está sendo aumentada.

Leitos de isolamento:

Leitos de internação instalados em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinados à internação de pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis.

Termos relacionados: leitos de isolamento reverso.

Leitos de isolamento reverso:

Leitos de internação instalados em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinados à proteção de pacientes altamente susceptíveis a infecções, como os imunodeprimidos e grandes queimados.

Termos relacionados: leitos de isolamento.

Leitos de pré-parto:

Leitos auxiliares localizados nas salas de pré-parto e que são utilizados pelas pacientes durante o trabalho de parto até o momento da realização do parto.

Leitos de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica:

Leitos auxiliares destinados à prestação de cuidados pós-anestésicos ou pós-cirúrgicos imediatos a pacientes egressos do bloco cirúrgico e que são utilizados por esses pacientes até que eles tenham condições de serem liberados para o leito de internação.

Leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI):

Leitos destinados ao tratamento de pacientes graves e de risco que exigem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Termos relacionados: leitos de unidade de tratamento semi-intensivo.

Leitos de unidade de tratamento semi-intensivo:

Leitos destinados à internação de pacientes que não necessitam de cuidados intensivos, mas que ainda requerem atenção especial diferenciada da adotada na unidade de internação.

Termos relacionados: leitos de unidade de tratamento intensivo.

Leito especializado:

Leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de determinada especialidade médica.

Termos relacionados: leito indiferenciado.

Leito indiferenciado:

Leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade médica.

Termos equivalentes: leito não especializado

Termos relacionados: leito especializado.

Leito de longa permanência:

Leito hospitalar cuja duração média de internação é maior ou igual a 30 (trinta) dias.

Notas técnicas: A definição de leitos de curta permanência como aqueles em que a média de internação é menor que 30 dias foi excluída por acreditarmos que tal definição estaria em desacordo com as políticas de redução de média de permanência definidas pelo Ministério da Saúde.

Alojamento conjunto:

Modalidade de acomodação em que o recém-nascido sadio permanece alojado em berço contíguo ao leito da mãe, 24 horas por dia, até a saída da mãe do hospital.

Termos relacionados: berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de observação em berçário.

Berço de recém-nascido em alojamento conjunto:

Berço destinado ao recém-nascido sadio em regime de alojamento conjunto e localizado junto ao leito da mãe.

Termos relacionados: alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio.

Notas técnicas: Não são contabilizados como leitos hospitalares de internação.

Leito de berçário para recém-nascido sadio:

Berço destinado ao recém-nascido sadio e localizado em berçário, longe do leito da mãe.

Termos relacionados: alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto.

Notas técnicas: Não são contabilizados como leitos hospitalares de internação.

Leito de observação em berçário:

Berço auxiliar para observação das primeiras horas de vida do recém-nascido, por um período

máximo de 24 horas, até que ele seja liberado para o berço do alojamento conjunto ou leito de berçário para recém-nascido sadio ou então internado em um leito de internação em berçário.

Termos relacionados: alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio, leito de internação em berçário.

Notas técnicas: A partir de 24 horas de permanência do recém-nascido em berço que não seja o berço de recém-nascido em alojamento conjunto ou o leito de berçário para recém-nascido sadio, esse berço deve ser considerado um leito extra de internação em berçário.

Leito de internação em berçário:

Berço destinado a alojar recém-nascidos prematuros ou que apresentem patologias que necessitem de tratamento hospitalar.

Termos relacionados: leito de observação em berçário.

Notas técnicas: A situação do recém-nascido é uma situação singular dentre os pacientes de um hospital. O recém-nascido normal não é formalmente internado e portanto não é formalmente um paciente hospitalar. Por outro lado, o recém-nascido patológico é internado e às vezes passa um longo período dentro do hospital. As normas específicas de internação de recém-nascidos podem variar de hospital para hospital.

Leito infantil:

Leito de internação destinado à internação de crianças enfermas, até o limite de idade definido pelo hospital.

Notas técnicas: o limite de idade para internação em leitos infantis pode variar de hospital para hospital.

Medidas hospitalares

Dia hospitalar:

É o período de 24 horas compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

Termos relacionados: censo hospitalar diário

Notas técnicas: Em um hospital específico, o horário de fechamento do censo deve ser o mesmo todos os dias e em todas as unidades do hospital, embora o horário de fechamento do censo possa variar de hospital para hospital. Para garantir maior confiabilidade do censo, os hospitais devem fechar o censo hospitalar diário no horário que for mais adequado para as rotinas do hospital, desde que respeitando rigorosamente o mesmo horário de fechamento todos os dias para aquele hospital.

Leito-dia

Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.

Termos relacionados: leito hospitalar de internação, dia hospitalar

Notas técnicas: Os leitos-dia correspondem aos leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras.

Variação gramatical: leitos-dia.

Paciente-dia

Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

Notas técnicas: O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da internação.

Variação gramatical: pacientes-dia.

Leito-hora

Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de observação por uma hora.

Variação gramatical: leitos-hora.

Paciente-hora

Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente em observação durante uma hora.

Variação gramatical: pacientes-hora.

Notas técnicas: As definições de leito-hora e paciente-hora foram incluídas para permitir avaliações da utilização dos leitos hospitalares de observação ou auxiliares em hospitais que tenham um volume considerável de atendimentos prestados nesse tipo de leito e que queiram fazer esse tipo de avaliação.

Capacidade hospitalar planejada

É a capacidade total de leitos do hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer

razão.

Termos equivalentes: capacidade hospitalar institucional, capacidade hospitalar total.

Termos relacionados: leitos planejados, capacidade hospitalar instalada, capacidade hospitalar operacional.

Capacidade hospitalar instalada

É a capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.

Termos relacionados: leitos instalados, capacidade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: A capacidade hospitalar instalada deve corresponder ao número de leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

2.3.8 - Capacidade hospitalar operacional

É a capacidade dos leitos em utilização e dos leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Termos relacionados: leitos operacionais, capaci

dade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: Os leitos extras desocupados não são fazem parte da capacidade hospitalar

operacional.

Notas técnicas: as capacidades hospitalares auxiliares institucional, instalada e operacional podem ser definidas à semelhança das definições anteriores, quando for do interesse do hospital analisar essas informações para os leitos hospitalares de observação ou auxiliares.

Capacidade hospitalar de emergência

Somatória dos leitos que podem ser disponibilizados dentro de um hospital, em circunstâncias

anormais ou de calamidade pública.

Termos relacionados: leitos extras, capacidade hospitalar instalada, leitos instalados.

Notas técnicas: esta medida corresponde à soma da capacidade instalada e do número de leitos extras que podem ser instalados, aí incluídos os leitos auxiliares reversíveis.

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DOS INDICADORES:

Nome do indicador	Total de Pacientes-dia
Fórmula de cálculo	*Soma dos pacientes-dia no período*
Unidade de medida	Pacientes-dia
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente-dia representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional da Instituição[1]. O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. Definições relacionadas: Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição. É calculado pela fórmula: *Leitos instalados – leitos bloqueados*. Leitos instalados: Todos os leitos de internação da Instituição. Leitos Bloqueados: Leitos que estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória de pacientes-dia do hospital no período de um mês.
Denominador	NA
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes internados em cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente-dia no período de dois dias seria: 34+41 = 75 pacientes-dia. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	Monitoramento
Benchmark	Definir outras instituições de porte semelhante para comparação.
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão dos leitos operacionais do hospital. Importante para o cálculo de outros indicadores hospitalares.
Interpretação	Queda no indicador indica existência de leitos ociosos acima do esperado, devendo ser analisado o motivo causal deste evento, como problemas de planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão de pacientes para os leitos de internação a partir do setor da Emergência.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual *in loco* de todos os pacientes internados em cada dia do mês no mesmo horário e os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do censo diário de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Ministério da Saúde. **Taxa de ocupação operacional geral (E-EFI-01)**. V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf Acesso em: 01/04/2016. 2. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 32p. (Série A. normas e Manuais Técnicos).
Observações	Siglas: NA: Não se aplica.

Nome do indicador	Taxa de Ocupação Operacional
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Soma do número de pacientes - dia no período}}{\text{Soma do número de leitos operacionais - dia do período}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente-dia representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional[1]. O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. Leito Operacional: leito ocupado ou passível de ocupação na instituição[1]. É calculado pela fórmula: *Leitos instalados – leitos bloqueados*. Definições relacionadas: Leitos instalados: todos os leitos de internação da instituição. Leitos bloqueados: leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória do número de pacientes-dia do hospital no período de um mês. Ou seja, cada paciente ocupando um leito operacional por um dia, representa 1 paciente-dia.
Denominador	É a disponibilidade de um leito hospitalar operacional por um dia hospitalar durante o período de um mês. Ou seja, se existe 1 passível de ser utilizado por um período de 30 dias, representa 30 leitos-dia.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes internados por cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente dia no período de dois dias seria: 34+41 = 75 pacientes-dia. **Denominador:** Passo 1: são contados todos os leitos operacionais por cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os leitos operacionais a cada dia hospitalar em determinado período. Exemplo: dia 1 = 62 leitos, 2 bloqueados por isolamento, total de leitos operacionais: 62 – 2 = 60 leitos operacionais. Dia 2 = 62 leitos, 1 bloqueado por manutenção, total de leitos operacionais ficaria: 62 – 1 = 61 leitos operacionais A taxa de ocupação, nos exemplos acima, seria calculada da seguinte forma = $\frac{34+41}{60+61} \times 100 = 61{,}9\%$. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual,conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	75% a 85% (QUALISS - ANS 2014)[2]. Média anual de 2015: 79,3% (ANAHP, 2016)[3].
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão dos leitos operacionais do hospital.
Interpretação	Taxa de ocupação baixa indica existência de leitos ociosos acima do esperado, devendo ser analisado o motivo causal deste evento, como problemas de planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão de pacientes para os leitos de internação a partir do setor da Emergência.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual *in loco* de todos os pacientes internados em cada dia do mês no mesmo horário e pela contagem do número de leitos operacionais. Os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do censo diário (paciente-dia e leitos operacionais) de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Brasil. Portaria n.º 1101/GM, 2002. **Parâmetros Assistenciais do SUS**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html Acesso em: 01/04/2016. 2. Ministério da Saúde. **Taxa de Ocupação Operacional Geral (E-EFI-01)**. V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf Acesso em: 07/04/2016. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP**. 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador	Número de Internações Hospitalares
Fórmula de cálculo	*Soma do número de internações hospitalares no período*
Unidade de medida	Pacientes
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Numerador	Número de internações durante o período de um mês, em leitos de internação.
Conceituação	O número de internações diz respeito ao número de pacientes admitidos nas Unidades de Internação da Instituição em cada dia. O indicador será a soma de todas as internações do período de um mês. O número de internações reflete em outros indicadores como Paciente-dia e Taxa de Ocupação.
Denominador	Não se aplica.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contadas todas as internações diárias em leitos das Unidades de Internação. Passo 2: são somadas todas as internações diárias em leitos das Unidades de Internação no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 12 internações, dia 2 = 8 internações. Neste exemplo, o total de internações no período seria de 20 pacientes. **Denominador:** Não se aplica. **Registro:** A coleta de dados pode ser realizada de forma informatizada ou manual, conforme a estrutura disponível na instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente

Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*). Sofrerá influência das metas de Taxa de Ocupação e de Tempo Médio de Permanência.
Benchmark	Para uma Taxa de Ocupação = 80%:[1] Clínica médica: 56,15/leito/ano Pediatria: 48,66/leito/ano Geral: 48,82/leito/ano
Importância do indicador	Avalia a demanda local e externa por leitos de internação.
Interpretação	Alta progressiva do indicador além da meta pode indicar aumento de demanda local e/ou externa e a necessidade de planejamento de expansão da capacidade instalada do hospital ou desenvolvimento de estratégias de redirecionamento dos pacientes na rede de assistência municipal. Quedas persistentes no indicador podem decorrer da busca da população local por outros serviços de atenção à saúde, limitação diagnóstica e terapêutica do hospital com encaminhamento dos pacientes para outras instituições da rede.
Validação	Pode ser validado pela comparação do número de internações obtidas por contagem manual/informatizada com os dados do faturamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) na alta hospitalar. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual.
Referência bibliográfica	1. Brasil. Portaria n.º 1101/GM, 2002. **Parâmetros Assistenciais do SUS.** Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm Acesso em: 01/04/2016.

Nome do indicador	Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação
Fórmula de cálculo	$\frac{\textit{Soma do número de pacientes - dia no período}}{\textit{Soma do número de saídas hospitalares no período}}$
Unidade de medida	Dias
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Este indicador representa a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período e o total de saídas (altas) hospitalares no mesmo período. Definições relacionadas: Paciente-dia*: representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional da Instituição O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. *Nota: Ver indicador paciente-dia.
Numerador	É a somatória de pacientes-dia do hospital no período de um mês. Ou seja, cada paciente internado ocupando um leito operacional por um dia, representa 1 paciente-dia.
Denominador	É o somatório das saídas hospitalares no período de um mês. Critérios de inclusão: • Alta (curado, melhorado ou inalterado); • Evasão; • Desistência do tratamento; • Transferência externa; • Óbito. Critério de exclusão: • Não há.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes internados por dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os pacientes internados dia a dia no período. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 35 pacientes-dia. Neste exemplo, o número de pacientes-dia seria 34+35 = 69 pacientes-dia. **Denominador:** Passo 1: são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais[1] durante o período. Passo 2: são somados todas as saídas no período de um mês. **Registro**: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Inversamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Média anual de 2015: 4,2 dias (ANAHP, 2016)[3]. Hospitais de médio porte: 3 a 4 dias (QUALISS – ANS, 2014)[4].
Importância do indicador	É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e a boas práticas clínicas.
Interpretação	Este indicador é apresentado em dias. Representa a média do tempo de internação dos pacientes no período de um mês. O tempo médio de internação pode variar devido ao tipo de internação, à complexidade do atendimento, à faixa etária e a comorbidades clínicas. Espera-se que este indicador esteja abaixo da meta. Em hospitais que internam predominantemente pacientes agudos, a média de permanência varia entre 3 e 5 dias. Metas recomendadas de acordo com o porte do hospital[4]: Porte I (pequeno porte) – 2 a 3 dias. Porte II (médio porte) – 3 a 4 dias. Porte III (grande porte) – 4 a 5 dias.
Validação	São validados o numerador e denominador do indicador conforme descrito nas respectivas fichas técnicas. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Ministério da Saúde. **Taxa de ocupação operacional geral (E-EFI-01).** V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf Acesso em: 01/04/2016. 2. Brasil. Portaria n.º 1101/GM, 2002. **Parâmetros Assistenciais do SUS.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html Acesso em: 01/04/2016. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP.** 8ed. São Paulo: 2016. 132p. 4. Ministério da Saúde. **Média de permanência geral (E-EFI-05).** V1.02. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2013. 5p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf Acesso em: 01/04/2016.

Nome do indicador	**Taxa de Pacientes Residentes na Instituição**
Fórmula de cálculo	$\frac{\textit{Soma do número de pacientes residentes no período}}{\textit{Soma do número de saídas hospitalares no período}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente residente: paciente com permanência em leito operacional da Unidade de Internação maior ou igual a 90 dias. Definições relacionadas: Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição. É calculado pela fórmula: *Leitos instalados – leitos bloqueados*. Leitos instalados: Todos os leitos de Internação da Instituição. Leitos Bloqueados: Leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória do número de pacientes residentes em leitos de Internação da Instituição no período. O número de pacientes residentes é contabilizado no dia 1º de cada mês.
Denominador	É o somatório das saídas hospitalares no período. Critérios de inclusão: • Alta (curado, melhorado ou inalterado); • Evasão; • Desistência do tratamento; • Transferência externa; • Óbito. Critério de exclusão: • Não há.

Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes residentes na Instituição em cada dia hospitalar. Passo 2: são somados todos os pacientes residentes na Instituição no período. **Denominador:** Passo 1: são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais[1] durante o período. Passo 2: são somados todas as saídas no período. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na Instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Inversamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Média anual de 2015: 0,7% (ANAPH, 2016)[1].
Importância do indicador	Mostra a quantidade de pacientes residentes no hospital, com internação muito prolongada (acima de 90 dias).
Interpretação	Hospitais que apresentem esse percentual acima da média terão limitação para admitir um número maior de pacientes, com impacto sobre o giro de pacientes por leito. Ações com o objetivo de desospitalizar os pacientes precisam ser implementadas nesses casos.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual de todos os pacientes residentes e saídas do mês. Os resultados serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do número de pacientes residentes e número de saídas por dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP.** 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador	Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico
Fórmula de cálculo	$\frac{\textit{Tempo total de uso das S.C. + Tempo total de higienização das S.C.}}{\textit{Tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico para cirurgias}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Todas as cirurgias agendadas e realizadas no Centro Cirúrgico da Instituição.
Conceituação	Mensura uso da capacidade instalada do Centro Cirúrgico da Instituição. É representado como taxa, pois avalia a razão entre o total de tempo utilizado sobre o total de tempo disponível para procedimentos cirúrgicos. Definições relacionadas: Sala Cirúrgica: sala localizada no Centro Cirúrgico da Instituição onde são realizados procedimentos cirúrgicos. Tempo Total de Uso das Salas Cirúrgicas (S.C.): tempo (minutos) decorrido do início até o final a cirurgia. Tempo total de limpeza das Salas Cirúrgicas (S.C.): tempo (minutos) decorrido do início até o final da higienização da sala cirúrgica.
Numerador	É a somatória do tempo total de uso das Salas Cirúrgicas com o tempo total de higienização das Salas Cirúrgicas.
Denominador	É representado pelo tempo total de disponibilidade das Salas Cirúrgicas para a realização de cirurgias.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são somados os tempos de todas as cirurgias realizadas nas salas do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Passo 2: são somados os tempos de higienização das salas do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Passo 3: São somados os tempos de cirurgias aos tempos de higienização das salas Cirúrgicas no período. Exemplo: Tempo de uso das Salas Cirúrgicas: dia 1 = 240 minutos, dia 2 = 360 minutos. Neste exemplo, o tempo total de uso das Salas Cirúrgicas no período de dois dias seria: 240+360 = 600 minutos. Tempo de higienização das Salas Cirúrgicas: dia 1 = 120 minutos, dia 2 = 150 minutos. Neste exemplo, o tempo total de higienização das Salas Cirúrgicas seria de: 120 + 150 = 270 minutos. **Denominador:** Passo 1: são somados os tempos de disponibilidade do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Exemplo: dia 1 = 720 minutos (12 horas), dia 2 = 720 minutos (12 horas). Neste exemplo, o tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico no período de dois dias seria: 720+720 = 1.440. Nota: Para o cálculo do tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico não serão consideradas as Salas Cirúrgicas bloqueadas. A taxa de utilização das Salas Cirúrgicas, nos exemplos acima, seria calculada da seguinte forma: $= \frac{600 \times 270}{1440} \times 100 = 60{,}4\%$. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Definir outras instituições de porte semelhante para comparação.
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão do uso das Salas Cirúrgicas disponíveis na Instituição.
Interpretação	Taxa de utilização baixa indica ociosidade da capacidade instalada. A não realização dos procedimentos cirúrgicos pode ocorrer devido a problemas de infraestrutura ou processos, por exemplo: • Sala Cirúrgica em manutenção; • Falta de profissionais; • Atraso no horário de realização procedimento; • Erro no agendamento do procedimento cirúrgico.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pelo registro manual das cirurgias realizadas e agendadas no período. Os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de cirurgias realizadas e agendadas entre o sistema informatizado e a contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do registro de cirurgias realizadas e agendadas de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de agendamentos e cirurgias realizadas nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Nepote, Maria Helena Aoki et al., **Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.17 no.4. 2009. 529-534.

Nome do indicador	Índice de Intervalo de Substituição
Fórmula de cálculo	$\frac{\textit{Taxa de Desocupação X Tempo Médio de Permanência em dias}}{\textit{Taxa de Ocupação}}$
Unidade de medida	Dias
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Este indicador é representado na forma de índice, pois relaciona o percentual de ocupação com a média de permanência (tempo). Definições relacionadas: Taxa de desocupação: Representa o percentual de leitos operacionais vagos no período. Calculado pela fórmula: *100 (%) – Taxa de Ocupação (%)*[a]. Taxa de ocupação[a]: Representa a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado período. Tempo médio de permanência[b]: É a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período, e o total de saídas no período. [a]Nota: Ver indicador de taxa de ocupação. [b]Nota: Ver indicador de tempo médio de permanência.
Numerador	É representado pela relação do percentual de desocupação da Unidade de Internação com o tempo médio de permanência de pacientes internados na Unidade de Internação.
Denominador	É a taxa de ocupação do Hospital no período.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todos os pacientes internados em cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Ex: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente-dia no período de dois dias seria: 34+41 = 75 pacientes-dia. Exemplo: Hospital com 50 leitos, com média de permanência de 7 dias e taxa de ocupação de 85%. Taxa de desocupação = 100 – 85 = 15%. O índice de intervalo de substituição, no exemplo acima, seria calculado da seguinte forma: Índice de Intervalo de Substituição = $\frac{15 \times 7}{85}$ = 1,24 dias. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Média anual de 2015: 1,1 dias (ANAPH, 2016)[3].
Importância do indicador	Assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar.
Interpretação	Tempos elevados significam ociosidade de capacidade instalada, pois nesse intervalo não há paciente utilizando o leito hospitalar, sendo necessário avaliar possíveis ineficiências nos processos de admissão e alta hospitalar.
Validação	São validados o numerador e o denominador do indicador, conforme descrito nas respectivas fichas técnicas. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Zucchi, Paola *et al.* **Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo.** Volume 4 Número 5. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998. 311-316. 2. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em Saúde.** Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. 1977. 39p. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP.** 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador	Índice de Renovação ou Índice de Giro de Leitos
Fórmula de cálculo	$\frac{\textit{Número de saídas no período}}{\textit{Média do número de leitos operacionais no período}}$
Unidade de medida	Paciente por leito.
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	É a relação entre o número de pacientes que saíram do hospital (altas e óbitos) durante determinado período e o número de leitos postos à disposição, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado[1]. Definições relacionadas: Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição[1]. É calculado pela fórmula: *Leitos instalados – leitos bloqueados*. Leito Instalado: Todos os leitos da Instituição. Leito Bloqueado: Leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção. *Nota técnica: Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.
Numerador	É o somatório das saídas hospitalares no período de um mês. Critérios de inclusão: • Alta (curado, melhorado ou inalterado); • Evasão; • Desistência do tratamento; • Transferência externa; • Óbito. Critério de exclusão: • Não há.
Denominador	É a média do número de leitos operacionais por dia no período de um mês.
Coleta de dados	**Numerador:** Passo 1: são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais[1] durante o período selecionado. Passo 2: são somados todas as saídas no período selecionado. **Denominador:** Passo 1: são contados todos os leitos operacionais por cada dia hospitalar por meio da realização de censo diário. Passo 2: são somados todos os leitos operacionais em cada dia em um determinado período. Passo 3: Calcula-se a média de leitos operacionais para o período. Exemplo: dia 1 = 62 leitos, 2 bloqueados por isolamento, total de leitos operacionais: 62 – 2 = 60 leitos operacionais. Dia 2 = 62 leitos, 1 bloqueado por manutenção, total de leitos operacionais ficaria: 62 – 1 = 61 leitos operacionais. Média de leitos operacionais no período: $\frac{60+61 \text{ leitos}}{2 \text{ dias}}$ = 60,5 leitos. **Registro:** A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual, conforme estrutura disponível na instituição.

Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (*Benchmark*).
Benchmark	Média anual de 2015: 5,6 pacientes (ANAPH, 2016)[3].
Importância do indicador	Mostra a eficiência do uso da capacidade instalada, indicando quantos pacientes utilizaram o mesmo leito no período de um mês.
Interpretação	Valores abaixo do esperado indicam uso ineficiente da capacidade instalada e ações precisam ser tomadas para resolver o problema. Paralelamente, é esperado observar aumento do Tempo Médio de Permanência, que também é um indicador de eficiência do uso dos leitos.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual das saídas do período e do número de leitos operacionais do período. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do número de saídas e número de leitos operacionais por dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Zucchi, Paola et al. **Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo.** Volume 4 Número 5. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998. 311-316. 2. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em Saúde.** Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. 1977. 39p. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP.** 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
22/07/19	001	Alteração da codificação dos documentos

APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. Emissor:	Ass. Aprovador:

INSTITUTO CE

1.6 NÚCLEO SEGURANÇA DO PACIENTE

1.6.1 Protocolo - DI.009.NSP REGIMENTO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

1. CAPÍTULO I

1.1. Da natureza e finalidade

1.1.1. Art. 1º Este regimento atende às normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor. Considerando o teor da Resolução RDC nº - 63 de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; considerando o teor da Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviço de saúde e dá outras providências. Considerando que desenvolve e opera por meio de processos seguros, revela responsabilidade e comprometimento com a segurança dos pacientes e colaboradores, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza. Considerando que a Organização Nacional de Acreditação visa a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

1.1.2. Art. 2º - O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa.

1.1.3. Art. 3º - O NQSP tem por finalidade assessorar a Diretoria do Hospital, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

1.1.4. Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

1.1.5. Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

1.1.6. Art. 6º Considerar-se dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

1.1.7. Art. 7º Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde.

1.1.8. Art. 8º Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

1.1.9. Art. 9º O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem, contribuindo na elaboração e na avaliação das barreiras dos riscos da organização, bem como a elaboração de relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias dos processos.

1.1.10. Art. 10º O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

1.1.11. Art. 11º A criação do PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

1.1.12. Art. 12º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

1.1.13. Art. 13º Conceitua-se serviço de saúde como sendo o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

2. CAPÍTULO II

2.1. Do núcleo de segurança do paciente

2.1.1. Art. 14º Este Núcleo de Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas: Resolução RDC nº - 63 de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviço de saúde e dá outras providências.

3. CAPÍTULO III

3.1. Da vigilância, do monitoramento e da notificação de eventos adversos

3.1.1. Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo NQSP;

3.1.2. Art. 10 A notificação dos eventos adversos (com dano grave), deve ser realizada mensalmente pelo NQSP, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

3.1.3. Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito serão enviados para Comissão de óbito da Unidade, para investigação, com um prazo de dois dias uteis para retorno. Devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

4. CAPÍTULO IV

4.1. Dos princípios e diretrizes

4.1.1. Art.15º Princípios e diretrizes do NQSP:

4.1.1.1. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;

4.1.1.2. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

4.1.1.3. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

4.1.1.4. A disseminação sistemática da cultura de segurança;

4.1.1.5. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

4.1.1.6. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

4.1.1.7. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

4.1.2. Art. 16º Competências do Núcleo de Segurança do Paciente:

4.1.2.1. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;

4.1.2.2. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes.

4.1.2.3. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

4.1.2.4. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

4.1.2.5. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

4.1.2.6. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

4.1.2.7. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

4.1.2.8. Apoiar no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente.

5. CAPITULO V

5.1. Dos deveres e responsabilidades

5.1.1. Art. 17º Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

5.1.1.1. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

5.1.1.2. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde:

5.1.1.3. Proteção à identidade do notificador;

5.1.1.4. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

5.1.1.5. Foco nos processos durante a apuração dos fatos e no processo decisório.

5.1.2. Art. 18º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

5.1.3. Art. 19º As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

5.1.4. Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Diretoria.

6. CAPÍTULO VI

6.1. Das atribuições

6.1.1. Art. 20º Os membros do Núcleo têm por atribuições:

6.1.1.1. **Ao Presidente, atribuem-se:**

6.1.1.1.1. Convocar e presidir as reuniões.

6.1.1.1.2. Dirigir os trabalhos do NQSP.

6.1.1.1.3. Representar o NQSP perante a Diretoria, setores e órgãos competentes.

6.1.1.1.4. Assinar toda a documentação do NQSP.

6.1.1.1.5. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros do NQSP.

6.2. Vice-presidente, atribuem-se:

Auxiliar o presidente nas funções estabelecidas neste regimento, bem como substituí-lo em casos de indisponibilidade de comparecimento às reuniões ordinárias e/ou extraordinárias.

6.2.1.1. **Ao Secretário, atribuem-se:**

6.2.1.1.1. Preparar os materiais necessários para as reuniões;

6.2.1.1.2. Comparecer às reuniões convocadas.

6.2.1.1.3. Registrar em atas todas as reuniões do NQSP e colher as assinaturas dos participantes.

6.2.1.1.4. Cuidar do controle e arquivo dos documentos do NQSP.

6.2.1.1.5. Colaborar com os trabalhos do NQSP.

6.2.1.2. **Aos demais membros, atribuem-se:**

6.2.1.2.1. Comparecer às reuniões convocadas.

6.2.1.2.2. Colaborar com os trabalhos do NQSP.

6.2.1.2.3. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.

6.2.1.2.4. Divulgar as atividades e objetivos do NQSP.

7. CAPÍTULO VI

7.1. Do mandato

7.1.1. Art. 21º O mandato dos membros do NQSP terá prazo indeterminado.

7.1.2. Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição ou instituição de membros no NQSP, essa ocorrerá sob apreciação de todos os membros.

8. CAPÍTULO VIII

8.1. Das reuniões

8.1.1. Art. 22º As reuniões do NQSP serão realizadas em caráter ordinário (semanalmente), conforme determinado em cronograma específico.

8.1.2. Art. 23º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

8.1.3. Art. 24º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NQSP.

8.1.4. Art. 25º As reuniões serão realizadas com no mínimo quarenta por cento dos membros do NQSP.

8.1.5. Art. 26º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

8.1.6. Art. 27º Todos os membros deverão estar presentes pontualmente. Em caso de impossibilidade de comparecimento, deverá ser comunicada a ausência ao NQSP.

8.1.7. Parágrafo único: Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, desde que não fira os princípios deste regimento, poderão realizar a reunião.

8.1.8. Art. 28º As reuniões do NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro.

9. CAPÍTULO IV

9.1. Das deliberações e recomendações

9.1.1. Art.29º As deliberações do NQSP serão tomadas em reunião por maioria absoluta do quórum mínimo de quarenta por cento.

9.1.2. Parágrafo único. Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Presidente do NQSP.

10. CAPÍTULO XII

10.1. Das disposições finais

10.1.1. Art. 30º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

10.1.2. Art.31º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

12. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:

Ass.emissor:	Ass. aprovador:

1.7 SCIRAS

1.7.1 Protocolo - REGIMENTO INTERNO SCIRAS

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º- A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) por determinação do Regimento Interno é um órgão de assessoria da Diretoria Clínica e Administrativa, sendo de sua competência:

1. Planejar, estudar e implementar ações de prevenção e controle de infecções hospitalares;

2. Implementar e desenvolver a melhoria da qualidade dos serviços e da assistência prestada ao paciente;

3. Notificar e investigar casos de doenças sob vigilância e agravos inusitados à saúde atendidos no Hospital e auxiliar na implementação de medidas de prevenção e controle das doenças de notificação compulsória de acordo com as normas do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria municipal da Saúde;

4. Racionalizar o uso de antimicrobianos no Hospital;

5. Promover educação continuada e treinamentos.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) é composta por:

1. Um Presidente indicado pelo Diretor Clínico;

2. Um Secretário;

3. Um Representante da Diretoria Administrativa;

4. Um Representante da Farmácia;

5. Um Representante do Laboratório de Microbiologia;

6. Um Representante da Chefia de Enfermagem;

7. Membros do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS).

Art 3º - O núcleo executivo da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) será formado por:

1. Um médico com experiência comprovada em controle e prevenção de infecções hospitalares;

2. Um enfermeiro com experiência em controle e prevenção de infecções hospitalares.

§ 1. Compete à Diretoria Geral e Administrativa do Hospital indicar os profissionais que farão parte da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

§2. Compete à Diretoria Geral e Administrativa do Hospital oferecer condições adequadas de infraestrutura (local adequado, material de consumo e permanente) para o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

§ 3. O Presidente da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde terá mandato de 2 (dois) anos, sendo permitido a recondução. A indicação destes cargos ocorrerá no mês de janeiro dos anos pares.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º- Do Presidente:

1. Convocar e presidir as reuniões da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

2. Estabelecer o dia para as reuniões;

3. Dirigir os trabalhos da Comissão;

4. Assinar toda documentação relacionada à Comissão;

5. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

Art. 5º- Da secretária:

1. Receber, registrar, distribuir, expedir e arquivar documentos e processos;

2. Manter o arquivo em ordem;

3. Auxiliar os membros da Comissão na aquisição, digitação e elaboração de documentos;

4. Fazer as correspondências da Comissão.

Art. 6º- Do Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Núcleo Executivo):

Ao SCIRAS compete:

1. Elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares;

2. Implantar e manter um sistema de Vigilância Epidemiológica adequado às características do Hospital;

3. Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas de prevenção e controle;

4. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;

5. Aplicar medidas técnico-administrativas para controlar e prevenir a disseminação de microorganismos responsáveis por infecções hospitalares através de medidas de precauções/ isolamento;

6. Participar da elaboração do formulário terapêutico do Hospital de modo a garantir que contenha os antimicrobianos necessários para o tratamento dos processos infecciosos dos pacientes do Hospital;

7. Elaborar e implementar estratégias capazes de minimizar os riscos profissionais adquirir em microorganismos no ambiente hospitalar;

8. Atuar junto com os diversos serviços do Hospital em programas de Educação Continuada;

9. Promover uma base sistemática e integrada de análise e discussão, visando à melhoria da qualidade dos serviços, da assistência prestada ao paciente e a satisfação dos clientes;

10. Desenvolver e aplicar diretrizes clínicas práticas, protocolos, de modo a maximizar a qualidade da assistência prestada, bem como contribuir na formação de profissionais, minimizando os custos e otimizando os recursos;

11. Buscar ativamente os casos suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica e agravos inusitados à saúde atendidos no hospital (ambulatórios, enfermarias e pronto socorro) e notificá-los, a nível local, cumprindo os fluxos da Secretaria municipal de Saúde;

12. Preencher os impressos próprios do Sistema de Vigilância Epidemiológica;

13. Divulgar informações fornecidas pelo Centro de Vigilância Epidemiológica sobre comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância, ao corpo clínico do Hospital;

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde se reunirá, no mínimo, mensalmente, em sessões abertas, com a diretoria clínica e/ou administrativa do Hospital para discussão e promoção de ações para o cumprimento do Art. 1º.

Art. 8º - As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo Diretor Clínico ou pelo presidente, através de memorando protocolado.

Art. 9º - A Comissão deverá participar de grupos de estudos, programas regionais e nacionais de controle e prevenção de infecção hospitalar, de desenvolvimento de qualidade e de vigilância de doenças de notificação compulsória.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 11- Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

1.7.2 Protocolo - PRO.003.SCIRAS USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO

1. OBJETIVO:

1.1. Garantir o controle dos antimicrobianos a serem utilizados na instituição, bem como das condutas (guias terapêuticos e protocolos de tratamento).

1.2. Promover orientações para o uso racional de antimicrobianos terapêuticos e profiláticos, visando reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente) e minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência na Unidade.

1.3. Promover o uso racional de antimicrobianos, de forma a minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência.

1.4. Reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente).

2. APLICAÇÃO:

2.1. Este protocolo deverá ser aplicado nas diferentes áreas de atendimento ao usuário: Urgência/Emergência/Observação, Unidade de internação, UTI's, e na necessidade do uso profilático sempre que necessário.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **ATM:** Antimicrobiano.

3.2. **SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde

3.4. **CCIRAS:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde.

3.5. **Tratamento profilático:** é o nome que deriva do termo profilaxia, a qual é de origem grega *prophýlaxis* e significa cautela**.** Deste modo, profilático é o mesmo que prevenir algum mal ou doença por meio de ações e tratamentos específicos**.**

3.6. **Tratamento terapêutico:** o nome de terapêutica, por conseguinte, à especialidade médica encarregada dos meios para o tratamento de males e afecções com a finalidade de conseguir curar, tratar ou pelo menos minimizar os sintomas.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. A responsabilidade da aplicação deste "Protocolo do uso Racional de Antimicrobianos" é dos prescritores de antimicrobianos. A verificação à adesão e eficácia deste protocolo será realizada pela Farmácia e o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde-SCIRAS.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. Este protocolo não se aplica a pacientes que não estejam com diagnóstico clínico, laboratorial ou de imagem de infecção ou aqueles que não farão uso de antimicrobianos. Estes deverão ser excluídos do protocolo.

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

6.1. Após realizar a prescrição médica, o médico prescritor/plantonista preencherá a solicitação de uso de antimicrobiano, contendo TODAS as informações necessárias, em duas vias. Obs: Cada antimicrobiano terá seu impresso preenchido;

6.2. O profissional de Enfermagem/ auxiliar administrativo fará a entrega da ficha ao serviço de Farmácia, que realizará a conferência se está devidamente preenchida e libera as primeiras doses do antimicrobiano. Em caso de preenchimento incompleto a ficha será devolvida ao médico para adequação, o antimicrobiano não será liberado até o preenchimento correto da ficha;

6.3. Médico auditor realizará a avaliação diária de 3ª, 4 ª e as 6ª-feiras (dias úteis) das fichas de solicitação de antimicrobianos (2 vias) entregues no setor de farmácia hospitalar (central).

6.4. A farmácia fará a liberação dos antimicrobianos por até 72 horas até a avaliação do médico auditor, exceto os medicamentos de alto custo. **Obs:** Em caso de medicamentos de alto custo: Anfotericina, Daptomicina, Vancomicina, Teicoplanina, Polimixina B e Micafungina liberação somente será feita pelo Infectologista, que estará disponível por meios alcançáveis.

6.5. Após análise da Ficha de Solicitação de ATM, assinalar o item USO AUTORIZADO ATÉ, definindo a data de uso ou assinalar o item USO NÃO AUTORIZADO, conforme a definição do caso, carimbar e assinar a Ficha de Solicitação;

6.6. Para as fichas que apresentam incoerências quanto à prescrição, dosagem, carimbo do médico solicitante ou justificativa para uso do ATM, realizar a observação pertinente na Ficha de Solicitação de Antimicrobiano, no subitem Recomendações ao profissional solicitante e o antimicrobiano será bloqueado até a adequação da prescrição pelo médico prescritor/plantonista;

6.7. Cabe ao médico prescritor/plantonista a atualização diária da prescrição médica, para que o de tempo uso de antimicrobiano seja coerente com o solicitado na ficha, se houver necessidade de prolongar o uso, o médico prescritor/plantonista deve preencher nova ficha de solicitação de antimicrobiano seguindo o mesmo fluxo, é imprescindível em prescrição médica conter o dia vigente/ dia de término;

6.8. Fazer o armazenamento das 2ª vias das fichas de antimicrobianos, após parecer do médico auditor do SCIRAS, em ordem alfabética nas pastas de consulta (autorizadas e vencidas) para a equipe da farmácia, durante dispensação dos antimicrobianos para os setores;

6.9. Providenciar o recolhimento das 1ª vias das fichas para registro de dados no livro do SCIRAS e devolução das mesmas ao prontuário do paciente com o parecer do auditor, para conhecimento do médico prescritor.

6.10. Fazer o controle dos incidentes relacionados à Prescrição de ATM, conforme descrição a seguir, e encaminhar ao Núcleo de Segurança do Paciente:

6.10.1. POSOLOGIA ERRADA

6.10.2. DILUIÇÃO ERRADA

6.10.3. TEMPO DE USO INADEQUADO

6.10.4. APRESENTAÇÃO ERRADA

6.10.5. NÃO JUSTIFICADO/INDICAÇÃO ERRADA

6.10.6. DISCORDÂNCIA FICHA/PRESCRIÇÃO

6.10.7. DOSE MAIOR

6.10.8. DOSE MENOR

6.10.9. NOME ATM (ESCRITA ERRADA)

6.10.10. COBERTURA INADEQUADA

6.10.11. VIA DE ADMINISTRAÇÃO ERRADA

6.10.12. ASSOCIAÇÃO INADEQUADA

6.10.13. VELOCIDADE DE INFUSÃO

6.10.14. AUSÊNCIA DE ASSINATURA PRESCRITOR

6.10.15. NÃO SOLICITAÇÃO POR INFECTOLOGISTA*

6.10.16. TOTAL DE OCORRÊNCIAS

6.10.17. TOTAL DE FICHAS AVALIADAS

6.11 Obs: Antimicrobianos não padronizados pela instituição, devem primeiramente, ser avaliados pela comissão de farmácia terapêutica. Depois de padronizados, automaticamente serão incluídos na lista de antimicrobianos de uso restrito.

6.12 O antimicrobiano Cefazolina/ Cefalotina está destinado apenas para o uso profilático em cirurgia.

6.13 Indicações de antimicrobiano por patologia:

6.13.1 Infecções de pele e parte moles

Infecções de pele e parte moles			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Erisipela	Strepto	Penicilina cristalina 500mg 6/6h por 5 -7 dias	Ceftriaxona 2 g 24/24 h por 5 – 7 dias

		Ou Cefalotina 1 g 6/6 h por 5 -7 dias	
Celulite	Stafilo	Oxacilina 2g 4/4h por 5-7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Sind. Fournier	Clostridium	Pen cristalina 3 milhões 4/4 h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Sind. Fournier	Gram neg	Ceftriaxona 2g 24/24h por 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 dias
Fasciite necrotizante	Strepto grupo A	Pen cristalina 3 milhões 4/4 h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Fasciite necrotizante	Strepto	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias	
Leishmaniose cutânea/ mucosa	Leishmania	Glucantime 15mg kg/dia 24/24h por 20 dias (IM ou IV)	Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 1 mg/ kg dia ou em dias alternados até atingir a dose total de

			Forma cutânea: 1 a 1,5g Forma mucosa: 2,5 a 3g NÃO UNTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA

6.13.2 Infecções pulmonares

Infecções pulmonares			
	Germe	Antibiótico1ª opção	Alternativa
Pnm comunitária	Pneumococo Moraxelainfluenza	Amoxicilina 500mg/clavulanato 125mg 8/8 h +Claritromicina 500mg 12/12 h por 5 – 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias
Pnm aspirativa		Ceftriaxona 2g 24/24h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias
Pnm hospitalar precoce		Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 5 – 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 diasAVALIAR ASSOCIAÇÃO (SPSE)Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias

Dpoc exacerbado		Ceftriaxona 2g 24/24h + Claritromicina 500mg 12/12 h por 5 – 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias
Dpoc exacerbado hospitalar	Pseudomonas Klebsielaspp	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 5 – 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 dias
Pneumonite viral	H1N1	Olsetamivir 75 mg 12/12 h por 5 dias	
Tuberculose pulmonar	M. tuberculoses	RIPE 4 cp> 45 kg em jejum por 6 meses	

6.13.3 Infecções trato urinário

Infecções trato urinário			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Bacteriúria assintomática (procedimento em rins ou		Ceftrixona 2g 24/24 h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias

vias urinárias)			
Bacteriúria assintomática gestante		Cefalexina 500mg 6/6 h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Itu baixa comunitária Cistite	Cândida	Fluconazol 200mg24/24h 14 dias	Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/ kg dia por 14 dias NÃO ULTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA
Itu alta comunidade Pielinefrite	Cândida	Fluconazol 400mg 24/24h 14 dias	Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/ kg dia por 14 dias NÃO ULTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA
Itu baixa comunitária Cistite		Nitrofurantoina 100mg 6/6h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Itu alta comunidade Pielinefrite		Ceftrixona 2g 24/24 h por 14 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 14 dias
Itu alta associada SVD		Cefepime 2g 8/8h por 7- 10 dias	Ciprofloxacino 400mg 12/12h por 7- 10 dias

Abscesso renal		Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 10-14 dias	Meropenem 1g 8/8h por 10-14 dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO Vancomicina 1 g 12/12 h por 10-14 dias

6.13.4 Infecções sistema nervoso central

Infecções sistema nervoso central			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Meningite < 1 mês		Ampicilina 75-100mg/kg + cefoxetina 75mg/kg 6/6 h por 14 dias	
Meningite > 1 mês		Ceftriaxone (100mg/kg/d)2g 12/12 h por 14 dias	Meropenem (40mg/kg) 2g 8/8h por 14 dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO Vancomicina (15mg/kg) 750mg 6/6 h por 14 dias
		Avaliar uso de corticoterapia	

Meningite viral	Sem indicação		
Pós cirúrgica ou trauma	S. aureus ou coagulasene g	Vancomicina 1g 12/12h+ ceftazidima 2g 8/8h por 14 dias	
Encefalite viral	Herpes vírus	Aciclovir 10mg/kg 8/8h	
Abscesso cerebral		Ceftriaxone 2g 12/12h + oxacilina 2g 4/4h + metronidazol 500mg 8/8h por 4 – 8 semanas	Vancomicina 1g 12/12h+ ceftazidima 2g 8/8h por 4 -4 semanas
Meningite tuberculosa	M. tuberculoses	RIPE	

6.13.5 Infecções pé diabético e insuficiência venosa

Infecções pé diabético e insuficiência venosa			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa

Comunitária	S. aureus	Cefalexina 1g 6/6h ou Amox 500 + clav125 8/8 h ou	Clindamicina 600 6/6h ou Bactrim 800mg 12/12h por 28 dias
IRAS	S. aureus Gram neg Enterobacterias Anaeróbios	Ceftriaxona 2g 24/24h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 28 dias	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h por 28 dias

6.13.6 Infecções Intra-abdominais

Infecções Intra-abdominais			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Diverticulite		Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

Colecistite aguda ou colangites	Enterobacterias + enterococcus + anaerobios	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colangite Após manipulação da via	Pseudomonas	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Pancreatite aguda leve	Sem indicação		
Pancreatite grave	30% necrose em tomo	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

6.13.7 Infecções Intra-abdominais

Infecções Intra-abdominais			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa

Diverticulite		Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colecistite aguda ou colangites	Enterobacterias + enterococcus + anaerobios	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colangite Após manipulação da via	Pseudomonas	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Pancreatite aguda leve	Sem indicação		
Pancreatite grave	30% necrose em tomo	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

6.13.8 Infecções óssea e articulações: osteomielite e artrite séptica

Infecções óssea e articulações: osteomielite e artrite séptica			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Hematogênica aguda		Ceftriaxone 2g 24/24h + oxacilina 2g 4/4h por 4 a 6 semanas	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 4 a 6 semanas
Crônica		Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 6 meses	
Pôs operatória		Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 4 a 6 semanas	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
artrite aguda		Ceftriaxone 2g 24/24h + oxacilina 2g 4/4h por 4 a 6 semanas	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

Artrite gonocócica	gonococo	Ceftriaxone 2g 24/24h por 14 dias	

6.13.9 Infecções cardíacas

Infecções cardíacas			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Endocardite válvula nativa	Em pacientes sem doença aguda ou falha cardíaca, aguardar cultura	Ceftriaxone 2g 24/24h + Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h por 4 semanas	Daptomicina 8mg/kg dia Modificar antibiótico orientado pelo resultado da hemocultura
Endocardite em válvula protética		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h por 4 semanas + gentamicina 1mg/kg 8/8h por 6 semanas	

6.13.10 Infecções da corrente sanguínea

Infecções da corrente sanguínea			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Associada cateter venoso central		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h + Piperacilina / tazobactam 4,5g 8/8 h	Modificar antibiótico orientado pelo resultado da hemocultura
Não associada a cateter venoso		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h + Piperacilina / tazobactam 4,5g 8/8 h	

6.14 Antibioticoprofilaxia cirúrgica

6.14.1 A padronização e utilização dos antimicrobianos em respectivos casos tem como objetivo diminuir a incidência de infecções, particularmente em ferida operatória. es antimicrobiano deve ser administrado de 0-60 min antes da incisão cirúrgica para garantir nível sérico adequado durante o ato cirúrgico.

6.14.2 Um dos aspectos críticos da antibioticoprofilaxia cirúrgica e a escolha adequada, a dose adequada para o peso do paciente e a manutenção de níveis terapêuticos durante a cirurgia. A droga de escolha para unidade em sua maioria dos casos será a cefazolina e a dose deverá ser de 1g para < 70kg e 2g para >70 kg. Na grande maioria dos casos a dose única será suficiente, contudo em cirurgias longas, repetir o atb a cada 4 horas de cirurgia e em caso de sangramento

> de 1 litro. A profilaxia não deve ser estendida por 24 horas a não ser em caso de uso de próteses.

6.14.3 Cefazolina e a Primeira escolha, porém a escolha pode variar de acordo com procedimento cirúrgico e para pacientes com alergia a cefalosporinas substituímos cefazolina por clindamicina 900mg ou vancomicina 1g e a ceftriaxona por ciprofloxacino 400 mg iv.

6.14.4 Em crianças a dose de cefazolina será de 25mg por kg de peso.

6.14.5 Atenção para o uso de doses maiores nos OBESOS > 120 Kg (3g cefazolina ou cefoxitina; 2,25g cefuroxima; 2g vancomicina; 2g ceftriaxona). Para pacientes com RISCO DE COLONIZAÇÃO por BACTÉRIAS RESISTENTES (internação prolongada, uso recente de antibióticos, etc.) sugerimos discutir a profilaxia com a CCIH.

6.14.6 Antibioticoprofilaxia por tipo de cirurgia:

6.14.6.1 Cirurgia do Aparelho digestivo

Cirurgia aparelho digestivo					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cirurgia esofagiana	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	DOSE UNICA	Não indicado	Intraoperatório

Cirurgia colorretais	Ceftriaxona + Metrinidazol	2g 500 mg	1g 12/12h 500mg 6/6h	1g 12/12h 500mg 8/8h	24 horas
Hérnia	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	Não indicado	Não indicado	Dose única
Colecistectomiavideolaparoscopica	Não indicado				
Colecistectomia viodeolaparoscopica complicada (> 60anos e ou inflamação aguda / obesidade /desnutrição /diabetes	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório

Colecistectomia aberta	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório
Apendicectomia	Não indicado profilaxia e sim tratamento				
Gastrostomia	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	Não indicado	Não indicado	Dose unica

6.14.6.2 Cirurgia ortopédica

Cirurgia ortopédica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	

Cirurgia limpa (sem prótese)	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Próteses: quadril, joelho, outras Obs.: checar urocultura e tratar, se necessário, no pré-operatório	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Manipulação de tecidos infectados por *S. aureus* em portadores de próteses ortopédicas	Sens OXA – cefazolina 2g	2g EV	1g 4/4 h	Não indicado	Intraoperatório
	Res OXA - vancomicina 1g EV 1g 12/ 12 h	1g EV	1g 12/ 12 h		
	Vancomicina +	15mg/Kg EV	1g 12/12h	1g 12/12h	5 dias

Revisão de artroplastia por suspeita de infecção	Ceftazidima	2g EV	2g 8/8h	2g EV 8/8h	Reavalição após resultado da cultura
Cirurgia eletiva com implante ou manipulação óssea	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Neuropatias compressivas cisto sinovial	Sem indicação				
Fratura exposta grau 1	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	48h-2 semanas (controverso)
Fratura exposta grau 2 e 3	Gentamicina *+ Clindamicina	240mg	Não indicado, exceto se houver perda sanguínea > 1 litro (repor 80mg)	24h após 1º dose: 3-5mg/kg d.u. IM/EV	

		600mg	600mg 6/6h	600mg 6/6h	

6.14.6.2.1 *Se o paciente tiver mais de 60 anos ou apresentar choque ou mioglobinúria, deverá ser utilizada clindamicina e ceftriaxona (2g seguidos de 1g a cada 12 horas).

6.14.6.2.2 Alérgicos a beta-lactâmicos: vancomicina 1g EV 12/12h ou clindamicina 600mg EV 6/6 para cobertura de Gram-positivos; usar ciprofloxacino 400mg EV 12/12h ou gentamicina 240mg EV 24/24h para cobertura de Gram-negativos, se indicado. Cirurgias vídeo assistidas seguem a mesma recomendação. d.u. – dose única diária

6.14.6.3 Cirurgia ginecológica / obstétrica

Cirurgia ginecológica / obstétrica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cesária (ao clampear cordão)	Cefazolina	2 g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Histerectomia abdominal /Vaginal	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Colpoperineoplastia Sling Uretrocistopexia	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado

Cistocele					
Laqueadura vídeo	Não indicado				
Curetagem	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Ooforectomia (laparoscópica)	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Conizacao	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Cirurgia de mama Nodulectomia Quadrantectomia mastectomia	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Parto vagina	Não indicado				
Parto vaginal com dequitação manual ou manipulação intrauterina	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado

Inserção DIU Histeroscopia Biopsia endométrio Laparoscopia	Não indicado

6.14.6.4 Cirurgia Plástica

Cirurgia plástica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Dose pré op	Pôs operatório	
Sindactilia	Cefazolina	1-2 g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Dermolipomectomia Blefaroplastia Otoplastia	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado

6.14.6.5 Cirurgia Urológica

Cirurgia Urológica				
	Antibiótico		Intervalo	Duração

		Dose de indução	Dose pré op	Pôs operatório	
Cirurgia limpas Orquectomia Orquipexia Postectomia Vasectomia Varicocelectomia	Não indicado				
Prostatectomia transuretral ou aberta	Cefazolina ou Ciprofloxacino (em caso de internação previa ou biopsia de próstata)	2g 400mg	Dose única	1g 8/8h 400 mg 12/12h	24h 24h
Cirurgia com manipulação colón	Metronidazol + Ciprofloxacino	500mg 400mg	Dose única	12/12h 12/12h	24h

6.14.6.6 Cirurgia Proctológica

Cirurgia proctológica					
	Antibiótico	Alternativa	Dose pré op	Intervalo Pôs operatório	Duração
Fistulectomia Fissurectomia Hemorroidectomia Esfincterotomia Esfinterplastia	Sem indicação				

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

Não se aplica.

9. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

9.1. Regimento Interno do CCIRAS.

9.2. Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. ANVISA, 2017.

10. REGISTROS

10.1. FOR.SCIRAS.006 Ficha de Solicitação de Antimicrobianos

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. NC: Preenchimento inadequado dos itens do protocolo

11.2. Ação: Treinamento sobre como gerir o protocolo.

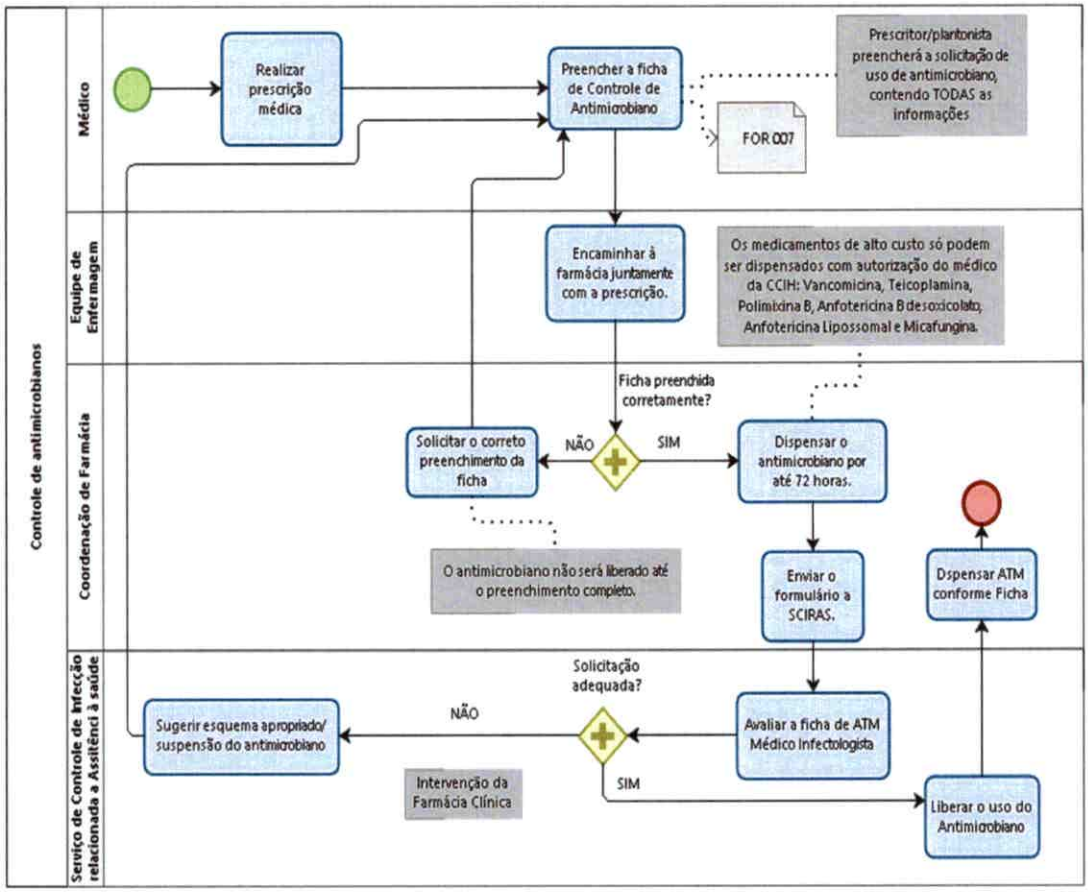
12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. **Adesão a aplicação do Protocolo:**

12.1.1. Fórmula: antibióticos prescritos de acordo com o protocolo na unidade de internação/número de antibiótico prescrito na unidade de Internação *100

13. ANEXOS

13.1. **Fluxograma**



13.2. **Lista de Antimicrobianos que necessitam de Ficha de solicitação SCIRAS em 2 vias**

LISTA DE ANTIMICROBIANOS QUE NECESSITAM DE FICHA DE SOLICITAÇÃO SCIRAS EM 2 VIAS

- ACICLOVIR PÓ LIOFILIZÁVEL 250 MG FRS.
- AMICACINA SOL. INJ. 250 MG/ML AMP 2 ML
- ANFOTERICINA B, DESOXICOLATO PÓ/ SOL INJ. 50 MG
- CEFEPIME PÓ P/SOL INJ. 1G
- CEFTAZIDIMA PÓ P/SOL. INJ. 1G
- CIPROFLOXACINO SOL. P/INFUSÃO 2MG/ML/200ML
- CLINDAMICINA SOL. INJ. 150 MG/ML AMP. 4ML
- FLUCONAZOL SOL. P/INFUSÃO 200MG/100ML
- FLUCONAZOL COMP 150MG
- GENTAMICINA SOL. INJ.40 MG/ML AMP.2 ML
- IMIPENEM+ CILASTINA SOL . INJ. 500+500MG F/A
- LEVOFLOXACINO SOL.INJ.500MG, BOLSA 100 ML
- LINEZOLIDA SOL. INJ 2MG/ML BOLSA C/ 300ML
- MEROPENEM PÓ P/ SOL. INJ. 1G
- METRONIZADOL SOL. INJ. 500 MG/BLSA C/100 ML
- METRONIDAZOL COMP 500MG
- *MICAFUNGINA100MG – FA PÓ P/ SOL. INJ. 100 MG - FA
- OXACILINA PÓ P/ SOL INJ. 500 MG
- PIPERACICLINA + TAZOBACTAM PÓ P/ SOL INJ. 4 MG+0,5 MG F/A
- POLIMIXINA B PÓ P/ SOL INJ. 500.000 UI F/A

1. VANCOMICINA PÓ P/ SOL INJ. 500MG F/A

Atenção: As doses iniciais dos antimicrobianos serão liberadas pelo setor de farmácia por um período máximo de 72 h (à **exceção** da MICAFINGINA). Após o mesmo seguiremos a devolução reportada no formulário do SCIRAS ao prontuário do paciente

*Autorização prévia do Infectologista

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

1.7.3 Protocolo - PRO.007.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA

1. OBJETIVO

1.1. Prevenir infecção de trato urinário associada ao uso de cateter vesical de demora (ITU-CVD).

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes com indicação para o cateterismo vesical de demora.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **ITU** – Infecção do Trato Urinário.

3.3. **CVD** – Cateter Vesical de Demora.

3.4. **SVD** – Sonda Vesical de Demora.

3.5. **Infecções do trato urinário relacionada à Assistência à Saúde (ITU-RAS):** Qualquer infecção do trato urinário relacionada a procedimento urológico, podendo ser associada ou não ao uso de cateter vesical de demora.

3.6. **ITU Relacionada à Assistência à Saúde Associada a Cateter Vesical. (ITU-AC):** Qualquer infecção sintomática de trato urinário em paciente em uso de cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias calendário (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e de certa forma manipular o cateter vesical de demora, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Médicos.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de Cateter vesical de demora e pacientes em uso de cateterismo vesical intermitente.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Cateterismo vesical de demora, ações do Enfermeiro:

6.1.1. Confirmar o nome do paciente e verificar a identificação do paciente;

6.1.2. Confirmar a indicação e calibre do cateter vesical;

6.1.3. Verificar suprimentos: xilocaína gel a 2% - tubo novo, seringa de 10ml, água destilada, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, soro fisiológico, sistema coletor fechado, gaze, compressa, luva estéril e de procedimento, bandeja de cateterismo vesical;

6.1.4. Higienizar as mãos com água e sabão;

6.1.5. Higienizar previamente da região periuretral com clorexidina degermante (uso de luvas de procedimento e capote não estéreis);

6.1.6. Higienizar de forma antisséptica das mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.7. Paramentar com touca, máscara, óculos de proteção, capote (não há necessidade de ser estéril) e luvas estéril;

6.1.8. Montar o sistema antes de passar a sonda (conectar a sonda ao sistema de drenagem). Testar a sonda.

6.1.9. Realizar antissepsia da região periuretral com clorexidina aquosa;

6.1.10. Utilizar do campo fenestrado;

6.1.11. Inserir cateter utilizando técnica asséptica;

6.1.12. Fixar do cateter corretamente (hipogástrio no sexo masculino/ raiz da coxa sexo feminino);

6.1.13. Registrar em prontuário da passagem da sonda;

6.1.14. O Enfermeiro ou técnico em Enfermagem realizará o preenchimento do Check List para Inserção de Sonda Vesical de Demora, com as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação citada acima.

6.2. BUNDLE DE MONITORAMENTO PARA PREVENÇÃO DE ITU, ações da Equipe de Enfermagem:

6.2.1. Check list de ações que a equipe de enfermagem fará a este paciente em uso de Sonda Vesical de Demora, o enfermeiro avaliará diariamente cada item e preencher o Bundle de acordo com cada ação a ser realizada, as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação;

6.2.2. Sistema coletor de urina (fechado sem violação, sem presença de vazamentos, mau funcionamento do clipe de fechamento do tubo coletor ou relatos de desconexões);

6.2.3. Higiene perineal e do meato uretral uma vez ao dia e/ou após cada evacuação;

6.2.4. Sistema coletor mantido abaixo do nível da bexiga do paciente e 10 cm distante do chão;

6.2.5. Esvaziamento correto do sistema coletor quando estiver com 2/3 da sua capacidade sem que o tubo de drenagem tenha contato com recipiente coletor;

6.2.6. Higienização das mãos antes e após tocar o sistema de drenagem;

6.2.7. Manutenção do fluxo de urina livre evitando dobras e acotovelamentos do sistema de drenagem;

6.2.8. Necessidade de manter a sonda.

6.3. RECOMENDAÇÕES

6.3.1. Em caso de admissão de paciente que já venha em uso da SVD, trocar todo o sistema (sonda e saco coletor) no momento da admissão.

6.3.2. Avaliar diariamente o paciente em uso de SVD.

6.3.3. Não é indicado troca programada da SVD, sendo indicada apenas quando, após avaliação, houver necessidade.

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1.Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas de procedimento e luvas estéril.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.

REGISTROS

10.1. FOR.213.SCIRAS CHECKLIST PARA INSERÇÃO DE SVD REV.001

10.2. FOR.229.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA À SONDA VESICAL DE DEMORA (SVD) REV.002

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: O não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

12.1. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check List de inserção estiver **NC** (não conforme), quem estiver preenchendo deverá sinalizar verbalmente ao enfermeiro para que haja adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora;

12.2. Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de Infecção Associada à Sonda Vesical de Demora (SVD).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Tem grande potencial preventivo e está relacionada à cateterização vesical na maioria dos casos, assim, faz-se necessário cumprimento deste protocolo para garantir o controle da ocorrência de infecções.

12. ANEXO

13. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	**Nº da revisão**	Itens revisados

14. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	**Nome do 1º aprovador:**	**Nome do 2º aprovador:**
Ass. do emissor	**Ass. do 1º aprovador:**	**Ass. do 2º aprovador:**

1.7.4 Protocolo - PRO.008.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

1.1. Prevenir a infecção primária de Corrente Sanguínea associada a Acesso Venoso Central.

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes em uso de Acesso Venoso Central.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **CVC** – Cateter Venoso Central.

3.3. **IPCS** – Infecção Primária de Corrente Sanguínea.

3.4. **Cateter central:** cateter utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação está posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e, em neonatos, cateter umbilical venoso ou arterial.

3.5. **Infusão:** introdução de uma solução no vaso sanguíneo, através do lúmen de um cateter. Inclui infusão contínua (fluidos nutricionais ou medicamentos) ou infusão intermitente (flushing, administração de antimicrobianos, transfusão de hemoderivados ou hemodiálise).

3.6. **Cateter umbilical:** dispositivo vascular central inserido através da artéria ou veia umbilical em neonatos. Cateter central temporário: cateter não tunelizado e não implantado, originalmente destinado a terapias infusionais de curta duração. 3.7. **Cateter central de longa permanência:** inclui cateteres tunelizados (como alguns cateteres para diálise, quimioterapia e nutrição) e cateteres totalmente implantados (como os ports).

3.8. **Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter central:** infecção da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter central por um período maior que dois dias de calendário (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.

3.9. **Período de janela da infecção:** período de 7 dias durante os quais são identificados todos os elementos (sinais, sintomas, resultados de exames de imagens e/ou laboratoriais) necessários para a definição da infecção. Para a identificação do período de janela da IPCSL deve-se considerar três dias antes e três dias depois da data da primeira hemocultura positiva.

3.10. **IPCS laboratorialmente confirmada associada a cateter central:** Pelo critério 1: paciente acima de 28 dias com agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas e que o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. Critério 2: Paciente > 1 ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Calafrios; Hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg) e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp., Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp. E que o microrganismo identificado não esteja relacionado a outro foco infeccioso. Critério 3: Crianças > 28 dias e ≤ 1ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Hipotermia (<36°C); Apneia; Bradicardia e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp., Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp. E O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e que de certa forma manipular o Cateter Venoso Central (CVC): Médicos que realizarão a inserção do cateter, Enfermeiros que farão curativos e preenchimento do Bundle

e os Técnicos em Enfermagem que manipularão o cateter, realizando as ações de prevenção de Infecção Primária de corrente sanguínea (IPCS).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso no Cateter Venoso Central.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Monitorar a inserção do CVC

6.1.1. Verificar suprimentos e equipamentos montados (bandeja de mayo, fronha, capote estéril, bandeja de CVC, campos amplos, luva estéril, clorexidina degermante, clorexidina alcoólica, gaze estéril, fio de sutura, seringa, agulhas, anestésico, água destilada, CVC, equipo, polifix e EPIs);

6.1.2. Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.3. Paramentar completamente (touca, máscara e óculos protetor, capote e luvas estéreis);

6.1.4. Confirmar o nome do paciente e verificar identificação da pulseira;

6.1.5. Confirmar a indicação do cateter;

6.1.6.. Definir o sítio de inserção;

6.1.7. Preparar sítio de punção: Aplicar clorexidina alcoólica 0,5 % fazer movimento de vai e vem e aguardar secagem espontânea;

6.1.8. Cobrir paciente com campo amplo estéril – Ex: uso de 3 campos: um campo grande que cubra a parte da cabeça aos pés na diagonal, deixando o ombro exposto, um pequeno cobrindo a cabeça e outro pequeno fechando um triângulo deixando a área de inserção exposta. Fixar os campos com pinça Backhaus;

6.1.9. Realizar curativo em técnica asséptica com gaze estéril;

6.1.10. Registrar em prontuário;

6.1.11. Caso necessário, instituir medidas corretivas antes do início do procedimento de instalação do cateter.

6.1.12. Relatar qualquer intercorrência no campo "observação.

6.1.13. Em caso de sujidade visível no sítio de punção, aplicar clorexidina degermante 2%, enxaguar com SF 0,9% secar com compressa estéril.

6.2. Preencher bundle de monitoramento para prevenção de IPCS após realizar as atividades a seguir.

6.2.1. Registrar a indicação de permanência do dispositivo;

6.2.2. Higienizar as mãos e realizar a desinfecção das conexões, conectores e portas de adição de medicamentos com álcool a 70% por 5-15 segundos, antes do manuseio do cateter;

6.2.3. Ao administrar medicação, trocar a agulha 40x12 (rosa) por uma 25x8 (verde) ou 25x7 (cinza).

6.2.4. Monitorar e avaliar se sítio de inserção apresenta ou não sinais flogísticos, registrar avaliação em prontuário;

6.2.5. Realizar troca de curativo conforme cobertura;

6.2.6. Manter via exclusiva para infusão de sangue, derivados ou nutrição parenteral;

6.2.7. Trocar sistema de infusão a cada 96 horas e/ ou em caso de suspeita de choque pirogênico e presença de sangue visível aderido no interior do sistema. 6.2.8. Observar o registro da troca (data e assinatura) nos equipos de infusão;

6.2.9. Caso tenha cateter – Pressão arterial invasiva (PAI) = Troca de transdutores a cada 96 horas, junto com os acessórios e soluções para flush;

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1. Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas estéreis.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Protocolo Clínico: Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Acesso Vascular Central - IPCS-AVC. 3ª Revisão Janeiro – 2018 Versão N° 0 Março 2012

10. REGISTROS

10.1. FOR.223.SCIRAS FORMULÁRIO PARA INSERÇÃO DE CVC REV.001

10.2. FOR.224.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) REV.001

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check list de inserção esteja **NC** (não conforme), quem está preenchendo sinalizar verbalmente ao médico que fará a realização do procedimento para necessária adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de CVC;

12.2. Densidade de Incidência de IPCS;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. Não se aplica.

14. ANEXO

15. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

16. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	**Nome do 1º aprovador:**	**Nome do 2º aprovador:**
Ass. do emissor	**Ass. do 1º aprovador:**	**Ass. do 2º aprovador:**

1.7.5 Protocolo - PRO.009.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO

39. OBJETIVO

1.1. Prevenção de infecções do trato respiratório, auxiliar no controle e diagnóstico destas patologias, bem como oferecer subsídios para elaboração de indicadores de saúde.

40. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todos os setores onde houver pacientes em uso de ventilação mecânica.

41. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **PAV:** Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

3.3. **VM:** Ventilador mecânico

3.4. **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

3.5. **Pneumonia:** Infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios: imagem radiológica, clínicos e laboratoriais.

3.6. **Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV):** pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior.

3.7. **Ventilador mecânico (VM):** é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. Pressão positiva contínua em vias aéreas – Continuou Positive Airway Pressure – CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal.

3.8. **PNEUMONIA DEFINIDA CLINICAMENTE**: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E pelo menos UM dos sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38°c), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm3) ou leucocitose (> 12000 cel/mm3); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos E pelo menos DOIS dos sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da

troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240 ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncos ou estertores; · Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia.

3.9. **PNEUMONIA DEFINIDA MICROBIOLOGICAMENTe**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E Pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura > 38ºC), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm3) ou leucocitose (> 12000 cel/mm3); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos E pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncos ou estertores; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia Pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar achado de ≥5% leucocitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas, Vírus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydophila); Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para Legionella. pneumophila sorogrupo I titulada ≥ 1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina.

3.9. **PNEUMONIA EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS**: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação; Pneumocele, em crianças menores de 1 ano E pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38ºC), sem outra causa associada; Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos; Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia; Ausculta de roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Hemoptise; Dor pleurítica. E pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de ≥5% leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas. Vírus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydophila); Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para Legionella pneumophila sorogrupo I titulada >1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina; Identificação de Candida spp. em amostra de sangue e de secreção respiratória (escarro, aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido); Evidência de fungo em amostra obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar ou escovado protegido) de uma das seguintes: Exame de microscopia direta; Cultura positiva de fungo; Teste diagnóstico laboratorial (não cultura).

3.10. **PNEUMONIA EM CRIANÇAS > 4 SEMANAS E ≤ 1 ANO**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado persistente novo ou progressivo; Opacificação; Cavitação; Pneumatocele E piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios) E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Instabilidade térmica; Leucopenia (≤4000 cel/mm3) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³) e desvio a esquerda (≥ 10% bastonetes); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Apnéia, taquipnéia, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal; Ausculta com sibilos, roncos ou estertores; Tosse; Bradicardia (< 100bmp) ou taquicardia (> 170bpm).

3.11. **PNEUMONIA CRIANÇAS > 1 ANO E < 12 ANOS**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: · Infiltrado persistente novo ou progressivo; · Opacificação; Cavitação E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38ºC); Leucopenia (≤ 4000 cel/mm³) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou apneia ou taquipneia; Ausculta com roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/FiO2<240, ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios).

42. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais de saúde que estão ligados à assistência aos pacientes em ventilação mecânica.

43. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de ventilação mecânica.

44. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Conjunto de práticas recomendadas baseadas nas recomendações da ANVISA, a serem implantadas para a prevenção de PAV. A abordagem é mais bem sucedida quando todas as práticas são executadas em conjunto, seguindo a estratégia do "tudo ou nada".

6.2. As práticas recomendadas são:

6.2.1. Elevar a cabeceira da cama a 30 a 45°;

6.2.2. Diminuir sedação;

6.2.3. Realizar Higiene oral 3 vezes por dia;

6.2.4. Cuidados com o circuito do ventilador;

6.2.5. Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH2O ou 18 a 22 mmHg;

6.2.6. Verificar diariamente a possibilidade de extubação;

6.2. **Manter cabeceira da cama 30 a 45°:** A VM está associada a altas taxas de pneumonia, pois o tubo endotraqueal inibe mecanismos de defesa importantes do trato respiratório superior, contribui com a produção e acúmulo de secreções da orofaringe, inibe mecanismos de tosse efetivos e pode ser uma fonte de infecção. A colonização da orofaringe e estômago com microrganismos patogênicos parece preceder o desenvolvimento da PAV. A utilização de bloqueadores dos receptores de histamina para prevenção de úlcera gástrica altera o pH do suco gástrico, o que facilita a colonização por microrganismos patogênicos, além da presença da sonda nasogástrica que facilita o refluxo das bactérias do estômago. Por estas razões, parece lógico que o posicionamento inadequado do paciente possa impactar no surgimento da pneumonia. Além disto, o posicionamento do paciente em decúbito elevado pode favorecer também a ventilação espontânea. Não há dados suficientes para afirmar que a recomendação de manter pacientes com a cabeceira elevada em 30 a 45 ° tenha impacto significativo na redução da PAV ou mortalidade. Porém, em função de ser uma medida simples, de fácil aplicabilidade, com baixo risco de complicação, nenhum custo e um benefício potencial, no último compêndio de estratégias de prevenção de PAV, publicado pelo SHEA em 2014, esta medida, classificada como uma medida básica foi recomendada. Ainda não está claro também, se a elevação do decúbito apenas a 30° é suficiente, mas parece ser mais aceitável para pacientes com menor grau de sedação e possibilita maior adesão ao posicionamento adequado. A utilização do decúbito elevado diminui a incidência

de PAV especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outra razão para esta intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios em comparação com a posição supina.

6.3. **Diminuir sedação:** recomenda-se adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea. A utilização da menor dose possível de sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação tem sido correlacionada com a redução do tempo de ventilação mecânica e, consequentemente, a uma redução na taxa de PAV. A escolha dos tipos de fármacos, intensidade e duração da sedação estão associadas com o risco aumentado das taxas de eventos, que incluem: delírio, imobilidade, infecção, eventos associados à VM, tempo prolongado de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação e morte. A diminuição do nível de sedação, que deve ser buscada diariamente, e do tempo de sedação pode contribuir para um menor tempo de intubação e possivelmente com menor mortalidade. Já a interrupção diária da sedação pode apresentar alguns riscos, como por exemplo, a extubação acidental. O aumento do nível de dor e ansiedade leva a possibilidade de assincronia com a ventilação, o que pode gerar períodos de dessaturação. Deve ser realizado diariamente o questionamento sobre a necessidade do suporte respiratório com VM invasiva. A avaliação das causas que levaram ao uso da prótese mecânica e a situação do paciente podem sinalizar se há condições para submetê-la ao teste de respiração espontânea. A adequação do nível de sedação pode contribuir para a suspensão dos sedativos, melhor avaliação da presença de dor e para a suspensão dos opióides utilizados para analgesia, contribuindo assim, para aumentar as chances de colocar o paciente em teste de respiração espontânea. Estas ações contribuem para o maior sucesso na retirada de próteses ventilatórias.

6.4. **Realizar Higiene oral 3 vezes por dia:** a importância dos cuidados bucais em pacientes sob terapia intensiva tem sido alvo de inúmeras investigações e os resultados alertam para a necessidade de se implantar diretrizes adequadas e seguras. Na última publicação do SHEA de 2014, a utilização de clorexidine 0,12% para higiene oral foi classificada como medida de efeito moderado. A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) recomenda a descontaminação da cavidade bucal com Clorexidina na prevenção de PAV, em pacientes sob ventilação mecânica. Diversos estudos têm demonstrado redução das pneumonias. Associadas à Ventilação Mecânica quando a higiene oral é realizada com

clorexidina veículo oral (0,12% não alcoólico). Desta forma, recomendamos essa medida como parte do Bundle entendendo que, segundo a ANVISA, quando aplicada em conjunto com outras medidas, pode ter um efeito positivo para redução de PAV.

6.5. **Cuidados com o circuito do ventilador:** a troca do circuito respiratório deve ser realizada apenas se o mesmo estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento. Esta recomendação é classificada como qualidade da evidência I, pela *SHEA*. Portanto, não é recomendada a troca rotineira deste dispositivo. Não há recomendações específicas em relação ao tempo que o circuito pode ficar montado, aguardando a internação do paciente. Mas, segundo estudos, recomenda-se reduzir os riscos de contaminação dos circuitos; por exemplo: no momento do preparo do leito/*box,* conectar o circuito respiratório no ventilador e proceder o teste do equipamento; depois disto, embalar o mesmo no próprio saco plástico que condicionava o circuito, identificar com fita adesiva (limpo e testado - datar e assinar). Para que este circuito esteja seguro para uso, é fundamental que esteja acondicionado.

6.6. **Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH2O:** A manutenção da correta pressão de *cuff* (P*cuff*) nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e passagem da secreção subglótica por entre o tubo e a traqueia (microaspiração). Recomenda-se, portanto, que a pressão do *cuff* permaneça entre 18 a 22 mmHg ou 25 a 30 cmH2O (quando utilizado medidor de cuff). Evitar pressões do balonete maiores que 22 mmHg ou 30 cmH2O.

6.7. **Verificar diariamente a possibilidade de extubação:** a fim de evitar/ prevenir a PAV o desmame da VM, e consequente extubação, deve ser tentado o mais rápido possível. A retirada precoce da ventilação mecânica em pacientes internados nestas unidades pode exercer efeitos benéficos e redução no tempo de permanência e custos. Recomenda-se que a retirada do tubo endotraqueal seja realizada quando as condições clínicas permitirem. Alguns critérios clínicos para o desmame são: o motivo solucionado ou amenizado do início da ventilação mecânica; paciente sem hipersecreção (definida como a necessidade de

aspiração > 2 h); tosse eficaz (PFE > 160 L/min) hemoglobina > 8-10 g/dL; adequada oxigenação (PaO2 /FiO2 > 150 mmHg ou SaO2 > 90% com FiO2 < 0,5); temperatura corporal <38,5-39,0°C; sem dependência de sedativos; sem dependência de agentes vasopressores; ausência de acidose (pH entre 7,35 e 7,45); ausência de distúrbios eletrolíticos; adequado balanço hídrico.

45. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

46. EPI

8.1. Não se aplica.

47. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Caderno 04. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. NEMER S. N; BARBAS C. S. V. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.37, n.5, p.669-679, 2011. Acesso em: http://producao.usp.br/handle/BDPI/10394. Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

48. REGISTROS

10.1. FOR.221.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) REV.001

49. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não Conforme: Deixar de preencher o Bundle e/ou ações propostas.

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível, entendendo que se o item foi realizado conforme o esperado marca-se: "CONFORME", e em caso de não ter sido executado de maneira adequada marcar "NÃO CONFORME", assim não deixar o formulário em branco. Caso algum item do Bundle esteja NC (não conforme), deve-se alertar a equipe para proceder com as ações o quanto antes, para assim prevenir PAV.

50. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Adesão ao Bundle de Manutenção para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);

12.2. Taxa de Utilização de VM;

12.3. Densidade de Incidência de PAV.

51. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A pneumonia relacionada à assistência à saúde pode trazer grave repercussão para o paciente, é uma grave infecção que apresenta múltiplas causas e tem grande impacto nas taxas de morbimortalidade, tempo de internação hospitalar e aumento dos custos assistenciais. Diante disso, é fundamental a aplicação das várias medidas de prevenção apresentadas neste protocolo a fim de se prevenir a ocorrência de PAV.

52. ANEXO

53. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

54. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:

Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

1.8 PROTOCOLO - CENTRO CIRÚRGICO

1.8.1 SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Identificação

Data: _____/_____/_____ Hora: _____:_____ Prontuário: _____

Paciente: _____

Idade: _____ Data de nasc.: _____/_____/_____ Sexo: ( )M ( )F Leito: _____

Data da cirurgia: _____/_____/_____ Horário: _____:_____

Cirurgia proposta: _____

Cirurgião: _____

Tipo de Precaução: ( )Padrão ( )Aerossóis ( )Gotículas ( )Contato

Cirurgias Anteriores: ( )Não ( )Sim, especificar:

_____

Anestesias Anteriores: ( )Não ( )Sim, especificar: _____

Assinou o termo de consentimento livre esclarecido? ( )Sim ( )Não

Lateralidade Demarcada? ( )Sim ( )Não

Antecedentes Patológicos

HAS ( )Sim ( )Não Medicamentos:

_____

DM ( )Sim ( )Não Medicamentos: _____

Cardiopatias ( )Sim ( )Não Medicamentos: _____

Alergias ( )Sim ( )Não Medicamentos?Quais: _____

Faz uso de medicações contínua e ANTICOAGULANTES ( )Sim ( )Não
Qual?_____ (Suspender 12hs antes da cirurgia).

( )Etilista ( )Tabagista

Orientações Pré-Operatórias

Jejum: ( )Sim ( )Não A partir de: _____h

Higiene Corporal ( )Sim ( )Não

Ausência de próteses ( )Sim ( )Não

Ausência de adornos ( )Sim ( )Não

Vestimentas adequadas ( )Sim ( )Não

Exame Físico

Acuidade auditiva:

( )Boa ( )Diminuída ( )direito ( )esquerdo

( )Ausência de audição ( )direito ( )esquerdo

( )Não verificado / motivo: _____

Revest. cutâneo/mucoso:

( )Íntegro ( )Lesões/região: _____

( )Normocorado ( )Hipocorado

( )Drenos ( )Sondas, região: _____

Punção venosa, local: _____

Comportamento:

( )Ansioso ( )Muito ansioso ( )Sem sinais de ansiedade

( )Algia ( )Não ( )Sim, local: _____

Verbaliza: ( )Sim ( )Não

Deambula: ( )Sim ( )Não

Exames Pré-Operatórios

Raio X ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Exames laboratoriais ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Tomografia ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Ressonância Magnética ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

ECG ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____ Risco cirúrgico ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Assinatura Enfermeiro Centro Cirúrgico: _____

Assinatura Enfermeiro do Setor: _____

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	

Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.2 ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de admissão do paciente no centro cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Receber cordialmente o paciente no CC, chamando-o pelo nome e apresentar-se dizendo o nome e função.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Iniciar a conferência dos dados com o preenchimento do check list de cirurgia segura e o prontuário.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Conferir identificação do paciente e pulseira , exames anexos (laboratoriais e imagem)	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Conferir retirada de adornos e próteses dentárias.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Conferir se o paciente trouxe tipóias e imobilizadores quando solicitado.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Fazer transferência da maca para o Centro Cirúrgico.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Paramentar o paciente com touca e propés, quando indicado.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o paciente para a sala cirúrgica, transferindo-o da maca para a mesa cirúrgica.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente na mesa cirúrgica de maneira segura.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Confirmar com o paciente a cirurgia a ser realizada e localização da mesma.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Investigar informações sobre jejum, alergias, doenças preexistentes, uso de medicações, história de cirurgias anteriores.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Verificar sinais vitais, nível de consciência, padrão respiratório, queixas álgicas, movimentação de MMSS e MMII, integridade da pele, acesso venoso, uso de cateteres, traqueostomia, gastrostomia, drenos, curativos, trações cutâneas ou esqueléticas.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a admissão do paciente na evolução de enfermagem.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC: práticas recomendadas da SOBECC. São Paulo, 7ª ed, 2017.

6. ANEXOS

1.8.3 CHECK LIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – ADMISSÃO DO PACIENTE – AVALIAÇÃO DE ADESÃO

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.4 ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de alta dos pacientes na sala de recuperação pós anestésica.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
•	Liberar o paciente somente após alta registrada pelo anestesista na **folha de registro da SRPA.**	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Ligar no setor de destino confirmar se o leito está pronto ,solicitar na farmácia o kit de medicamentos para enviar com paciente e informar diretamente para o enfermeiro do setor de internação que o paciente será encaminhado.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Preencher corretamente o formulário da SRPA que deverá ser carimbado e assinado pelo Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Registrar a alta e destino do paciente no prontuário e livro de registro.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Solicitar o condutor para transportar o paciente.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Preencher protocolo de conferência de prontuário, carimbar, assinar e anexar ao prontuário.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem

•	Encaminhar o paciente ao setor de destino, munido do prontuário completo, protocolo de conferência de prontuário, lacrado em saco transparente.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Realizar inspeção no paciente, antes de sua saída, evitando assim que o mesmo apresente alguma não conformidade.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Encaminhar ao expurgo: latéx, traqueias, vidro do aspirador e outros materiais utilizados.	Téc. em Enfermagem
•	Acionar o serviço de limpeza para fazer a limpeza adequada.	Téc. em Enfermagem
•	Realizar a desinfecção dos monitores, suporte de soro, cama, colchão e mobiliário após a limpeza.	Téc. em Enfermagem
•	Realizar a montagem do leito para o próximo paciente.	Téc. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

6. ANEXOS

- Sem anexo..

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de paramentação cirúrgica, visando à prevenção de infecção de sítio cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
•	Usar máscara cirúrgica que cubra totalmente a boca e o nariz quando entrar na sala cirúrgica, caso o	Cirurgião/ Instrumentador

	instrumentador já esteja exposto ou a cirurgia esteja em andamento.	Cirúrgico/ Anestesiologista/ Equipe de enfermagem
•	Cobrir todo cabelo e barba ao adentrar na sala cirúrgica.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico/ Anestesiologista/ Equipe de enfermagem
•	Abrir os campos conforme técnica asséptica.	Téc./ Aux. em enfermagem
•	Realizar a degermação das mãos.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Segurar o capote pela parte superior, com os dedos indicador e polegar de cada mão.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Balançar suavemente para que se abra.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Vestir cuidadosamente sem tocar na parte externa do mesmo.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Solicitar que a circulante da sala ajuste e amarre o capote confortavelmente.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico

•	Calçar luvas cirúrgicas na técnica asséptica.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Cuidar para não encostar em nada que não esteja esterilizado.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Usar aventais por debaixo do capote quando tiver o risco de contaminação grosseira com fluidos corpóreos.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Trocar a paramentação quando estiver visivelmente suja ou infiltrada com sangue ou outro fluido corpóreo potencialmente infectante.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Retirar primeiro as luvas e depois o capote ao término do procedimento, desprezando em local apropriado.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico

4. SIGLAS

Não se aplica.

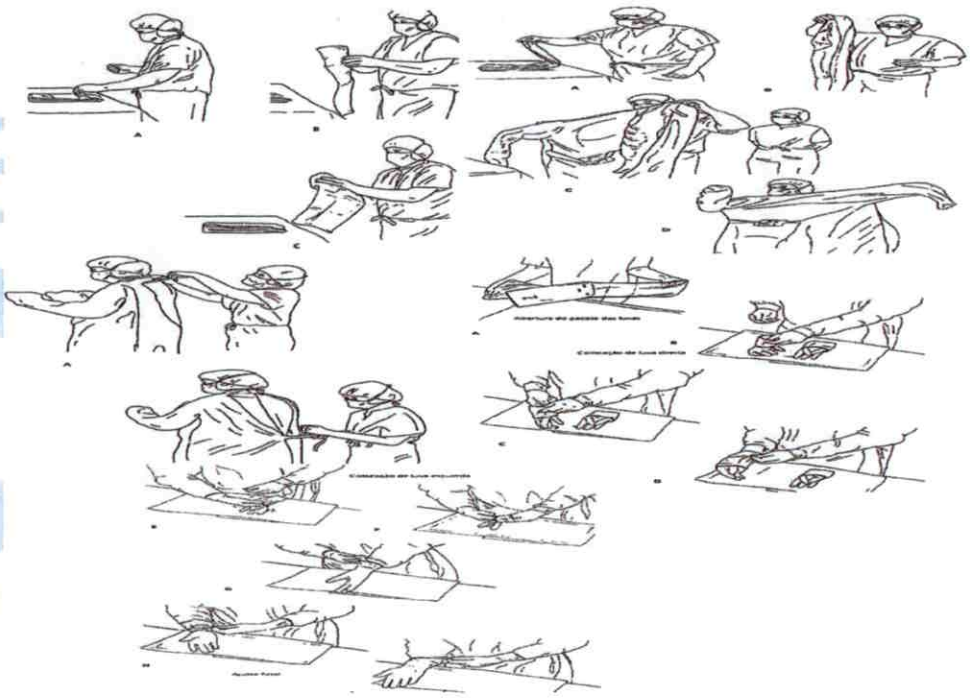
5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999.

6. ANEXOS

ANEXO 1 - PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA



Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento aos pacientes no período pós-anestésico e pós-operatório imediato.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
•	Receber o paciente na SRPA e se informar com o circulante da SO e/ou anestesista qual o procedimento anestésico cirúrgico realizado.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Confirmar os dados do paciente com o prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Orientar o paciente quanto ao término da cirurgia e sua permanência na sala de recuperação pós anestésica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Transferir o paciente da maca para a cama, atentando-se às punções, drenos, cateteres e imobilizações.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente conforme prescrito ou de acordo com a necessidade, proporcionando conforto, segurança e privacidade.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Monitorar o paciente adequadamente, instalando monitorização multiparamétrica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar o horário da admissão no livro da SRPA. Identificar o leito do paciente. Preencher SAEP – Assistência na Sala de Recuperação Pós Anestésica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Monitorar a saturação e instalar oxigênio conforme necessidade do paciente e prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Controlar os sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Manter as vias aéreas pérvias e realizar aspiração orotraqueal, se necessário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Observar sinais de sangramento, distensão e desconforto abdominal e avisar o anestesiologista e/ou cirurgião.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Verificar integridade cutânea nas áreas que permaneceram sob pressão no intraoperatório e na região de contato da placa de retorno do bisturi elétrico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar a avaliação do anestesiologista na presença de alterações do nível de consciência, alterações respiratórias e/ou hemodinâmicas, queixas de dor, náuseas, vômito ou qualquer outro desconforto.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Executar a prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Registrar no prontuário os procedimentos de enfermagem realizados e/ou as intercorrências apresentadas pelo paciente.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Avaliar as condições clínicas de alta do paciente e registrar esses dados.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Após liberação de alta do paciente pelo anestesiologista, comunicar a unidade de origem do paciente via telefone	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Transferir o paciente da cama para a maca com segurança.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o paciente e passar para a equipe de enfermagem da unidade de origem as informações clínicas do paciente.	Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

6. ANEXOS

- Sem anexo.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior	25/05/2022	

	Gerente Assistencial		
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento aos pacientes no período pós-anestésico e pós-operatório imediato, em casos de complicações.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SRPA		
•	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência respiratória.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Elevar o decúbito, aumentar a oferta de oxigênio, conforme prescrição médica. Solicitar realização de respiração profunda.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aspirar a secreção orotraqueal, se necessário. Administrar os medicamentos prescritos de horário ou SOS.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Providenciar material para intubação e/ou ventilação do paciente, se necessário. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SRPA		
•	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência cardíaca.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Manter o paciente normotérmico. Administrar os medicamentos prescritos de horário ou SOS. Providenciar material para atendimento de emergência.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SRPA		
•	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da saturação de oxigênio.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Repor líquidos de acordo com prescrição médica. Elevar membros inferiores. Manter acesso venoso adequado. Providenciar material para atendimento de emergência.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SRPA		
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Monitorizar os sinais vitais. Controlar a temperatura frequentemente. Administrar soro aquecido, conforme prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DOR NA SRPA		
•	Aplicar a escala de dor. Administrar medicações para algia conforme prescrição médica.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

MATTIA, Ana Lúcia de et al. Hipotermia em pacientes na recuperação pós anestésica: Hipotermia em pacientes na recuperação pós-anestésica:. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 787-94, dez. 2014. Disponível: https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/24222/17839

6. ANEXOS

- Não se aplica.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.8 CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Implementar uma assistência de enfermagem integral, individualizada, contínua, documentada, participativa e avaliada tendo como centro da atenção o paciente cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
•	Verificar no pedido de cirurgia o material e caixas de instrumentais solicitado para o procedimento programado antes da chegada do paciente.	Instrumentador
•	Receber o paciente com cordialidade, apresentar-se, conferir sua identificação na pulseira, confirmar os dados do prontuário e confirmar o jejum.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar e/ou transferir o paciente da maca para mesa cirúrgica, colocando o paciente em decúbito dorsal horizontal, mantendo alinhamento corporal e em posição anatômica, atentar para a posição dos membros superiores (MMSS), para que não haja hiperextensão, a fim de evitar dor no pós-operatório; observar punção, sondas e drenos e assegurando-lhe medidas de conforto e segurança.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Permanecer na sala de cirurgia até a chegada do anestesista.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar na monitorização do paciente, instalando oxímetro de pulso e monitorização cardíaca e colaborar com o anestesista na punção do acesso venoso,	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

	oxigenação do paciente, indução anestésica e oferecer-lhe os materiais e medicamentos necessários à anestesia.	
•	Realizar a primeira fase do check list de cirurgia segura.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar o anestesista nos atendimentos de emergência tais como: em situações de apnéia ou outras intercorrências.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar adequadamente o paciente para procedimento anestésico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente de acordo com o procedimento cirúrgico .	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Cirurgião/ Anestesista
•	Posicionar o foco cirúrgico sobre a região a ser operada.	Téc./ Aux. em Enfermagem/ Cirurgião/ Instrumentador
•	Auxiliar a equipe na paramentação cirúrgica e à montagem de mesa de instrumentais, bem como iniciar a abertura dos pacotes com técnica asséptica atentando-se na observação dos integradores internos dos pacotes e solicitar a avaliação do enfermeiro diante de qualquer dúvida.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar antissépticos, medicações, soros ou outros líquidos nas cubas na mesa do instrumentador, em técnica asséptica.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar o enfermeiro na sondagem vesical quando necessário.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar a placa de bisturi fixando-a com gel, em local musculoso, evitando protuberâncias ósseas e sempre no local mais próximo possível da incisão.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aproximar da mesa cirúrgica os equipamentos necessários tais como: bisturi elétrico, aspiradores, microscópio e outros com cuidado para não contaminar os campos operatórios e em seguida ligá-los.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Atender prontamente às solicitações de toda a equipe e manter-se na sala durante o ato operatório.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Aproximar os hampers e os lixos da equipe para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Manter a sala em ordem, com a porta fechada durante todo o procedimento, zelando para evitar as contaminações do ambiente e do material cirúrgico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Retirar o excesso de lixo e/ou roupas cirúrgicas usadas, embalando-as em sacos plásticos ou sacos de hamper identificados e encaminhá-los aos locais destinados.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer-lhe estrado, quando necessário.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a segunda fase da lista de verificação de segurança em cirurgia antes da incisão cirúrgica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Fazer registros e anotações inerentes à cirurgia com fidelidade, observando com rigor os horários e tempo de garroteamento. Preencher impressos, como folha de gastos e ficha de intra-operatório, relatando intercorrências, medicações e infusões utilizadas.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar rigorosamente a contagem das compressas e gazes utilizadas para posterior conferência antes de iniciar a sutura, registrar no Check list de cirurgia segura.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Não abrir material estéril sem que haja necessidade, manter a integridade e esterilidade dos materiais contidos no carrinho da sala e não colocar frascos com soluções no carrinho de materiais.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Checar sempre o nome, o registro do paciente, o tipo sanguíneo e confirmar este dado com a bolsa de sangue antes do início da infusão de hemoderivados.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Anestesista
•	Ao término da cirurgia, auxiliar a equipe no curativo cirúrgico e fazer limpeza sumária do paciente.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Instrumentador
•	Realizar a terceira e última fase do check list de cirurgia segura antes da saída do paciente da SO.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Desligar aparelhos, focos, bisturi elétrico e afastá-los da mesa cirúrgica.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Auxiliar o anestesista na reversão da anestesia.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Retirar campos e instrumentais cirúrgicos que estejam sobre o paciente, utilizando sempre os equipamentos de proteção individual (EPI). Remover campos e lençóis úmidos de cima do paciente, checando se não há instrumental esquecido entre os tecidos, antes de encaminhá-los à lavanderia.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Providenciar maca de transferência para encaminhar o paciente para a SRPA.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Transferir o paciente da mesa cirúrgica para maca com orientação da equipe cirúrgica, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados. Transferir pacientes entubados somente com a presença do anestesista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar fralda, camisola no paciente e cobri-lo com lençóis e cobertores. Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e em seguida encaminhá-lo à Sala de recuperação pós-anestésica ou UTI.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e encaminhá-los juntamente com o paciente para a SRPA e/ou UTI.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a passagem de plantão para a equipe de Enfermagem da SRPA, informando nome do paciente, cirurgia realizada, anestesia realizada, estado geral do paciente, intercorrências do SO, medicamentos usados, transfusões sanguíneas, presença de drenos, sondas e curativos.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Em caso de paciente proveniente da UTI ou encaminhado para a mesma, encaminhá-lo diretamente após saída da SO, pertences e exames. A transferência para a UTI deverá ser feito pelo anestesista e/ou Enfermeiro, devendo o Enfermeiro passar o paciente para o Enfermeiro da UTI.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Iniciar a desmontagem da sala conforme procedimento padrão.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o quanto antes as peças para a análise laboratorial, exame anatomopatológico, devidamente acondicionados, identificados e protocolados.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

POP – Higienização das mãos

POP – Posicionamento do Paciente para o Procedimento Cirúrgico

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.9 CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de controle dos materiais e equipamentos permanentes.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
•	Receber, conferir em conjunto com o colaborador do Serviço de Patrimônio e/ou Engenharia Clínica, datar e assinar todas as vias do termo de responsabilidade de materiais e equipamentos permanentes locados na Unidade de Serviço sob sua responsabilidade, que também vão datadas e assinadas pelo responsável pelo serviço de Patrimônio e/ou Engenharia Clínica do .HERSO	Enfermeiro
•	Promover a limpeza e/ou desinfecção dos equipamentos após o uso, conferir o funcionamento e guardar no local determinado.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a conferência a cada período, dos equipamentos permanentes do setor, que possui o adesivo de identificação.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Comunicar o enfermeiro qualquer defeito ou falha observada.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar ao serviço de manutenção os reparos nos aparelhos identificados pelo enfermeiro ou Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem.	Enfermeiro / Assistente Administrativo
•	Registrar no livro de controle de manutenção ou livro de ocorrências do setor o encaminhamento de materiais para reparos.	Enfermeiro

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Não se aplica

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO

1. OBJETIVO

Utilizar o bisturi elétrico com a finalidade de coagular, dissecar e fulgurar de forma segura evitando acidentes como queimaduras causadas por placas de bisturi.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
•	Separar o carrinho de bisturi e os acessórios (pedal; cabo da placa isolante; placa isolante de metal ou descartável; caneta de bisturi esterilizada e gel.)	Enfermeiro/ Téc.em Enfermagem
•	Regular sempre de forma audível o sinal acústico que anuncia o estado de ativação do carrinho de bisturi (gerador de alta frequência).	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Conectar o bisturi na rede elétrica.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem

•	Conectar a placa isolante (descartável ou de metal) no paciente mantendo amplo contato com a pele, em área de massa muscular mais próxima do sítio cirúrgico como a panturrilha, face posterior da coxa e glúteos.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Situar a placa dispersiva afastada de próteses metálicas.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Evitar as superfícies muito pilosas, com pele escarificada ou com saliências ósseas que diminuem o contato da placa com o corpo do paciente.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Utilizar gel para aumentar a condutibilidade entre a placa e corpo do indivíduo.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Colocar a placa após o posicionamento do paciente e zelar para que não haja deslocamento da peça quando houver mudança de posição.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Manter o paciente sobre uma superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa de cirurgia.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Atentar para o risco de combustão quando forem usadas substâncias inflamáveis, tais como antissépticos e anestésicos.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Dispensar cuidado especial a pacientes portadores de marca-passo para evitar a interferência do bisturi, quando não for possível utilizar instrumentos bipolares, colocar a placa de retorno o mais próximo possível do local da cirurgia e deve-se manter um desfibrilador pronto para uso.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Manter-se atento durante todo período do uso do equipamento, pois é de responsabilidade da enfermagem a colocação da placa dispersiva e o bom funcionamento durante o ato anestésico cirúrgico.	Enfermeiro/Téc./Aux. em Enfermagem
•	Desligar o equipamento no pug.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Desligar o bisturi da rede elétrica.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Calçar luvas de procedimento.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Desconectar o cabo e caneta do equipamento.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem

•	Desprezar a placa descartável no lixo comum, ou realizar a desinfecção na placa metalizada com álcool a 70%.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Encaminhar a caneta de bisturi para o expurgo.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem
•	Acomodar o cabo da placa sem dobrar, para evitar danos, apenas enrolando suavemente.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Retirar luvas de procedimento e lavar as mãos.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem

Obs.: - Ao realizar a degermação, tomar cuidado para não escorrer água na placa, ter cuidado de secar bem o local.
- Utilizar a caneta de bisturi compatível com o carrinho.
- Não colocar eletrodos de ECG a uma proximidade inferior a 15 cm do campo de operação.
- A limpeza e desinfecção do carrinho de bisturi só deverão ser feitas com produtos não combustíveis e não explosivos. Neste ponto é necessário dar atenção a que a umidade não penetre no aparelho.
- Nunca jogar produto sobre o equipamento, devemos utilizar compressas umedecidas em solução desinfectante.
- Sempre antes de limpar o equipamento, certifique-se que está deligado da tomada

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.11 DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE

1. OBJETIVO

Reduzir a microbiota bacteriana residente de pele e mucosas, a fim de promover o controle de infecção em sítio cirúrgico, higienização da área para cirurgias e procedimentos invasivos.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
•	Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, certificar de alergias.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Colocar o gorro, a máscara e as luvas.	Enfermeiro/Téc. . Em Enfermagem
•	Colocar o paciente na posição adequada.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Abrir os materiais na técnica asséptica.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Proteger as laterais da área com compressas para a absorção do excesso da solução utilizada.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Iniciar a aplicação na pele com auxílio de escova de degermação e/ou compressas, em sentido circular do centro para a periferia e numa área grande o suficiente para abranger extensões da incisão, novas incisões e/ou inserção de drenos, não retornar com a mesma gaze em locais já degermados.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Retirar o excesso de degermante com compressa estéril, realizando movimentos circulares do centro para a extremidade da área, sem retornar com a mesma compressa a locais já secos.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Recolher o material.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Retirar as luvas.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Realizar a Higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC: práticas recomendadas da SOBECC. São Paulo, 7ª ed, 2017.

POP de Higienização das mãos.

6. ANEXOS

Não se aplica.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.8.12 DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de desmontagem da sala operatória iniciada logo após a saída do paciente.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
•	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Reunir em uma mesa limpa os materiais estéreis que não foram utilizados para a devolução ao local destinado à guarda destes materiais.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Conferir e guardar fracos de psicotrópicos, providenciar as respectivas receitas controladas. Após a conferência dos materiais descartáveis e medicamentos não utilizados, realizar a devolução no formulário e entregar na farmácia.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Calçar luvas de procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Desprezar os campos cirúrgicos e lençóis sujos em hampers atentando se a verificação de instrumentais nos mesmos, fechá-los e rotulá-los com a identificação da sala cirúrgica, paciente e responsável e em seguida	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador

	encaminhá-los em mesa auxiliar de material sujo ao carro de roupas. Acondicionar compressas em saco branco leitoso para infectante separadamente dos demais resíduos e colocar junto com o resíduo infectante.	
•	Descartar o material perfurocortante em recipiente rígido específico para essa finalidade.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Reunir e retirar os instrumentais da mesa, acondicionando-os na caixa/bandeja em que vieram e verificar sua integridade e quantidade de peças. Deixar as pinças abertas exceto as backaus e colocar as delicadas sobrepostas às pesadas.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Anotar no rótulo da caixa cirúrgica a quantidade de peças conferidas e assinar.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Providenciar cuba rim com água para aspiração das borrachas de aspirador antes de desadaptá-las dos vidros de aspirador, colocá-las na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-las até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Recolher os materiais de anestesia tais como traquéias, baracas, lâminas de laringoscópio e etc., colocá-los na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-los até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Recolher os fracos de aspirador, colocá-los na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-los até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Realizar a limpeza concorrente dos mobiliários e equipamentos conforme técnicas de limpeza, utilizando o quaternário de amônia e pano úmido para retirar secreções e sujidades e em seguida proceder com a desinfecção com álcool a 70%, com movimentos únicos nos mobiliários e afastá-los da parede, somente após esta limpeza e da equipe de higienização é que poderá colocar o material para um outro procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar o serviço de higienização para a retirada do lixo, trocas dos sacos plásticos e limpeza "Concorrente ou Terminal".	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar os baldes ao expurgo e retirar luvas de procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Limpar com pano úmido em álccol a 70% friccionando por aproximadamente 30 segundos o carrinho de bisturi, monitor cardíaco e carrinho de anestesia.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Organizar a sala cirúrgica.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

POP Higienização das mãos.

6. ANEXOS

- Não se aplica.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

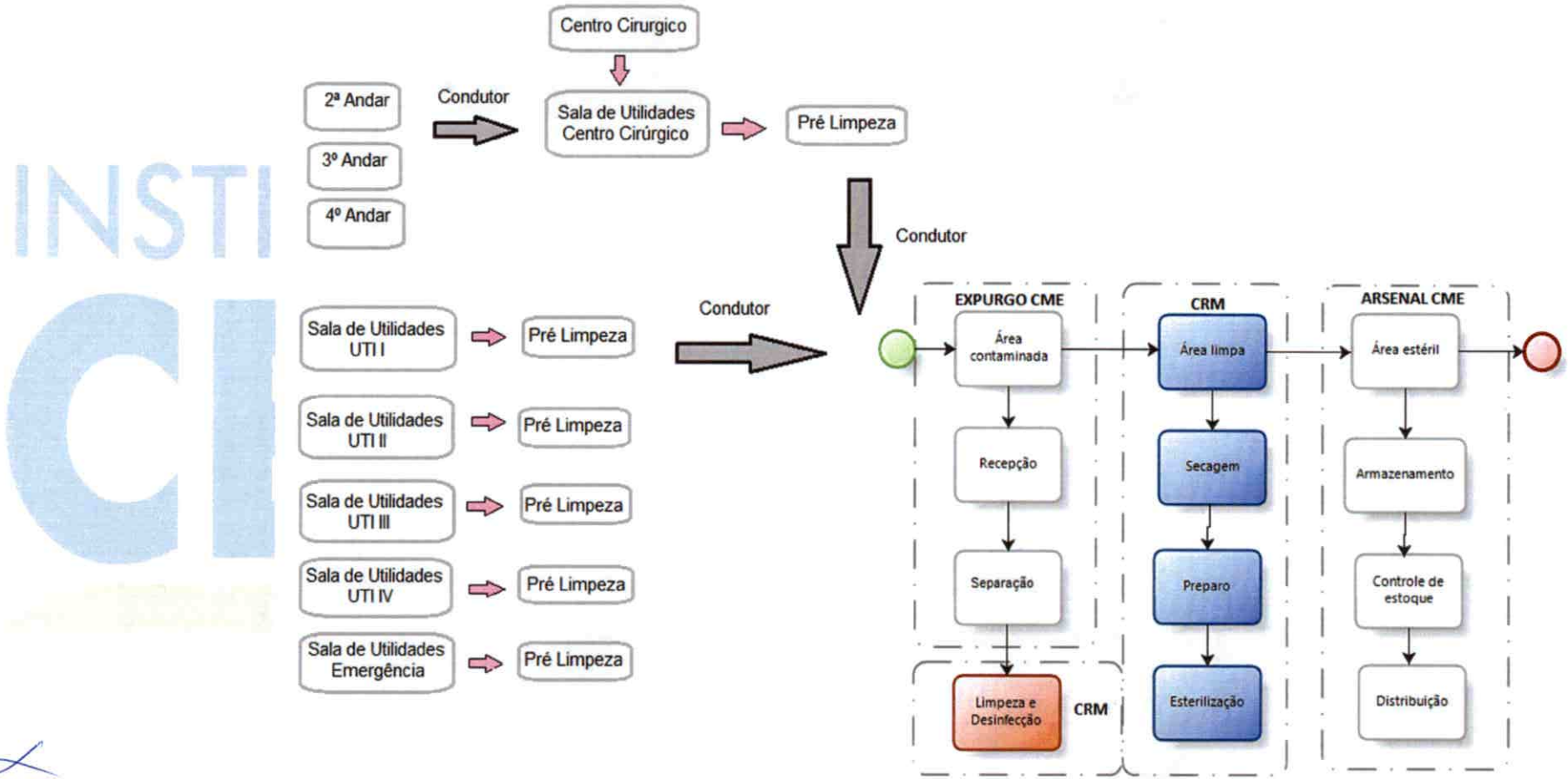
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_01

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

1.9 CME - CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

1.9.1 MACRO FLUXO DA CME

INSTITUTO CE


Centro Cirurgico
2ª Andar
3º Andar
4º Andar
Condutor
Sala de Utilidades Centro Cirúrgico
Pré Limpeza
Condutor
Condutor
Sala de Utilidades UTI I
Pré Limpeza
Sala de Utilidades UTI II
Pré Limpeza
Sala de Utilidades UTI III
Pré Limpeza
Sala de Utilidades UTI IV
Pré Limpeza
Sala de Utilidades Emergência
Pré Limpeza
EXPURGO CME
Área contaminada
Recepção
Separação
Limpeza e Desinfecção
CRM
CRM
Área limpa
Secagem
Preparo
Esterilização
ARSENAL CME
Área estéril
Armazenamento
Controle de estoque
Distribuição

1.9.2 ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o uso dos EPIs corretos para adentrar nas áreas da CME, a fim de permitir um ambiente seguro para execução das atividades, e livre de contaminação em todas as áreas.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Retirar todos os adornos e guardar pertences nos armários.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
2.	Realizar o processo de higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
3.	Paramentar-se colocando unissex, sapato fechado e gorro.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
4.	Identificar o setor escalado conforme o documento específico do CME Escala de atividades, fixado em pasta própria no setor pelo enfermeiro do plantão, o qual, está descrito as atividades a serem desenvolvidas, bem como horário de descanso.	Colaboradores
5.	Identificar as áreas e utilizar as paramentações de acordo com cada área de atuação: • Área suja: Expurgo; • Área limpa: Preparo e Esterilização, Termodesinfecção, Dobradura de Roupas e Área Estéril, utilizar o vestiário da área limpa.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
6.	**Paramentar-se para área do Expurgo**: Unissex, touca, protetor auricular, óculos de proteção ou protetor facial, máscara N-95, bota com cano longo, capote impermeável, avental impermeável, luva nitrílica e luvas termorresistente. Utilizar luva	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários

	nitrílica no recebimento, lavagem, secagem e montagem de carga em termodesinfectora. OBS.: Preencher e assinar a planilha de EPIs diariamente.	
7.	**Paramentar-se para área do preparo com**: Unissex, touca, protetor auricular, máscara de procedimento, luvas de procedimento e sapato fechado. • Utilizar luva de procedimento: durante o preparo dos artigos que passaram por processo de limpeza manual, automatizada e termodesinfecção; • Utilizar luvas termorresistentes: ao descarregar a termodesinfectora, carregar e descarregar a unidade secadora e montagem de carga das autoclaves.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
8.	**Paramentar-se para área estéril com**: EPIs: Unissex, touca, máscara de procedimento, protetor auricular, luva de proteção térmica. Obs.: Utilizar luva de proteção térmica ao descarregar as autoclaves.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar; Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia. 2ª Edição revisada, 2000.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

NR 32. Site do Ministério do Trabalho. www.mte.gov.br.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_02

1.9.3 PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar os registros e validação das autoclaves a vapor, utilizando o Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar se conforme rotina para adentrar na área do CME.	Técnico e Auxiliar em Enfermagem
2.	Realizar, diariamente, os testes com indicadores nas autoclaves a vapor, utilizando o Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico.	Técnico e Auxiliar em Enfermagem / Enfermeiro
3.	Realizar o **Bowie-Dick** diariamente no primeiro ciclo da autoclave, sem carga e após manutenção preventiva e corretiva: • Identificar no teste o número da autoclave, lote e ciclo para facilitar o registro e rastreabilidade; • Dispor o teste próximo a bomba de vácuo (de 10 a 20 cm acima do dreno), no rack respectivo a	Técnico e Auxiliar em Enfermagem / Enfermeiro

	autoclave em teste, a fim de promover maior desafio; • Selecionar ciclo Bowie-Dick (134°C durante 3,5 a 4 minutos de esterilização), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado; • Abrir a porta de carga (do lado do preparo), após término do ciclo com luva térmica, recolher o teste para realização da leitura; • Avaliar se a coloração da folha teste está uniforme, livre de umidade e lacuna em sua pigmentação (bolha), o qual assegura que a bomba de vácuo está funcionando de forma adequada; • Fixar o Bowie-Dick no DOC 001 CME Controle dos ciclos de esterilização, correspondente ao ciclo realizado, devidamente preenchido; • Imediatamente? Ou faz um segundo teste? • Informar a Engenharia Clínica por meio de O.S. (Ordem de Serviço) se resultado for insatisfatório; • Repetir o teste Bowie-Dick após a manutenção preventiva e corretiva.	
4.	Realizar o **Teste Biológico** diariamente no segundo ciclo do dia, após manutenção preventiva, corretiva e em ciclos a serem processados implantes. • Identificar o pacote desafio do teste biológico, com o número da autoclave, lote e ciclo correspondente; • Dispor o pacote desafio no rack da autoclave correspondente, conforme orientação fixada em cada autoclave:	Técnico e Auxiliar de Enfermagem / Enfermeiro

Dias	Local de colocar ampola do teste biológico
Segunda	Ampola na porta suja
Terça	Ampola meio
Quarta	Ampola na porta limpa

	<table><tr><td>**Quinta**</td><td>Ampola na porta suja</td></tr><tr><td>**Sexta**</td><td>Ampola meio</td></tr><tr><td>**Sábado**</td><td>Ampola na porta limpa</td></tr><tr><td>**Domingo**</td><td>Ampola na porta suja</td></tr></table> • Selecionar o ciclo correspondente a ser realizado (tecidos, instrumentais ou termossensível), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado; • Recolher o pacote desafio após o término do ciclo e encaminhá-lo para a incubação; • Incubar a ampola teste e a ampola piloto, destinadas a testes de autoclave a vapor, após quebra das mesmas e fixar o integrador químico presente no teste desafio em documento específico do setor (qual documento???); • Registrar o resultado da incubação no DOC 007 CME Ficha de monitorização de testes biológicos, referente ao primeiro ciclo do dia; • Registrar o resultado referente aos demais ciclos (consignados e pós manutenção) em documento específico do setor (qual documento???); • Comunicar a Coordenação e a Engenharia Clínica (OS? Qualquer colaborador pode comunicar a engenharia clínica?) o resultado for insatisfatório, bem como, não liberar carga, retornando os materiais para novo processo.	
5.	Realizar **Teste Biológico de leitura rápida** (1h) quando houver necessidade de uso de implante não estéril, em cirurgia de emergência: • Dispor o teste entre os artigos, somente após autorização da enfermeira supervisora ou coordenadora do centro cirúrgico C.C.; • Recolher o pacote desafio ao término do ciclo e encaminhar a enfermeira, a qual incubará o teste;	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro

	• Incubar a ampola teste e a ampola piloto, no setor destinada a testes de autoclave a vapor de leitura rápida. Após quebra e leitura de 1 (uma) hora retirar a etiqueta da ampola e fixar o integrador químico presente no teste desafio em documento específico do setor; • Fixar resultado após incubação em documento específico do setor, realizar cópia do ciclo, já fixado o resultado e arquivar em pasta destinada a este arquivamento, contendo o nome da enfermeira do C.C. que autorizou o uso do teste.	
6.	Dispor **pacote desafio de integrador químico** entre os pacotes em todos os ciclos da autoclave a vapor, exceto em cargas contendo indicador biológico, visto que, todos os pacotes desafios de teste biológico contém integrador químico. • Selecionar ciclo correspondente a ser realizado (tecidos, instrumentais ou termossensível), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado; • Recolher o pacote desafio ao término do ciclo e encaminhar a enfermeira; • Fixar resultado em documento específico do setor; • Comunicar a Coordenação e a Engenharia Clínica se o resultado for insatisfatório, bem como, não liberar carga, retornando os materiais para novo processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
7.	Trocar a bobina da impressora das autoclaves (POP???) quando apresentar lista lateral vermelha, a qual, indica que está acabando. • Todas as impressões referentes ao término dos ciclos das autoclaves a vapor devem ser fixadas em documento específico do setor(qual documento???);.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro

8.	Preencher mensalmente em documento específico do setor - Relatório de indicadores CME – CCIH, com quantitativo dos indicadores das autoclaves a vapor (Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico) com resultado satisfatório e insatisfatório, nas lacunas correspondentes, passível de intervenções e rastreabilidade pertinente do CME e CCIH.	Enfermeiro
9.	Preencher mensalmente em documento específico do setor- Relatório indicadores das termodesinfectoras e lavadoras ultrassônica, com quantitativo dos indicadores das termodesinfectoras e lavadora ultrassônica (teste de limpeza e teste de temperatura), com resultado satisfatório e insatisfatório, nas lacunas correspondentes, passível de intervenções e rastreabilidade pertinente do CME e CCIH.	Enfermeiro
10.	Realizar diariamente relatórios com as ocorrências referentes ao plantão do dia, assegurando a continuidade das informações, registrando em documento específico do setor - Relatório de enfermagem, em seguida salvar o documento em formato PDF, contendo assinatura, matrícula e COREN-GO, na pasta privada da CME, em pasta destinada para este fim.	Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização;

O.S.: Ordem de Serviço;

C.C.: Centro Cirúrgico;

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO	Data: 25/05/2022	POP_CME_03

1.9.4 RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO

1. OBJETIVO

Padronizar o horário de recebimento e limpeza dos instrumentais e dos demais materiais no setor do expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar limpeza das bancadas (com água e detergente enzimático) e desinfecção (com pano multi uso e desinfetante hospitalar fazendo fricção unidirecional).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Verificar os materiais de trabalho e sinalizar quando houver falta de algum; preparar solução do detergente enzimático de acordo com orientações do fabricante e realizar a troca do mesmo sempre que necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais conforme horário anexado no setor, realizando conferência da sua integridade e funcionalidade, se danificado, comunicar a supervisão e receber somente mediante a autorização da enfermeira do plantão, e com o devido preenchimento de documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Separar os materiais cuidadosamente a fim de evitar danos como quedas ou acidente ocupacional,	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	atentando para corpo estranho (lâmina de bisturi, agulhas e etc.)	
•	Realizar pré-lavagem dos materiais com água filtrada e solução detergente enzimático (diluído conforme orientações do fabricante), utilizando escovas e esponjas compatíveis a cada material a ser processado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Imergir os instrumentais abertos na solução de água e detergente enzimático para remoção dos resíduos de matéria orgânica. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível e friccionar os artigos sob água para evitar aerossóis de microrganismo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Enxaguar rigorosamente os instrumentais em água corrente filtrada, abrindo e fechando as articulações até remover a sujidade e o detergente enzimático.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar os artigos críticos para o processo automatizado escolhido conforme tipo do material (termodesinfectora ou lavadoura ultrassônica).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Priorizar os artigos mais críticos (pinças cirúrgicas) no processo da lavadoura ultrassônica e respiratórios (látex e traqueias) priorizar na termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Colocar o instrumental cirúrgico de modo organizado nas bandejas perfuradas, para permitir que a solução ocupe todos os espaços dos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acondicionar os materiais pesados e maiores, de maneira que estes fiquem abaixo dos pequenos e leves.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Utilizar lente de aumento disponibilizado no setor, a fim de conferir a limpeza dos artigos, assegurando o processo de adequada higienização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Repetir o processo em caso de permanência de sujidade após o processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Secar as peças com compressa estéril e ou ar comprimido, em todo a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras, se necessário encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desprezar solução ao término do expediente, lavar e secar as cubas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Lavar e secar pia e bancada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Manter ambiente limpo e em ordem.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia. 2ª Edição revisada, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a Materiais Biológicos. Brasília, 2006. 76p.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO	Data: 07/04/2020	POP_CME_04

1.9.5 FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

1. OBJETIVO

Padronizar o processo dos materiais de uso a assistência a saúde no CC, desde seu recebimento no expurgo, até a distribuição, após estéril.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais provenientes do CC, avaliando: composição, integridade e funcionalidade. Ao detectar falha na entrega, solicitar preenchimento em documento especifico do setor CME - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores, e acionar enfermeira do plantão para tratativas pertinentes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar os materiais e imergi-los em solução com detergente enzimático por tempo e diluição, conforme orientação do fabricante.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Realizar limpeza friccionando com esponjas e/ou escovas apropriadas a cada material, inspecionando cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Enxaguar em água corrente filtrada e encaminhar para limpeza automatizada correspondente a cada material conforme POP de Limpeza automatizada nas termodesinfectoras e POP Limpeza automatizada realizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar os materiais aos processos correspondentes a características de cada um, os quais serão submetidos ao processo de esterilização a vapor, conforme POP CME Preparo, envólucros dos artigos e montagem das cargas da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Armazenar e distribuir os artigos no CC conforme POP CME Armazenamento e controle dos artigos, após processos de	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	esterilização ou termodesinfecção, atentando para validade e fornecimento dos materiais conforme o solicitado, sinalizando ao enfermeiro do plantão problemas ocorrentes durante a ofertada destes artigos.	

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CC: Centro Cirúrgico.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

BRASIL. Resolução - RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA	Data: 25/05/2022	POP_CME_05

1.9.6 LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza automatizada realizada pela lavadoura ultrassônica a fim de romper os elos que fixam a partícula de sujidade à superfície do produto, a fim de garantir um processo seguro.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Realizar teste de limpeza diariamente, no primeiro ciclo do dia, dispondo-o no meio da lavadoura.	Enfermeira
•	Separar os materiais após pré-lavagem, destinado ao processo de limpeza automatizado na lavadoura ultrassônica e relacionar em documento específico CME Controle dos ciclos de desinfecção nas lavadouras ultrassônicas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir o instrumental pontiagudo e limpar cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Organizar o instrumental no cesto, visto que os mais pesados não devem ficar por cima dos demais, permitindo que o detergente penetre bem nos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Distribuir uniformemente a carga e não ultrapassar 80% de sua capacidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir os instrumentais articulados (tesouras, pinças, goiva) antes da limpeza, para que o agente de limpeza entre em contato com toda a superfície do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir o detergente em uso, atentando para quantidade existente no galão e diluição (conforme orientação do fabricante).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Ligar o aparelho utilizando a chave localizada ao lado do aparelho, selecionar o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Enxaguar em água corrente filtrada e secar com compressa, ar comprimido ou encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Inspecionar a limpeza dos artigos com auxílio da lupa e repetir o processo caso necessário. Encaminhar para o preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Informe técnico nº 01/09 Princípios Básicos para Limpeza de Instrumental Cirúrgico em Serviços de Saúde – Fevereiro de 2009 – ANVISA.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	

Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS	Data: 25/05/2022	POP_CME_06

1.9.7 LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza automatizada realizada nas termodesinfectoras, a fim de garantir um processo seguro.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Realizar teste de limpeza diariamente no primeiro ciclo do dia. Manter na posição vertical clampeado por uma pinça, dispondo-o entre os materiais em ciclos de instrumental ou termossensível. Após término do ciclo o enfermeiro deve avaliar o resultado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Anexar resultados dos testes em documento específico do setor - Controle dos ciclos de desinfecção nas termodesinfectoras.	Enfermeira
•	Acionar, via ordem de serviço a Engenharia Clínica se resultados apresentados forem insatisfatórios.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Realizar pré-limpeza dos instrumentais com água e detergente enzimático, conforme diluição do fabricante, com auxílio de esponjas e escovas apropriadas a cada material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	O instrumental pontiagudo deve ser aberto e limpo cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Colocar o instrumental de modo organizado nas bandejas perfuradas, para permitir que o detergente penetre bem nos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Carregar a termodesinfectora, atentando-se se a água de lavagem alcança e circula livremente, ficando em contato com cada parte do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Distribuir uniformemente a carga e não ultrapassar 80% de sua capacidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Priorizar materiais respiratórios (traqueias e látex) e atentar para o encaixe correto do Rack.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir os instrumentais articulados (tesouras, pinças, goiva), antes da limpeza, para que o agente entre em contato com toda a superfície do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Ativar a tecla no painel de controle correspondente para fechar a porta, após término do carregamento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acionar na tecla de programação o tipo do ciclo desejado (instrumental ou termossensível), atentando-se para a diluição do detergente enzimático, conforme orientação do fabricante.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Fechar a porta pressionando o botão correspondente ao fechamento da porta, até que se feche por completo, iniciando o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir a porta pelo lado oposto (área de preparo) para retirar o material no final do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Inspecionar a limpeza dos artigos com auxílio da lupa e repetir o processo caso seja necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de desinfecção nas termodesinfectoras, a relação dos materiais submetidos ao processo de limpeza automatizada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar o material para a secadora ou bancada de secagem, e em seguida para a mesa de preparo correspondente ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

O.S.: Ordem de Serviço

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Informe técnico nº 01/09 Princípios Básicos para Limpeza de Instrumental Cirúrgico em Serviços de Saúde – Fevereiro de 2009 – ANVISA.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE	Data: 25/05/2022	POP_CME_007

1.9.8 PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE

1. OBJETIVO

Padronizar a rotina do preparo, envólucros e montagem de carga das autoclaves, a fim de promover integridade e condições de funcionalidade, favorecendo em maior vida útil a esses artigos e segurança ao paciente/cliente, sem risco de contaminação.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Paramentar-se conforme POP Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir o material, realizando inspeção rigorosa do processo de limpeza com auxílio de lentes intensificadoras de imagem, em todas reentrâncias, cremalheiras e verificar a integridade e funcionalidade de cada peça.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Selecionar a embalagem de acordo com o processo, peso e o tamanho do item (papel grau cirúrgico, manta SMS, tecido de algodão).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acondicionar o material conforme padronizado, em bandejas e/ou caixas. Colocar um integrador químico no interior das caixas, dos pacotes de instrumentais e bandejas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Avaliar a necessidade de embalagens duplas e envolver os materiais usando a técnica de envelope (01 campo simples SMS ou tecido no interior e outro externamente), atentando para compatibilidade dos envólucros. Lacrar o pacote com fita autoclavável. OBS.: Os materiais que vão para o centro cirúrgico devem ter embalagem dupla.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Afixar em documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril, informando o conteúdo do pacote, lote de esterilização, número do ciclo, autoclave, data da esterilização, data de validade, método de esterilização, quantidade de itens, nome do funcionário responsável pelo preparo do pacote. Colar no mínimo cinco centímetros, o equivalente a três riscas, da fita para autoclave (zebrada) nos pacotes, exceto no papel grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Cortar o grau cirúrgico, respeitando a medida do artigo a ser embalado, selar uma das extremidades e colocá-la na embalagem e selar a outra parte externa. Observar se a selagem está íntegra e avaliar a necessidade de um segundo envólucro (de grau	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	cirúrgico) fixar etiqueta na parte plástica com fita autoclavável. Não escrever diretamente no invólucro.	
•	Separar os materiais que estão envolvidos com envólucros correspondente ao material e ciclo programado (121° C ou 134° C).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir a porta da autoclave e encaixar o suporte do rack puxando para fora da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Carregar a autoclave obedecendo as especificações dos materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Dispor os artigos nos racks e não compactá-los, mantendo as caixas sempre na posição horizontal (não virá-las).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Respeitar à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Colocar os artigos côncavos/convexos como comadres, baldes e frascos na posição vertical.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Respeitar o volume máximo de 80% do preenchimento da câmara. Os materiais e embalagens não devem tocar as paredes e teto da câmara. Evitar compactar as embalagens e posicionar os materiais embalados com papel grau cirúrgico de forma que o papel fique em contato com papel e o plástico com o plástico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Selecionar o ciclo desejado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Fechar a porta da autoclave, o qual, o ciclo será iniciado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente, registrando os valores em documento específico do setor- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO	Data: 25/05/2022	POP_CME_08

1.9.9 ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de armazenamento de artigos esterilizados, a fim de manter a integridade da esterilização e do conteúdo, bem como facilitar a localização/identificação dos materiais.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Calçar as luvas de proteção térmica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir a porta do lado estéril da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Remover o carrinho de descarga da autoclave, após 30 minutos de porta aberta.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Manusear os pacotes quando estiverem completamente frios antes de estoca-los ou removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Certificar-se que os pacotes estão completamente frios a fim de evitar a condensação do vapor tanto fora quanto dentro dos pacotes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras de acordo com a sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Organizar os artigos e considerar como contaminados os pacotes que caírem no chão ou que apresentar a embalagem violada e/ou danificada (furos, rasgos) bem como os que estiverem comprimidos, torcidos ou úmidos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Posicionar os pacotes com data de esterilização mais antiga à frente daqueles com data mais recente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Guardar e distribuir os artigos obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos antes dos mais novos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Efetuar a inspeção diária dos artigos estocados para a verificação de qualquer degradação visível e o prazo de validade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Manter o setor organizado e o controle dos materiais em estoque, registrando diariamente a quantidade de materiais em documento específico	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	do setor- Estoque de materiais no arsenal, sinalizando a enfermeira do setor o déficit a serem priorizados.	
•	Atender a solicitação de requisição de materiais do C.C. mediante documento específico do setor- Requisição de materiais no CME para montagem das salas cirúrgicas e dos setores através do documento específico Requisição de materiais no CME, preenchidos adequadamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Arquivar em pastas físicas os documentos, permitindo alimentar a planilha de produtividade mensal disponível em pasta privada no diretório da CME.	Enfermeira
•	Verificar os prazos de validade dos artigos, identificando em sua lateral os materiais a vencer na semana (iniciando no domingo), retirar os vencidos e encaminhá-los para expurgo para iniciarem novo processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente da área de armazenamento de artigos esterilizados, registrando os em documento específico- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Realizar visita semanal em cada setor da unidade com objetivo de avaliar o armazenamento, integridade, validade e acúmulo de materiais, evitando que outros setores fiquem desprovidos de alguns materiais. A avaliação setorial deverá ser registrada em documento específico do setor - Não conformidade nas visitas dos setores, passível de tratativas com responsáveis, visando redução de custos e melhoria no atendimento ao cliente.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

C.C.: Centro Cirúrgico.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CME_09

1.9.10 LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza de artigos utilizados na assistência respiratória, tais como nebulizadores, circuitos respiratórios e de suporte anestésico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais de assistência ventilatória das unidades consumidoras.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Conferir a integridade dos artigos e se os mesmos estão completos, se danificados comunicar a enfermeira do CME e receber somente após entrega do documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desconectar cuidadosamente as válvulas, diafragmadas, copos reservatórios, máscaras, conexões, balões de ventilação e traqueias, a fim de evitar perdas e facilitar limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Imergir os artigos em recipiente com detergente enzimático (diluir o produto conforme instrução do fabricante, realizando a leitura antecipada do rótulo do mesmo).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Lavar os artigos com escovas e/ou esponjas não abrasivas adequadas e enxaguar com água filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar para a termodesinfecção os materiais termossensíveis e de alta rotatividade já padronizados. Preparar em embalagem plástica, selar com seladora térmica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Secar os artigos cuidadosamente com compressas e/ou ar comprimido, montá-los e encaminhar para processo correspondente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Identificar os materiais com o documento específico do setor Etiqueta de identificação da embalagem desinfecção, com validade de 07 dias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos Ciclos de Desinfecção na Termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar para área de preparo os materiais que suportam alta temperatura para serem autoclavados, devendo serem envolvidos em Grau cirúrgico e/ou SMS.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Identificar os materiais com documento específico do setor Etiqueta de identificação da embalagem estéril, afixando-as com fita autoclavável.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, tipo de pacotes e quantidades.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar ao Enfermeiro do setor os produtos que estejam incompletos para providências.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração/ Revisão Jovani Gomes Ferreira Junio	Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação Dr. Jose Fernando B. Folgosi	Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DOS AMBUS	Data: 25/05/2022	POP_CME_10

1.9.11 PROCESSAMENTO DOS AMBUS

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de limpeza, desinfecção e esterilização dos ambus.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais mediante o preenchimento em documento específico do setor - Entrega de materiais no CME e conferir a integridade no ato do recebimento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento em documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desmontar o ambu (retirar a máscara e conexões).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir o ambu e seus componentes em detergente neutro (pronto uso).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar externamente e internamente, com solução de água e detergente neutro, usando a escova de limpeza apropriada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente, bem como suas conexões.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para a lavagem automatizada na termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Secar com compressas e ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo e Esterilização os materiais montados, conferindo a sua integridade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar o teste de insuflação e ventilação para todos os ambus antes de conectar a máscara.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolver em grau cirúrgico ou SMS ou embalagem plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com documento específico do setor - Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Esterilizar no ciclo de 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem desinfecção e encaminhar para o armazenamento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES	Data: 25/05/2022	POP_CME_11

1.9.12 PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza manual e automatizada das traqueias dos ventiladores.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme o	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	
1.	Receber os materiais mediante apresentação do documento específico do setor - Entrega de materiais no CME, preenchido corretamente e conferir integridade da válvula no ato do recebimento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento de documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a pré - limpeza manual do artigo utilizando detergente enzimático (diluído conforme recomendado pelo fabricante) e escovas adequadas para cada lúmen de traqueia.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir totalmente as traqueias na solução enzimática e deixar de 5 a 10 minutos, preenchendo todo lúmen.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conectar as traqueias nos encaixes do rack da termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Selecionar o ciclo destinado aos materiais termossensíveis, atentando para nível de detergente enzimático no recipiente e se necessário realizar reposição.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Inspecionar a eficácia da limpeza e se necessário retornar ao processo de limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o gabinete de secagem.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para bancada do preparo correspondente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los em papel grau cirúrgico, atentando para uma selagem com eficácia.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte plástica com a fita autoclavável.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais. Posicionar conforme rotina o integrador químico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar m documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Selecionar o ciclo de 121° C, acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida iniciar o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar após o término do ciclo, através da fita impressa pela autoclave, se o mesmo foi concluído regularmente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar os pacotes da autoclave quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes a sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente, registrando os valores em documento específico do setor- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Composição de cada Kit Respiratório.

COMPOSIÇÃO DE CADA KIT RESPIRATÓRIO	
NOME DO KIT	**COMPOSIÇÃO**
Kit New Port 500 Adulto	• Duas traqueias de silicone de 1,20 cm; • Um "Y" com furo duas entradas; • Uma linha de fluxo em silicone com adaptador ao "Y"; • Uma conexão cotovelo 90º.
Kit New Port 500 Infantil	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm infantil;

	• Dois copos coletores com duas entradas para traqueias; • Um "Y" com furo duas entradas; • Uma linha de fluxo em silicone com adaptador ao "Y"; • Uma conexão cotovelo 90° infantil.
Kit New Port 360 Adulto	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm; • Dois copos coletores com duas entradas para traqueias; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90°.
Kit New Port 360 Infantil	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm; • Dois copos coletores com duas entradas para traqueias; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Oito conexão reta infantil.
Kit Anestesia Adulto	• Duas traqueias de silicone de 1,40 cm; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90°.
Kit Anestesia Infantil	• Duas traqueias de silicone de 1,20 cm infantil; • Um "Y" sem furo duas entradas;

	• Uma conexão cotovelo 90° infantil.
Kit Tomografia	• Quatro traqueias de silicone de 1,20 cm; • Duas conexões retas para encaixe das traqueias; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90°.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX)	Data: 25/05/2022	POP_CME_12

1.9.13 LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX)

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e preparo das mangueiras de silicone (Látex) no setor de Expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Receber os materiais mediante documento específico do setor- Entrega de materiais no CME preenchido corretamente e conferir a integridade da válvula no ato do recebimento, quando tiver o vacuometro. OBS.: Látex de 3 m para o centro cirúrgico, endoscopia e colonoscopia; Látex de 2 m para os demais setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais danificados somente com a autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento de documento específico do seotr- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a pré-limpeza manual do artigo utilizando detergente enzimático (diluído conforme recomendado pelo fabricante) e escovas adequadas para lúmen do látex.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir totalmente os látex na solução enzimática, e deixar de 5 à 10 minutos, preenchendo todo lúmen.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Conectar nos encaixes no rack da termodesinfectora destinada a limpeza automatizada de látex.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo destinado aos materiais termossensíveis (ciclo 2 para látex).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Inspecionar a eficácia da limpeza e retornar para novo processo caso necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Observar se o material está totalmente seco, e se necessário, secá-los com ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los em SMS, preferencialmente, ou em grau cirúrgico, atentando para uma selagem com eficácia.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH	Data: 25/05/2022	POP_CME_13

1.9.14 LIMPEZA E PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza, preparo e esterilização das faixas de smarch.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Receber os materiais mediante documento específico do setor- Entrega de materiais no CME, preenchido correspondendo ao que foi entregue.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir as faixas de smarch totalmente na solução enzimática (diluído conforme orientação do fabricante), em vasilhames e deixar durante 10 minutos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirá-las da solução enzimática e realizar limpeza manual com auxílio de esponja não abrasiva e detergente enzimático.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para bancada de secagem no expurgo e secar com compressas limpas e secas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo e empacotá-los em SMS ou grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar esterilização no ciclo 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor-Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES	Data: 25/05/2022	POP_CME_14

1.9.15 LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização dos instrumentais tubulares.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento em documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desmontar os materiais possíveis de tal ação.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar pré – limpeza imergindo os materiais tubulares em solução enzimática (diluído	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	conforme orientação do fabricante), deixar agir de 5 à 10 minutos, e em seguida lavar com escovas apropriadas a cada lúmen, observando a entrada da água ou forçando a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa e/ou jato de água.	
1.	Retirá-las da solução enzimática, enxugar e encaminhar a limpeza automatizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Iniciar o ciclo conforme POP CME Limpeza automatizada realizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar os materiais abundantemente em água corrente e avaliar com auxílio de lupas disponíveis no setor, se os lumens e conexões estão visivelmente limpos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Secar os artigos com ar comprimido e encaminhar para o setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los com envólucros compatíveis ao processo. Fixar etiqueta de identificação conforme documento específico fo setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Realizar esterilização nos ciclos de acordo com as características de cada um dos instrumentais tubulares.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI	Data: 25/05/2022	POP_CME_15

1.9.16 PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e processamento das canetas de bisturi no setor do Expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento do documento específico do setor- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar o excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desconectar as peças da caneta de bisturi.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir as pontas das canetas de bisturi na solução enzimática (diluído conforme orientação do fabricante) e deixar durante 10 minutos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Retirar da solução enzimática e friccionar a esponja não abrasiva em todas as partes da caneta de bisturi, se necessário, fazer isso com escova de cerdas macias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a secagem com compressas limpas na parte externa e com ar comprimido na parte interna.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo, conferindo previamente a integridade do mesmo e empacotá-la em grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar esterilização no ciclo 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS	Data: 25/05/2022	POP_CME_16

1.9.17 PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização de equipamentos que são utilizados para serrar e perfurar ossos em cirurgias ortopédicas, neurológicas, dentre outras.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente após preenchimento de documento específico do setor- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desconectar cada acessório (motor, peça de mão, protetor, brocas, mangueiras, serra e lâmina) e manter todos no recipiente do equipamento, para evitar perdas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar as mangueiras com uma esponja embebida com solução de detergente enzimático (diluído conforme orientação do fabricante), enxaguá-las em água corrente, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo, a fim de evitar danos aos rolamentos e engrenagens, impedindo entrada de água na mangueira (proibido imergir).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar todos os acessórios manualmente, tais com lâminas, brocas, fresas e serras com o auxílio de escovas apropriadas de cerdas curtas	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	e macias, esponjas não abrasivas e solução de detergente enzimático.	
1.	Enxaguar abundantemente os acessórios com água corrente e secá-los com uma compressa.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar os perfuradores elétricos e serras, com bucha não abrasiva e enxaguar com água corrente filtrada (proibido imergir).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar secagem com compressas limpas e ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fazer a lubrificação do equipamento pneumático com o lubrificante recomendado e realizar teste de funcionalidade com ar comprimido ainda no expurgo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar inspeção visual para observar a presença de resíduos de sujidade e de danos no aparelho.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Comunicar, ao enfermeiro do setor, caso seja observado qualquer alteração no mesmo que possa comprometer seu uso futuro.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Organizar os acessórios no seu próprio recipiente limpo e seco e encaminhá-los para a área de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolver com SMS, identificar com documento específico do setor- Etiqueta de identificação	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	da embalagem estéril, identificando número do lote.	
1.	Esterilizar no ciclo 121° C, registrando no documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, o número de identificação do perfurador.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada

Assunto: RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS	Data: 25/05/2022	POP_CME_17

1.9.18 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS

1. OBJETIVO

Receber e promover o processamento de artigos advindos de terceiros, conforme rotina interna da instituição.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber o material a ser processado para o procedimento no setor do Expurgo, com antecedência mínima de 8 horas antes do ato cirúrgico e registrar a entrada do mesmo no caderno de protocolo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
1.	Avaliar e conferir o material junto a enfermeira do plantão, observando a integridade do material e sua composição (barrar materiais	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira

	danificados, porosos e caixas sem perfuração) e protocolar recebimento.	
1.	Realizar processo de limpeza compatível com o material e orientação da enfermeira do plantão.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Secar na secadora e/ou ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar a área de preparo, inspecionar limpeza com auxílio da lupa e envolvê-los, com envólucro correspondente ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com o documento específico do setor - Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar o processo de esterilização ou desinfecção conforme especificação do material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Devolver o material ao médico responsável, limpo, ou se ainda estéril, retirar envólucros, registrando sua saída em caderno de protocolo.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_18

1.9.19 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME

1. OBJETIVO

Padronizar a rotina de recebimento e devolução dos materiais consignados do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Receber os materiais advindos da empresa contratada para o fornecimento dos materiais	Enfermeiro

	consignados que necessitam passar por esterilização, na área administrativa do CME. O recebimento das caixas deverão ocorrer até as 20 horas, ou conforme avaliação/liberação do enfermeiro responsável.	
1.	Descrever no documento específico do setor- Controle de entrada e saída de materiais consignados no expurgo, a relação de caixas e/ou instrumentais entregues pela empresa contratada.	Enfermeiro
1.	Inspecionar e identificar irregularidade do material, e pontuar a empresa contratada para que ocorra a troca pelo material adequado.	Enfermeiro
1.	Verificar se todas as caixas estão identificadas, e se seus respectivos rótulos conferem com o material entregue. Não permitir caixas que não são furadas.	Enfermeiro
1.	Encaminhar as caixas para o setor Expurgo para que seja iniciado o processo de limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
1.	Verificar na liberação dos materiais consignados todas as caixas, avaliando o processo de limpeza e a presença de instrumentais que não condiz a composição do artigo.	Enfermeiro

1.	Entregar o documento específico do setor - Controle de saída de materiais consignados, constatando que a empresa possa retirar-se do hospital com as caixas e materiais consignados.	Enfermeiro
1.	Preencher todos os campos do documento específico do setor, para que seja lançado baixa (saída) destes materiais.	Enfermeiro
1.	Avaliar periodicamente o cronograma de fornecimento de consignados para a devida solicitação e posterior entrega do material em tempo hábil.	Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS	Data: 25/05/2022	POP_CME_19

1.9.20 PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS

1. OBJETIVO

Padronizar o uso de invólucros de tecido de algodão, a fim de garantir um desempenho seguro do tecido com função de biobarreira.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Solicitar via telefone, junto ao setor de Processamento de Roupas, o quantitativo de tecidos necessários para a execução das atividades diárias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro

1.	Receber os tecidos necessários para o processo de esterilização dos materiais utilizados na unidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Separar os tecidos que são utilizados como invólucros, como campo cirúrgico que desempenham a finalidade de proteção e biobarreira do produto esterilizado com o meio externo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade do tecido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Separar tecidos que apresentarem evidências de furos, rasgos e desgastes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar os tecidos impróprios para o uso ao setor de Processamento de Roupas, em sacos plásticos identificados, para as devidas tratativas no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Utilizar embalagem dupla de tecido para o preparo dos materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar os pacotes com o documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril, com validade de 15 dias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – APECIH. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Resolução – RDC nº 06, de 30 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 30 de janeiro de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior	25/05/2022	

	Gerente Assistencial		
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS	Data: 25/05/2022	POP_CME_20

1.9.21 LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de limpeza e validar as seladoras das embalagens plásticas e grau cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	Realizar a limpeza semanalmente, no mesmo dia da limpeza terminal do setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
4.	Desligar o aparelho da tomada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
5.	Esperar o resfriamento completo do aparelho.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
6.	Limpar com água e produto fornecido pela higienização, todas as superfícies externas, utilizando o pano multiuso disponível no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira

7.	Retirar o resíduo interno da esteira com pano multiuso limpo e secar.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
8.	Ligar a seladora e aguardar o aquecimento.	Enfermeira
9.	Realizar teste de selagem, introduzir o papel grau cirúrgico.	Enfermeira
10.	Ligar a esteira e realizar a selagem.	Enfermeira
11.	Avaliar qualidade da selagem, fixar e registrar no DOC 010 CME Teste da seladora – Grau cirúrgica, e arquivar com devidas observações.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO	Data: 25/05/2022	POP_CME_21

1.9.22 IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO

1. OBJETIVO

Padronizar a identificação, recebimento e processamento de materiais de uso único destinado a assistência a saúde do paciente.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Receber o material destinado ao processo de esterilização ou termodesinfecção, ainda na embalagem e com o rótulo, contendo em seu descritivo informações do produto passível de avaliação.	Enfermeira
2.	Recusar recebimento se no rótulo trazer a seguinte informação: *"PROIBIDO REPROCESSAR"*, conforme estabelece a RDC/Anvisa nº 156/2006,	Enfermeira

	que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e esclarecer ao interessado que este produto não poderá ser reprocessado.	
3.	Avaliar o material e orientar a equipe a cerca do correto preparo e esterilização ou desinfecção do artigo, conforme especificação do mesmo.	Enfermeira
4.	Encaminhar para CPPS os materiais de uso único com intuito de novos reprocessos, os quais serão analisados pela comissão se estes são passíveis de reuso, bem como seu custo/benefício e delimitação do reprocesso.	Enfermeira
5.	Preencher o documento específico do setor- Etiqueta de identificação dos produtos de uso único reuso, sempre que o material de uso único for reprocessado.	Enfermeira
6.	Sinalizar a enfermeira do plantão qualquer falha na integridade e funcionalidade do material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
7.	Descartar o produto quando a integridade e funcionalidade estiverem prejudicadas e/ou quando definido pela CPPS.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CPPS: Comitê de Processamento de Produtos para Saúde.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006.

BRASIL. Resolução – RDC nº 30, de 15 de fevereiro de 2006.

Consulta Pública nº 17, de 19 de março e3 2004. D.O.U de 22/03/2004.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior	25/05/2022	

	Gerente Assistencial		
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_22

1.9.23 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processamento dos materiais vencidos no CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Verificar diariamente as datas dos materiais, dispondo os que vencerão na semana.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Acompanhar através do mapa cirúrgico, a necessidade desses materiais com vencimento próximo, priorizando sua utilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
3.	Encaminhar os materiais vencidos para o expurgo, seguindo o fluxo unidirecional até as 17:00 hs, de forma gradativa, após comunicar enfermeira de plantão. Lançar em planilha específica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Lavar todos os materiais com detergente enzimático e encaminhar para o processo automatizado quando necessário, correspondente a cada tipo de material (lavadoura ultrassônica ou termodesinfectora) atentando para sua integridade e correta composição.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Realizar a enxágue do instrumental em água corrente filtrada quando optado pelo processo da lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Secar todos os materiais com compressa, ar comprimido ou encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

7.	Encaminhar os materiais para o setor de preparo e esterilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_23

1.9.24 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e desinfecção dos EPI's: Luvas de proteção, sapatos, aventais e óculos.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Retirar sujidade da superfície dos EPI's com compressa umedecida em solução de detergente enzimático diluído ao final do plantão.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Remover o resíduo da solução de detergente enzimático com compressa umedecida em água filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	Secar os EPI's com compressa seca ou ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Aplicar álcool na parte interna e externa dos EPI's.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Inspecionar, durante o processo de limpeza e desinfecção, possíveis rasgos ou furos que possam comprometer a funcionalidade do EPI, e em caso afirmativo, providenciar a troca junto ao SESMT.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

6.	Guardar em local destinado a este fim (cada colaborador será responsável pelo seu EPI).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

EPI's: Equipamentos de Proteção Individual.

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

NR 32. Site do Ministério do Trabalho www.mte.gov.br

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada

Assunto: ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_24

1.9.25 ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME

1. OBJETIVO

Promover a rotina de limpeza e troca das escovas e esponjas utilizadas nos processos de limpeza do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	As esponjas devem ser substituídas a cada 24 horas, no início das atividades do período diurno.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Substituir as escovas sempre que apresentarem sinais de desgaste.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Registrar a troca das escovas em documento específico do setor- Controle de troca de escovas do expurgo.	Enfermeira

6.	Processar as escovas em uso, sempre no início do plantão diurno.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Imergir as escovas no detergente enzimático (diluído conforme instruções do fabricante).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
8.	Realizar a fricção com auxílio de outra escova em processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
9.	Enxaguar em água filtrada e encaminhar a termodesinfecção.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
10.	Dispor as mesmas em bandejas aramadas e inserir na termodesinfectadora para que seja realizado a limpeza automatizada na termodesinfectora diariamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
11.	Retirar da termodesinfectora e encaminhar para uso	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_25

1.9.26 LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza concorrente e terminal de todas as áreas do setor CME, objetivando a redução da sujidade e minimizando a possibilidade de contaminação ambiental de todas as superfícies horizontais e verticais.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

2.	Realizar limpeza concorrente diariamente e sempre que necessário, em conjunto com equipe da higienização. OBS.: Realizar a limpeza das bancadas no início do plantão friccionando o pano multiuso com solução de álcool a 70%.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Higienização
3.	Realizar limpeza terminal semanalmente, em conjunto com equipe da higienização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Auxiliar os colaboradores da higienização na limpeza terminal, afastando prateleiras, armários e cobrindo artigos. Compete a equipe do setor de higienização a limpeza de teto, paredes, pisos, armários e prateleiras desocupadas. OBS.: Os armários deverão ser desocupados e os materiais devem ser encaminhados para o expurgo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Higienização
5.	Higienizar prateleiras, equipamentos e máquinas de todos os setores do CME semanalmente, nos quais estes devem ser executadas pela equipe do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Executar a limpeza, do arsenal, cujas, prateleiras devem ser limpas diariamente, de forma gradativa, conforme identificado no setor. Avaliar também a integridade e validade dos pacotes, os quais, devem ser manipulados de forma cautelosa, para evitar dano ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

7.	Limpar as autoclaves semanalmente, iniciando na parte externa com pano umedecido, secar com pano seco e aplicar lubrificante (somente na parte externa).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
8.	Higienizar a secadora, quando fria, internamente e externamente com pano úmido (água filtrada) e outro seco, atentando para integridade da máquina.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONANDO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (APECIH), higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos do serviço de saúde, São Paulo, 2013.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_26

1.9.27 MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME

1. OBJETIVO

Definir o procedimento para execução dos trabalhos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Informar a equipe de enfermagem, com 24 horas de antecedência, sobre a manutenção preventiva, após agendado pela engenharia clínica da unidade.	Enfermeiro
2.	Desligar a máquina escolhida do dia, às 02 horas da manhã, para início da manutenção às 08 horas, pois a máquina deverá estar fria, passível de manuseio.	Enfermeiro
3.	Acompanhar o trabalho de revisão dos equipamentos.	Enfermeiro

4.	Apresentar e apontar as alterações e observações importantes a coordenação de enfermagem da CME.	Enfermeiro
5.	Realizar Bowie Dick, após término da manutenção. Se resultado satisfatório liberar máquina e comunicar equipe.	Enfermeiro
6.	Iniciar ciclos com biológico diário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
7.	Solicitar e acompanhar trocas dos filtros das torneiras do CME, mensalmente e/ou quando identificar alteração na coloração ou aspecto da água.	Enfermeiro
8.	Registrar no DOC 028 CME Controle de troca do filtro de torneiras do CME, a data, horário, local da torneira, nome do responsável pela empresa, nome do responsável do CME e se necessário acrescentar observações pertinentes de descrição.	Enfermeiro
9.	Acompanhar a coleta de água semestralmente por laboratório terceirizado selecionado pela unidade, e, pontos já pré definidos (pré osmose e pós osmose) para o processo de qualidade da água usada no CME.	Enfermeiro
10.	Analisar resultados dos testes realizados da água e se resultado insatisfatório, em conjunto com CCIH	Enfermeiro

	deverá solicitar limpeza e troca dos filtros. Verificar a limpeza das caixas de água e requisitar nova coleta. Até que o resultado seja satisfatório o uso desta água deverá ser suspensa.	

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Portaria 2914 de 12/12/2011 – MINISTÉRIO DA SAÚDE dispõe sobre os procedimentos de controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada

Assunto: TRATAMENTO DE EXPLANTES	Data: 25/05/2022	POP_CME_27

1.9.28 TRATAMENTO DE EXPLANTES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização dos produtos para saúde oriundos de explantes, a fim de atender as exigências da RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	Receber o material devidamente identificado com documento específico do setor- Etiqueta de identificação de explantes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Desmontar cuidadosamente o produto sempre que possível, caso possua reentrâncias, lumens, utilizar escovas de diâmetros e comprimento adequados.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Proceder a limpeza manual dos artigos, utilizando detergente enzimático (diluído conforme orientação	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	do fabricante) e escovas adequadas para cada material.	
6.	Enxaguar abundantemente em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Colocar na termodesinfectora no ciclo para instrumentais e em rack destinado a instrumental.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
8.	Secar o produto inspecionando condições de limpeza e encaminhar para o setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
9.	Envolver em papel grau cirúrgico e selar.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
10.	Alimentar planilha específica do setor - Controle de retirada e esterilização dos explantes, com todos os dados descritos no DOC 018, passível de rastreabilidade.	Enfermeiro
11.	Identificar o produto com etiqueta específica do setor- Etiqueta de Identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
12.	Armazenar temporariamente no contêiner disponível no setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
13.	Acionar coleta dos explantes ao setor de Higienização, responsável pelo serviço de coleta de resíduo interno via ramal disponível no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

14.	Preencher documento específico do setor- Termo de entrega dos explantes devolvidos, caso seja solicitado pelo paciente, com devidas orientações de proibido reutilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004.Diário Oficial da União. Brasília, 10 de dezembro de 2004.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

1.10 ATENDIMENTO AMBULATORIAL EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Os Protocolos Operacionais Padrão – POP's constituem importante ferramenta para organização do Serviço de Saúde nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo a passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro

que os auxilia nas tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada pela Equipe de Multidisciplinar que compõe o Núcleo de Qualidade do Instituto CEM com base nas diretrizes e normatizações do MS, Conselhos de Classe e Associações de Especialistas. Ressaltamos que todos os Protocolos serão revisados e adequados à realidade dos Serviços do hospital..

Os Protocolos Assistenciais utilizados pelo INSTITUTO CEM baseiam-se nos protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde, entre outros, aqueles citados e atualizados pelas sociedades de especialidade,

Cada sociedade de especialidade médica divulga, periodicamente, novos protocolos que passam a serem os utilizados pela comunidade médica e hospitalar no Brasil.

Ainda assim, é necessário, periodicamente, atualizá-los conforme a evolução da medicina ocorre nas diversas especialidades em termos de materiais, medicamentos, técnicas cirúrgicas etc.

De toda a forma, para efeito da presente proposta, entendemos que a apresentação dos protocolos assistenciais abaixo relacionados, e indicados para cada unidade de saúde.

As equipes multiprofissionais configuram-se como equipes que atuam de forma integrada, que permite realizar discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Os protocolos clínicos são apresentados de acordo com as características dos serviços implementados nas unidades assistenciais abaixo relacionadas:

1.10.1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMBULATORIAL

COMPOSTA POR:

1.10.1.1 FISIOTERAPIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) - FISIOTERAPIA

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
	SETOR FISIOTERAPIA	
	EXECUTANTE:	Emissão:

Objetivo:
Este regulamento foi elaborado com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotina do setor de Fisioterapia do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

Recursos necessários:
Maca, espelhos, aparelhos de eletroterapia, aparelhos de termoterapia, aparelho de laserterapia, arcos, bolas suíças e feijão, tablado, caneleiras, faixas elásticas e ataduras, halteres, ventosas, bandagem funcional, bicicletas, esteiras, espaldar, bolas de cravo, overball mini, hand grip para dedos e mãos, mocho giratório, disco proprioceptivo, rampa para panturrilha, álcool, gel a base de água e luvas.

Etapas do Processo:		
Anamnese, avaliação física, plano de tratamento, evolução diária, liberação com alta do paciente ou encaminhamento ao especialista.		
Responsável pela elaboração: Danúbia Rafaela Oliveira Neves Santi		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

PROTOCOLO - POP.019.SF AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

1. OBJETIVO:

1.1. Uniformizar a rotina de avaliação inicial do paciente durante a primeira abordagem realizada pelo fisioterapeuta a fim de desenvolver um plano apropriado de tratamento.

2. APLICAÇÃO:

2.1. Pronto Socorro/ Enfermarias/ Unidades de Terapia Intensiva/ Unidades de recuperação e pós anestésica.

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Registrar no prontuário do paciente todos os aspectos da avaliação verificados na abordagem do paciente durante a admissão,

3.2. Estabelecer o planejamento fisioterapêutico com os objetivos, conforme a avaliação do paciente.

3.3. HDA: História da Doença Atual.

3.4. HDP: História da Doença Pregressa.

3.5. HF: História Familiar.

3.6. FC: Frequência Cardíaca.

3.7. FR: Frequência Respiratória.

3.8. PA: Pressão Arterial.

3.9. SpO2: Saturação Periférica de Oxigênio.

3.10. VM: Ventilador Mecânico.

3.11. SNE: Sonda Nasoenteral.

3.12. CVC: Cateter Venoso Central.

3.13. PAI: Pressão Arterial Invasiva.

3.14. TQT: Traqueostomia.

3.15. TOT: Tubo Oro traqueal.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

4.1. Higiene das mãos antes e após o procedimento de acordo com a normativa vigente.

4.2. Procurar conhecer a história da doença atual (HDA) anteriormente ao primeiro contato com o paciente. Colher também a história da doença pregressa (HDP), familiar (HF), social e medicamentosa, se possível; Analisar exame laboratoriais e exames de imagens antes do atendimento;

4.3. Apresentar-se ao paciente e/ ou acompanhante informando seu nome profissão e o procedimento a ser realizado;

Buscar o contato visual, auditivo e motor com o paciente para definir a graduação do nível de consciência (ECG – Escala de Coma de Glasgow ou RASS – Richmond Agitation Scale);

4.4. Durante o primeiro contato com o (a) paciente, observar a monitorização do mesmo (a): (FC) frequência cardíaca, (FR) frequência respiratória, (PA) pressão arterial, (SpO2) saturação periférica de oxigênio, presença da sensação de dispneia e temperatura.

4.5. Observar presença de equipamentos e dispositivos utilizados, ventilador mecânico (VM), bombas de infusão, máquina de hemodiálise, eletrocardiógrafo, sondas alimentares (SNE), cateter venoso central (CVC), pressão arterial invasiva (PAI), traqueostomia (TQT) ou tubo orotraqueal (TOT), máscaras;

4.6. Despir e realizar a inspeção do paciente: padrão respiratório, coloração da pele, edemas, hematomas, colostomia, gastrostomia, ferida ou cicatrizes, fixadores ósseos externos, trações e outros;

4.7. Realizar a ausculta pulmonar, avaliação da expansibilidade e a simetria torácica;

4.8. Realizar a palpação do paciente: trofismo, temperatura, dor, edema (com ou sem sinal cacifo) e outros;

4.9. Avaliar a força muscular periférica através do Medical Research Council (MRC), caso o paciente esteja colaborativo.

4.10. Avaliar o nível de dependência quanto à movimentação e graduar o nível de funcionalidade (hipoativo, ativo, inerte, dependente, semi dependente, independente)

4.11. Caso o paciente esteja acordado e colaborativo solicitar movimentação ativa global a fim de avaliar funcionalidade, utilizando o Funcional Status Score For Intensive Care Unit (FSS-ICU). Ao contrário, realizar mobilização passiva para verificar eventuais limitações na amplitude articular.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Prancheta;

5.2. Ficha de Monitorização;

5.3. Estetoscópio;

5.4. Manovacuômetro;

5. EPI:

6.1. Luvas

6.2. Máscara

6.3. Capote

6.4. Touca

6.5. Óculos de proteção

6. RESPONSABILIDADE:

7.1. Fisioterapeutas

7. QUANDO EXECUTAR:

8.1. No primeiro atendimento fisioterapêutico

8. REGISTROS:

9.1. FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES:

10.1. Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1. Não se aplica

12. REFERÊNCIAS:

12.1. Pryor, J. Fisioterapia para Problemas Respiratórios e Cardíacos; Avaliação, Cap 1, pag. 3-17, 2002, ed. Guanabara Koogan, São Paulo.

12.2. Regenga, Marisa de Morais, Fisioterapia em Cardiologia, Cap 1, Fisioterapia na Unidade de Terapia Cardiológica, 2ª edição, Ed. Gen, 2012. 12.3. Wilkins RL, Stoller,

JK. Fundamentos da Fisioterapia Respiratória de Egan. 7ª ed. São Paulo: Manole; 2000.

13. ANEXO:

13.1. Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	i. Itens revisados

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.012.SF ASPIRAÇÃO ABERTA

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de aspiração de secreções traqueais.

2. APLICAÇÃO:

- Unidades de terapia intensiva, emergência e enfermarias

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Técnica utilizada para retirar secreções de pacientes com vias aéreas artificiais (tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia). Indicada na presença de ruídos pulmonares durante a ausculta pulmonar; aumento das pressões de pico inspiratórias durante a VM em volume controlado; redução do volume corrente durante a VM controlado à pressão; secreções visíveis na via aérea artificial; alterações na monitorização dos gráficos de pressão e fluxo; presença de esforço respiratório e/ou assincronia durante a ventilação assistida; coleta de secreções.

3.2. VM: Ventilação Mecânica.

3.3. EPI`S: Equipamentos de Proteção Individual.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

- Higienizar as mãos;
- Verificar se todos os materiais estão a beira leito;
- Utilizar EPI´S;
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º - 45º;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Testar o funcionamento do sistema de aspiração;
- Instituir no ventilador 100% de FIO2 ou modo aspiração com o objetivo de elevar o conteúdo arterial de O2 antes do procedimento;
- Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la ao aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
- Conectar a sonda de aspiração ao látex;
- Higienizar as mãos com álcool em gel;
- Calçar as luvas estéreis;

- Retirar a sonda da embalagem com a mão dominante;
- Desconectar a traqueia deixando a extremidade distal suspensa, sem contato com o paciente ou roupa de cama do mesmo;
- Pinçar o látex ou a sonda;
- Avisar o paciente que irá iniciar o procedimento;
- Introduzir a sonda de aspiração no tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia ate a carina, elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração;
- Realizar movimentos lentos e retirar lentamente a sonda, não ultrapassar 15 segundos devido ao risco de hipoxemia;
- Repetir o procedimento quantas vezes for necessário;
- Realizar nova ausculta pulmonar;
- Organizar o leito do paciente;
- Descartar o material na lixeira de contaminados;
- Higienizar as mãos após procedimento.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Uso de precaução padrão ou precaução específicas por contato, seguindo orientações do protocolo do SCIRAS;

5.2. Sistema de vácuo portátil ou canalizado;

5.3. Aspirador de secreções;

5.4. Látex

5.5. Sonda de aspiração com o número de acordo com o paciente;

5.6. Solução fisiológica ou água destilada.

6. EPI:

6.1. Luva;

6.2. Touca;

6.3. Máscara;

6.4. Óculos;

6.5. Capote.

7. RESPONSABILIDADE:

7.1. Equipe de enfermagem, fisioterapeutas e Médicos.

8. QUANDO EXECUTAR:

- Executar o procedimento sempre que houver sinais de acúmulo de secreções.

9. REGISTROS:

9.1. FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional.

9.2. FOR.009.SAME Prescrição Médica.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

10.1. Não se aplica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- Monitorizar os sinais vitais, SpO2 e sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;
- Deve-se suspender a aspiração em casos de arritmias cardíacas, queda brusca da SpO2, cianose, sudorese intensa, hipotensão, hipertensão ou sangramento;

12. REFERÊNCIAS:

12.1. LOPES, F.M; LOPEZ, M.F. Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(8): 80-88.

12.2. GUIMARÃES, F.S; FIGUEREDO, P.H.S; LEMES, D.A; MENEZES, S.L.S. Técnicas de remoção de secreção em pacientes ventilados artificialmente. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 2. Volume 4. Editora Artmed, 2012.

12.3. SILVA, P.E; OLIVEIRA, F. T. Aspiração da via aérea artificial: circuito aberto ou fechado – quais as evidências? In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 3. Volume 1. Editora Artmed, 2012.

12.4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC. Procedimento Operacional Padrão: POP Fisioterapia. 2014. Disponivel em Http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/fisioterapia/POP-Fisioterapia_HU-UFSC.pdf.

13. ANEXO

13.1. Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1° aprovador:	Nome 2° aprovador:
Ass.emissor	Ass. 1° aprovador	Ass. 2° aprovador

PROTOCOLO - POP.036.SF DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

1. OBJETIVO:

1.1. Realizar diariamente busca ativa de pacientes que preencham critérios para o início do desmame da ventilação mecânica.

2. APLICAÇÃO:

2.1. Emergência, UTI, Centro Cirúrgico, RPA e em todos os setores onde houver pacientes em uso de ventilação mecânica.

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Desmame ventilatório: Transição da ventilação artificial para a espontânea.

3.2. Desmame difícil: Pacientes sem êxito no TRE (Testes de respiração espontânea) por duas vezes seguidas em 48 horas.

3.3. Falência de desmame: Incapacidade de tolerar ventilação espontânea sem o suporte ventilador, ainda com o tubo alocado.

3.4. Falência de extubação: Incapacidade de tolerar a remoção do tubo endotraqueal (ou a desconexão do ventilador, em traqueostomizados) e manter a ventilação espontânea, havendo necessidade de reintubação (ou reconexão em caso de traqueostomizados) dentro das primeiras 24 - 72 horas após extubação planejada.

3.5. TRE: Teste de respiração espontânea;

3.6. PSV: Ventilação por pressão de suporte;

3.7. PEEP: Pressão expiratória positiva final;

3.8. VMNI: Ventilação Mecânica não Invasiva;

3.9. VMI: Ventilação Mecânica Invasiva;

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

4.1. Avaliar o paciente diariamente;

4.2. Realizar a suspensão ou redução da sedação diária;

4.3. Verificar a capacidade de ventilação espontânea visando à possibilidade da retirada da VM.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Material de aspiração (vide POP de aspiração)

5.2. Material para suporte de Oxigênio.

5.3. Cortante

5.4. Material para suporte de VMNI

6. EPI:

6.1. Jaleco;

6.2. Capote;

6.3. Touca;

6.4. Máscara;

6.5. Luvas;

6.6. Óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADES:

7.1. Médico, Fisioterapeuta e Equipe de Enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Deve-se realizar diariamente a busca ativa de pacientes que preencham os critérios do Passo 1. Realizar teste de respiração espontânea conforme Passo 2 e logo após Passo 3 (teste de vazamento quantitativo).

9. REGISTROS:

9.1. FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional

9.2. FOR.009.SAME Prescrição Médica

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

10.1 Não se aplica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1. Deve-se fazer busca ativa diária quanto à possibilidade de retirada da ventilação mecânica invasiva. A realização do teste de respiração espontânea (TRE) é o melhor método para avaliar a possibilidade de sucesso de desmame e de extubação. Por fim salientamos que o desmame da VMI é um processo multifatorial, que depende de muita atenção da equipe responsável pelo paciente e de uma abordagem multidisciplinar para maior probabilidade de sucesso.

11.2. Indicações de TRE: Estabilidade hemodinâmica, parâmetros ventilatórios mínimos, recuperação da capacidade de troca, nível neurológico aceitável, normotermia, desordens metabólicas e/ou eletrolíticas resolvidas, balanço hídrico negativo.

11.3. Contraindicações para o TRE: Instabilidade hemodinâmica, eventos que levaram a ventilação mecânica ainda não controlada e realização no período noturno.

11.4. Realização do TRE: Modo PSV PS: 7 cmH2o PEEP: 5 cmh2o, FiO2 de até 40%.

11.5. Diagnóstico de falência: Instabilidade hemodinâmica, batimento de asas de nariz, uso de musculatura acessória, padrão ventilatório invertido e assincronias.

12. REFERÊNCIAS:

12.1. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). VENUTI Curso de ventilação mecânica em UTI. São Paulo: AMIB, 2017-2018.

12.2. Azevedo LCP, Taniguchi LU, Ladeira JP. Medicina Intensiva: Abordagem prática. São Paulo: Manole, 2015

12.3. Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB e Sociedade Brasileira de Pneumologia e tisiologia-SBPT. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. São Paulo:2013.

12.4. PIRES, C. Manual de Terapia Intensiva. São Paulo: Elsevier, 2019.

13. ANEXOS:

13.1 Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da Revisão	Nº da revisão	ii. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.018.SF MOBILIZAÇÃO PRECOCE

1. OBJETIVO:

1.1. Promover mobilização o mais precoce possível, a fim de minimizar complicações relacionadas às doenças críticas.

1.2. Prevenir efeitos da imobilidade no leito.

1.3. Auxiliar no processo de recuperação e diminuição no tempo de ventilação mecânica e estadia no ambiente hospitalar, reduzindo custos, diminuindo mortalidade e melhorando qualidade de sobrevida do paciente.

1.4. Manter melhorar desempenho muscular

1.5. Favorecer funcionalidade

2. APLICAÇÃO:

2.1. Unidades de terapia intensiva e Emergência

3. DEFINIÇÕES:

3.1. O declínio da mobilidade pode ser definido como a redução parcial ou total da capacidade de realizar atividades do dia a dia, como transferências no leito, do leito para cadeira e locomoção, por exemplo.

3.2. O entendimento dessas alterações tem relevância para os profissionais de saúde, pelas possíveis complicações advindas da inatividade e pela possibilidade de realização de intervenções preventivas para minimizar sua ocorrência sobre os sistemas relacionados ao movimento humano, principalmente quando se trata do ambiente de terapia intensiva.

3.3. PAM: Pressão arterial média.

PEEP: Pressão Expiratória Final Positiva.

PIC: Pressão intracraniana.

MRC: Escala de Força Medical Research.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

4.1. Lavar as mãos antes e após cada procedimento

4.2. Rastrear todos os pacientes sobre a presença de bandeiras vermelhas (contra indicações) e contra indicações relativas a considerar (possíveis) riscos e benefícios antes e durante cada sessão de tratamento fisioterapêutico.

4.3. Os critérios indicados abaixo são contra indicações para mobilizações fora do leito, dos cuidados intensivos e devem ser levados em consideração durante o processo de raciocínio clínico.

4.4. O médico precisa ser consultado no caso de um paciente demonstrar uma das seguintes condições antes da mobilização / atividade física.

4.5. **CONTRA INDICAÇÕES:**

4.5.1. Frequência cardíaca <40 e> 130 batimentos / min

4.5.2. Pressão arterial média (PAM) <60 mmHg e> 110 mmHg

4.5.3. Saturação de oxigênio ≤ 90%

4.5.4. Concentração fracionária de oxigênio inspirado (FiO2) ≥0,6

4.5.5. Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP) ≥ 10 cm H2O

4.5.6. Frequência Respiratória > 40 respirações / min

4.5.7. Pontuação de Richmond Agita em Seda em escala (RASS): -4, -5, 3, 4

4.5.8. dopamina≥ 10 mcg / kg / min

4.5.9. Nora / adrenalina ≥0,1 mcg / kg / min

4.5.10. Acima de 38,0 ° C

4.5.11. Glicemia < 70 ou > 200 mg/dl

4.5.12. Lactato > 2 mmol/l

4.5.13. Hemoglobina ≥ 7 g/dl

4.5.14. Plaquetas ≥ 2000 cl/mm3

4.5.15. INR ≤ 2,5

4.5.16. pH < 7.2

4.5.17. Fraturas instáveis

4.5.18. Pressão intracraniana (PIC)≥ 20 cmH2O

4.5.19. Sangramento ativo

4.5.20. Abdômen aberto com risco de deiscência

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Ficha de monitorização

5.2. Cicloergômetro

5.3. Escala de Borg;

5.4. Escala de Força Medical Research (MRC)

5.5. Poltrona

6. EPIS:

6.1. Capote;

6.2. Touca;

6.3. Máscara;

6.4. Luvas;

6.5. Óculos de proteção.

Obs.: Analisar o tipo de EPI específico para cada caso clínico.

7. RESPONSABILIDADE:

7.1. Fisioterapeuta

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Quando o paciente estiver com estabilidade hemodinâmica

9. REGISTROS:

9.1. FOR.SAME.004 Ficha de Evolução Multiprofissional

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

10.1. Não se aplica

.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1. Analisa prontuário do paciente;

11.2. Monitorizar os sinais vitais, SpO2 e estabilidade hemodinâmica;

11.3. Realizar posicionamento funcional;

12. REFERÊNCIAS:

12.1. CONCEIÇÃO, T. M.; GONZÁLES, A. I.; FIGUEIREDO, FERNANDA CABRAL XAVIER SARMENTO DE VIEIRA VIEIRA, DANIELLE SOARES ROCHA BÜNDCHEN, D. C. Critérios de segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 4, p. 509–519, 2017.

12.2. DE JESUS, F. S. et al. Mobility decline in patients hospitalized in an intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 2, p. 114–119, 2016.

12.3. SOMMERS, J. et al. Physiotherapy in the intensive care unit: An evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. **Clinical Rehabilitation**, v. 29, n. 11, p. 1051–1063, 2015.

12.4. BURTIN, C. et al. Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 9, p. 2499–2505, 2009.

12.5. CONCEIÇÃO, T. M.; GONZÁLES, A. I.; FIGUEIREDO, FERNANDA CABRAL XAVIER SARMENTO DE VIEIRA VIEIRA, DANIELLE SOARES ROCHA BÜNDCHEN, D. C. Critérios de segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 4, p. 509–519, 2017.

12.6. CONCEIÇÃO, T. M.; GONZÁLES, A. I.; FIGUEIREDO, FERNANDA CABRAL XAVIER SARMENTO DE VIEIRA VIEIRA, DANIELLE SOARES ROCHA BÜNDCHEN, D. C. Critérios de segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 4, p. 509–519, 2017.

12.7. DE JESUS, F. S. et al. Mobility decline in patients hospitalized in an intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 2, p. 114–119, 2016.

12.8. 13.8. NEEDHAM, D. M. CLINICIAN ' S CORNER Mobilizing Patients in the Intensive Care Unit Improving Neuromuscular Weakness and Physical Function. v. 300, n. 14, 2008.

12.9. 13.9. SOMMERS, J. et al. Physiotherapy in the intensive care unit: An evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. **Clinical Rehabilitation**, v. 29, n. 11, p. 1051–1063, 2015.

12.10. 13.10. THELANDERSSON, A. et al. Effects of Early Bedside Cycle Exercise on Intracranial Pressure and Systemic Hemodynamics in Critically Ill Patients in a Neurointensive Care Unit. **Neurocritical Care**, v. 25, n. 3, p. 434–439, 2016.

12.11. (BURTIN et al., 2009; DE JESUS et al., 2016; SOMMERS et al., 2015) (CONCEIÇÃO; GONZÁLES; FIGUEIREDO, FERNANDA CABRAL XAVIER SARMENTO DE VIEIRA VIEIRA, DANIELLE SOARES ROCHA BÜNDCHEN, 2017; NEEDHAM, 2008; THELANDERSSON et al., 2016).

12.12. HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO. Procedimento Operacional Padrão: POP Fisioterapia. 2023.

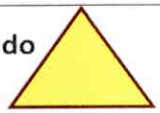
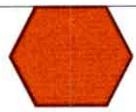
13. ANEXOS:

13.1. Fatores de Risco no leito

Leve	Moderado	Severo
RASS: -1 à 1	RASS: -2 ou +2	RASS: -2 ou +2
Tubo Orotraqueal	FiO2 > 60%	FiO2 > 60%
Traqueostomia	FR > 30 ipm	FR > 30 ipm
FiO2 ≤ a 60%	SpO2 < 90%	SpO2 < 90%
SpO2 ≥ 90%	Bradicardia sem necessidade de tratamento medicamentoso	Bradicardia sem necessidade de tratamento medicamentoso
FR ≤ a 30 ipm	RASS < -2	RASS < -2
Taquiarritmias com FC < 120 bpm	Pressão arterial abaixo do intervalo alvo sintomática	Pressão arterial abaixo do intervalo alvo sintomática
	Taquiarritmias com FC entre 120 – 150 bpm	Taquiarritmias com FC entre 120 – 150 bpm
	Taquiarritmias com FC >150 bpm	Taquiarritmias com FC >150 bpm
	Assincronia na ventilação mecânica	Assincronia na ventilação mecânica

INSTITUTO CE

13.2. **Fatores de Risco Fora do Leito**

Leve 	**Moderado** 	**Severo** 
RASS: -1 à 1	RASS: -2 ou +2	RASS: < -2
FR ≤ a 30 ipm	FR > 30 ipm	SPO2 ≤ 90%
FIO2 ≤ a 60%	FIO2 > 60%	PEEP > 10 cmH2O
SPO2 ≥ a 90% PEEP ≤ 10 cmH2O	PEEP > 10 cmH2O	Taquiarritmias com FC > 150 bpm
Tubo orotraqueal	Taquiarritmias com FC entre 120 – 150 bpm	Anti- hipertensivo intravenoso
Traqueostomia	Assincronia na ventilação mecânica	Assincronia na ventilação mecânica
Taquiarritmias com FC < 120 bpm	Bradicardia sem necessidade de tratamento medicamentoso	Pressão arterial abaixo do intervalo alvo e sintomática
		Bradicardia com necessidade de tratamento medicamentoso

14. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	**Nº da revisão**	iii. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.011.SF SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO

1. OBJETIVO:

1.1. Remover secreções traqueais de pacientes mecanicamente ventilados que não podem ser desconectados da VM, quando em uso de PEEP acima de 12 ou em uso de altas frações de O_2; paciente com precaução de aerossóis como tuberculose, H1N1; varicela, sarampo, pacientes soropositivos HIV e hepatite C; pacientes com sangramento pulmonar ativo.

2. APLICAÇÃO

- Unidades de Terapia Intensiva e Emergência

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Técnica utilizada para remoção de secreções das vias aéreas artificiais (tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia) mediante a utilização do sistema de aspiração fechado a um gerador de pressão negativa.

3.2. VM: Ventilação Mecânica.

- PEEP: pressão positiva expiratória final.
- EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

- Higienizar as mãos;
- Verificar se todos os materiais estão a beira leito;
- Utilizar EPI´S;
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30º – 45º;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Aplicar solução fisiológica ou água destilado na seringa de 20ml;
- Testar o funcionamento do sistema de aspiração;

- Conectar a ponta do sistema de aspiração ao látex;
- Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado;
- Introduzir a sonda do sistema fechado de aspiração no tubo orotraqueal ou traqueostomia até a carina, eleva 1 à 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração apertando o clampe do sistema. Realizando movimentos lentos e não ultrapassar 15 segundos pelos riscos de hipoxemia;
- Lavar a sonda do sistema injetando a solução fisiológica e sugando ao mesmo tempo;
- Repetir o procedimento se for necessário;
- Desconectar a seringa e mantê-la protegida em seu invólucro estéril;
- Travar a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
- Colocar a tampa do sistema de aspiração fechado;
- Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta;
- Realizar nova ausculta pulmonar;
- Organizar o leito do paciente;
- Descartar o material na lixeira de contaminados;

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Sistema de vácuo portátil ou canalizado;

- Aspirador de secreções;

5.2. Látex;

- Sistema de aspiração fechado;
- Seringa de 10 ml;
- Solução fisiológica 0,9 de 10ml;
- Um pacote de gaze.

6. EPI:

- Luvas;

6.1. Touca;

6.2. Capote;

- Máscara;

6.3. Óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE:

- Equipe de enfermagem, Fisioterapeutas e Médicos;

8. QUANDO EXECUTAR:

8.1. Quando houver acúmulo de secreção;

9. REGISTROS:

9.1. FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional

9.2. FOR.009.SAME Prescrição Médica

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES:

- Não se aplica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- Monitorizar os sinais vitais, SpO2 e sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;
- Deve-se suspender a aspiração em casos de arritmias cardíacas, queda brusca da SpO2, cianose, sudorese intensa, hipotensão, hipertensão ou sangramento;
- Realizar o procedimento após fisioterapia respiratória ou sempre que houver sinais de acúmulo de secreções;
- Não há tempo estabelecido para a troca do sistema fechado, substitui quando houver falhas ou rompimento do invólucro plástico do sistema.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. CASALI, C.C; MATOS, C.M.P. Técnicas de fisioterapia em terapia intensiva. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 1. Volume 2. Editora Artmed, 2010.

12.2. GUIMARÃES, F.S; FIGUEREDO, P.H.S; LEMES, D.A; MENEZES, S.L.S. Técnicas de remoção de secreção em pacientes ventilados artificialmente. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 2. Volume 4. Editora Artmed, 2012.

12.3. SILVA, P.E; OLIVEIRA, F. T. Aspiração da via aérea artificial: circuito aberto ou fechado – quais as evidências? In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 3. Volume 1. Editora Artmed, 2012.

12.4. LOPES, F.M; LOPEZ, M.F. Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(8): 80-88.

13. ANEXO:

13.1. Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1° aprovador:	Nome 2° aprovador:
Ass.emissor	Ass. 1° aprovador	Ass. 2° aprovador

PROTOCOLO - POP.020.SF VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VNI)

1. OBJETIVOS:

1.1. Melhorar a mecânica respiratória do beneficiário;

1.2. Melhorar a troca gasosa pulmonar;

1.3. Diminuir taxa de infecções nosocomiais;

1.4. Reduzir a taxa de intubação e mortalidade na UTI;

1.5. Facilitar o desmame da ventilação mecânica;

1.6. Diminuir o tempo de internação;

2. APLICAÇÃO:

2.1. Unidade de terapia intensiva / emergência e enfermaria.

3. DEFINIÇÕES:

3.1. O uso da ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva (VNI) para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada foi, certamente, um dos maiores avanços da ventilação mecânica dos últimos anos. Apesar de ser técnica uma recente, o grande número de estudos tornaram a aplicação dessa técnica mais baseada em evidências do que qualquer outra medida de suporte ventilatório. Hoje não existem dúvidas de que o uso da VNI em grupos selecionados é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e redução do tempo de internação.

3.2. VNI: Ventilação Não Invasiva.

3.3. PEEP: Pressão Expiratória Positiva Final.

3.4. SARA: Síndrome da Angústia Respiratória Aguda.

3.5. LPA: Lesão pulmonar aguda.

3.6. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

3.7. HDA: Hemorragia Digestiva Alta.

3.8. PCR: Parada Cardio Respiratória.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Higienizar as mãos;

4.2. Calçar luvas e EPI;

4.3. Observar medidas de isolamento se aplicável;

4.4. Avaliação e monitorização do paciente;

4.5. Montagem do circuito e teste do respirador ou aparelho portátil;

4.6. Posicionamento do paciente com cabeceira elevada a 45°;

4.7. Orientá-lo sobre a necessidade de cooperação;

4.8. Orientá-lo sobre a necessidade de respiração nasal e que seja evitada conversa durante o procedimento;

Ajustar modo ventilatório (CPAP/ Bilevel);

Ajustar parâmetros ventilatórios: PEEP - iniciar a partir de 5 cm/H2O podendo aumentar os níveis que ofereçam melhor resposta terapêutica; PSV-deverá ser ajustada em valores que determinem o conforto ventilatório para o beneficiário e consequentemente um VC ideal; FIO2: suficiente para manter uma SatO2>95%;

4.9. Observar vazamentos ao redor da máscara;

4.10. Proteção da pele com hidrocolóide, quando necessário;

Higienizar as mãos ao final do atendimento.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Máscara de ventilação não invasiva;

5.2. Kit de traqueias;

5.3. Ventilador mecânico;

6. EPI:

6.1. Luvas de procedimento;

6.2. Capotes;

6.3. Óculos de Proteção;

6.4. Máscara;

7. RESPONSABILIDADE:

- Fisioterapeuta, Equipe de enfermagem e Médico

8. QUANDO EXECUTAR:

8.1. Edema agudo de pulmão cardiogênico;

8.2. DPOC exacerbado;

8.3. Doenças neuromusculares;

8.4. Insuficiência respiratória no período pós operatório imediato de cirurgias abdominais e de ressecção pulmonar;

8.5. Extubação precoce de pacientes com DPOC;

8.6. Extubação de pacientes com alto risco de insuficiência respiratória pós-extubação;

8.7. Apneia do sono obstrutiva;

8.8. Pneumonias;

8.9. Hipoventilação pulmonar; Asma e SARA - LPA.

8.10. Insuficiência respiratória aguda e crônica;

9. REGISTROS:

FOR.SAME. 004 Ficha de Evolução Multiprofissional

FOR.SAME. 009 Prescrição Médica

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

11.1. Contra-indicações para utilização da ventilação não invasiva:

11.1.1. Rebaixamento do nível de consciência GCS <11

11.1.2. Trauma ou queimadura de face;

11.1.3. Hipoxemia moderada à grave (relação P/F < que 150)

11.1.4. Acidose grave (pH < que 7,1);

11.1.5. Tosse ineficaz;

11.1.6. Obstrução da via aérea alta;

11.1.7. Distensão abdominal;

11.1.8. Vômitos;

11.1.9. Hemorragia digestiva alta (HDA);

11.1.10. Instabilidade hemodinâmica;

11.1.11. Síndrome coronariana aguda;

11.1.12. Arritmias complexas;

11.1.13. Trauma de face;

11.1.14. Cirurgia esofágica (recente), face e via aérea;

11.1.15. Pneumotórax não drenado;

11.1.16. Na PCR;

12. REFERÊNCIAS:

12.1. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. AMIB e SBPT, 2013.

III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Jornal de Pneumologia. Julho,2007.

13.2. Luque, A., Vega, J. M. Ventilação mecânica não invasiva. In: LUQUE, a. et al. Tratado de fisioterapia hospitalar. São Paulo: Manole, 2012. Cap 13, p. 137-146.

13.3. FRANÇA, E. E. T et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do departamento de fisioterapia da associação de medicina

intensiva brasileira. Rev. Bras. Terapia Intensiva. São Paulo. V. 24 n. 1 p. 6-22, 2012.

13.4. Barbas CSV, Isola AM, Farias AMC, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica. Ver. Bras. Ter Intensiva. 2014; 26(2): 89-121.

13. ANEXO:

- Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

1.10.1.2 FONOAUDIOLOGIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) - FONOAUDIOLOGIA

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
	ANAMNESE AVALIAÇÃO	
	EXECUTANTE: Dieime Darck Pimentel da Silva	Emissão: 09/09/21

Objetivo: Descrever e padronizar os procedimentos realizados pela Fonoaudiologia aos pacientes atendidos no hospital , promovendo e otimizando o acesso.

- Tem como finalidade descrever e orientar os profissionais de saúde acerca das atividades desenvolvidas e executadas pelo setor de Fonoaudiologia.

Recursos necessários:

Anamnese Fonoaudiológica
Abaixador de língua
Luvas
Aparelho de Otoemissões
Otoscópio
Agogô
Teste de Linguagem
Jogos e materiais lúdicos
Materiais de papelaria

Etapas do Processo:		
• Anamnese • Avaliação Fonoaudiológica • Avaliação Fonoaudiológica – Audiologia • Devolutiva • Terapia Fonoaudiológica Individual • Orientações aos pacientes, família e/ou responsável • Registro em prontuário:		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

PROTOCOLO - POP.017.SAF CRITÉRIOS DE ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICOS

OBJETIVO

Orientar a Fonoaudiologia quanto às prioridades de atendimento conforme quadro clínico do usuário.

APLICAÇÃO

Unidade de terapia intensiva (U.T.I.) adulta

1.6. Clínica Médica

1.7. Clínica Cirúrgica

2. DEFINIÇÕES

2.1. UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

2.2. CM: Clínica Médica Adulto/Pediátrica;

2.3. CC: Clínica Cirúrgica

2.4. SNE- Sonda Nasoenteral;

2.5. TQT: Traqueostomia;

2.6. VM: Ventilação Mecânica

2.7. EXT: Extubação

2.8. NA: Não se aplica.

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Identificar critérios de atendimento.

Identificar usuários que apresentam quadro clínico de maior prioridade. Sendo os principais:

Primeira avaliação de deglutição;

Usuários apresentando disfagia grave/uso de SNE/ em respiração espontânea e com resposta ao estímulo verbal/tátil feito pelo terapeuta (comandos).

37.1.1. Usuário apresentando disfagia moderada/uso de SNE/em respiração espontânea e com resposta ao estímulo verbal/tátil feito pelo terapeuta (comandos).

37.1.2. Usuário apresentando disfagia leve, em uso ou não de SNE/ em respiração espontânea e com resposta ao estímulo verbal/tátil feito pelo terapeuta (comandos).

Higienizar as mãos e calçar luvas

37.2. Realizar atendimento fonoaudiológico conforme as prioridades;

Descartar as luvas no lixo adequada;

Evoluir conduta realizada, ressaltando o quadro clínico pré e pós atendimento fonoaudiológico e anexar em prontuário;

37.3. Realizar passagem de plantão especificando usuários que receberam atendimento, terapêutica utilizada e as devidas observações quando necessário;

37.4. Relatar na passagem de plantão usuários que não receberam atendimento com as justificativas conforme os riscos dos mesmos;

Datar, assinar e carimbar passagem de plantão.

Acionar profissional de acordo com os critérios estabelecidos por ele estabelecido.

Comunicar equipe médica as condutas realizadas e intercorrências durante atendimento

Orientar equipe de enfermagem os cuidados que se fizerem necessários

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Dieta na consistência e temperatura adequada;

Luvas de procedimento.

55. EPI

55.1. De acordo com o tipo de precaução estabelecido para o usuário

RESPONSABILIDADE

- Fonoaudiólogo

56. QUANDO EXECUTAR

56.1. Diariamente

REGISTROS

FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

57. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

57.1. Não se aplica

CONSIDERAÇÕES GERAIS

57.2. Não se aplica

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

57.3. Andrade, CRF.; Limongi SCO & Colaboradores. Disfagia – Prática baseada em evidências. Editora Xavier, 1ª edição, São Paulo, 2012.

Thompsom, H. Blue Dye Test Modificado 1995. Brady, SL.; Hildner, CD.; Hutchins, BF. Simulateous videofluroscopic, swallow study and modified evans blue dye procedure: an evalution of blue dye visualization in cases of known aspiration. Dysphagia. 1999; 14:146 – 49. Brandão, AP.; et al. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, V38, nº 3 p.202 -207, julho/agosto/setembro 2009.

Cameron, J.; Reynolds, J.; Zuidema, G. Aspiration in patients with tracheotomies . Surg Gynecol Obstet. !973; 136:68-70.

Devivitis, RA.; Santoro, PP.; Sugueno, LA. Manual Prático de Disfagia – diagnóstico e tratamento Editora Revinter Ed.2017.

Jacobi, JS.; Levy, DS.; Silva, LMC. Disfagia Avaliação e Tratamento 1º Ed. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2003.

Queirós A.et al Contributo para Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT 10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Rev Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reab. Vol./24/ nº 2 / 2013

Macedo, F.; Gomes, GF.; Furkim, AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise, 2000.

Marques, V. Disfagia diagnostico, grau de severidade e escolha da melhor via de alimentação. http://www.vivianemarques.com.br.

Padovani, AR.; Moraes, DP.; Mangili, LD., Andrade, CRF. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.

Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFS) – Editora Pró – Fono ed.2012.

ANEXO

Não se aplica

58. HISTORICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	**Itens revisados**

PROTOCOLO - POP.013.SAF ROTINA DE ATENDIMENTO NA UTI ADULTA

OBJETIVO

37.5. Orientar o atendimento fonoaudiológico preconizando o quadro clínico dos usuários e tendo como objetivo qualidade e eficiência no atendimento.

APLICAÇÃO

Unidade de terapia intensiva (U.T.I.) Adulto;

37.6. Clínica Médica;

37.7. Clínica Cirúrgica.

38. DEFINIÇÕES

38.1. UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

38.2. CM: Clínica Médica Adulto/Pediátrica;

38.3. CC: Clínica Cirúrgica

38.4. NA: Não se aplica.

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Obter informações sobre o usuário, qual sua patologia, condição nutricional, estado de alerta, etc;

Higienizar as mãos e calçar luvas;

Avaliar o usuário quanto:

Função de deglutição;

Sinais sugestivos de aspiração;

Anotar intercorrências no FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Se necessário realizar atendimento/terapia através dos exercícios e manobras específicas para cada caso;

Descartar as luvas no lixeira de acordo com o tipo de resíduo;

Evoluir conduta realizada, ressaltando o quadro clínico pré e pós atendimento fonoaudiológico e anexar em prontuário;

Comunicar equipe médica as condutas realizadas e intercorrências durante atendimento

Orientar equipe de enfermagem os cuidados que se fizerem necessários

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

58.1. Água;
58.2. Espessante para líquido;
58.3. Seringa;
58.4. Espátula;
58.5. Colher plástica descartável;
58.6. Copo plástico descartável;
58.7. Estetoscópio;
58.8. Paquímetro.

59. EPI

59.1. De acordo com o tipo de precaução estabelecido para cada usuário.

RESPONSABILIDADE

- Fonoaudiólogo.

60. QUANDO EXECUTAR

60.1. Diariamente.

REGISTROS

FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

61. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

61.1. Não se aplica.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

61.2. Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

61.3. Andrade, CRF.; Limongi SCO & Colaboradores. Disfagia – Prática baseada em evidências. Editora Xavier, 1ª edição, São Paulo, 2012.

Thompsom, H. Blue Dye Test Modificado 1995. Brady, SL.; Hildner, CD.; Hutchins, BF. Simulateous videofluroscopic, swallow study and modified evans blue dye procedure: an evalution of blue dye visualization in cases of known aspiration. Dysphagia. 1999; 14:146 – 49. Brandão, AP.; et al. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, V38, nº 3 p.202 -207, julho/agosto/setembro 2009.

Cameron, J.; Reynolds, J.; Zuidema, G. Aspiration in patients with tracheotomies . Surg Gynecol Obstet. !973; 136:68-70.

Devivitis, RA.; Santoro, PP.; Sugueno, LA. Manual Prático de Disfagia – diagnóstico e tratamento Editora Revinter Ed.2017.

Jacobi, JS.; Levy, DS.; Silva, LMC. Disfagia Avaliação e Tratamento 1º Ed. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2003.

Queirós A.et al Contributo para Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT 10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Rev Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reab. Vol./24/ nº 2 / 2013

Macedo, F.; Gomes, GF.; Furkim, AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise, 2000.

Marques, V. Disfagia diagnostico, grau de severidade e escolha da melhor via de alimentação. http://www.vivianemarques.com.br.

Padovani, AR.; Moraes, DP.; Mangili, LD., Andrade, CRF. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.

Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFS) – Editora Pró – Fono ed.2012.

ANEXO

Não se aplica

62. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	**Itens revisados**

63. APROVAÇÃO:

Nome emissor:	**Nome 1º aprovador:**	**Nome 2ªaprovador:**
Ass. do emissor:	**Ass. do 1° aprovador:**	**Ass. do 2° aprovador:**

PROTOCOLO - POP.014.SAF REINTRODUÇÃO DE DIETA VIA ORAL

OBJETIVO

1.1. Orientar os procedimentos necessários para reintrodução de dieta via oral e retirada de via alternativa de alimentação.

APLICAÇÃO

Unidade de terapia intensiva (U.T.I) adulta

1.2. Clínica Médica

1.3. Clínica Cirúrgica

2. DEFINIÇÕES

2.1. UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

2.2. CM: Clínica Médica Adulto/Pediátrica;

2.3. CC: Clínica Cirúrgica;

2.4. SNE- Sonda Nasoenteral;

2.5. NA: Não se aplica.

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Obter informações sobre o usuário, qual sua patologia, condição nutricional, estado de alerta, etc;

Higienizar as mãos e calçar luvas;

4.1. Avaliar o usuário quanto:

Função de deglutição;

Sinais sugestivos de aspiração;

Anotar intercorrências no FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA;

Posicionar o leito em postura adequada para oferta do alimento (45 a 90 graus);

Oferecer as dietas e monitorar sinais clínicos de penetração laríngea e/ou aspiração laringotraqueal;

Em caso de possibilidade de reintrodução de dieta, programar dietas assistidas pelo Fonoaudiólogo;

Orientar o acompanhante quanto a oferecer a dieta aos poucos.

Se necessário realizar atendimento/terapia através dos exercícios e manobras específicas para cada caso;

Descartar as luvas no lixo adequado;

Evoluir conduta realizada, ressaltando o quadro clínico pré e pós atendimento fonoaudiológico e anexar em prontuário;

Comunicar equipe médica as condutas realizadas e intercorrências durante atendimento;

Orientar equipe de enfermagem os cuidados que se fizerem necessários;

Aguardar 24 horas de manutenção de oferta via oral total (alimento e água) para solicitar retirada de SNE.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Dieta na consistência e temperatura adequada;

Luvas de procedimento.

5. EPI

5.1. De acordo com o tipo de precaução estabelecido para o usuário.

6. RESPONSABILIDADE

- Fonoaudiólogo.

7. QUANDO EXECUTAR

7.1. Diariamente.

8. REGISTRO:

FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

9.1. Não se aplica

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

4.1. Andrade, CRF.; Limongi SCO & Colaboradores. Disfagia – Prática baseada em evidências. Editora Xavier, 1ª edição, São Paulo, 2012.

Thompsom, H. Blue Dye Test Modificado 1995. Brady, SL.; Hildner, CD.; Hutchins, BF. Simulateous videofluroscopic, swallow study and modified evans blue dye procedure: an evalution of blue dye visualization in cases of known aspiration. Dysphagia. 1999; 14:146 – 49. Brandão, AP.; et al. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, V38, nº 3 p.202 -207, julho/agosto/setembro 2009.

Cameron, J.; Reynolds, J.; Zuidema, G. Aspiration in patients with tracheotomies . Surg Gynecol Obstet. !973; 136:68-70.

Devivitis, RA.; Santoro, PP.; Sugueno, LA. Manual Prático de Disfagia – diagnóstico e tratamento Editora Revinter Ed.2017.

Jacobi, JS.; Levy, DS.; Silva, LMC. Disfagia Avaliação e Tratamento 1º Ed. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2003.

Queirós A.et al Contributo para Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT 10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Rev Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reab. Vol./24/ nº 2 / 2013

Macedo, F.; Gomes, GF.; Furkim, AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise, 2000.

Marques, V. Disfagia diagnostico, grau de severidade e escolha da melhor via de alimentação. http://www.vivianemarques.com.br.

Padovani, AR.; Moraes, DP.; Mangili, LD., Andrade, CRF. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.

Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFS) – Editora Pró – Fono ed.2012.

11. ANEXO

Não se aplica

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

13. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1º aprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

PROTOCOLO - POP.016.SAF USO DE ESPELHO LARÍNGEO

OBJETIVO

Orientar a Fonoaudiologia na utilização do espelho laríngeo, a fim de promover ativação da sensibilidade do terço inferior do arco palatoglosso, auxiliando no tratamento da disfagia.

APLICAÇÃO

Unidade de terapia intensiva (U.T.I.) adulta

38.5. Clínica Médica

38.6. Clínica Cirúrgica

38.7. Pronto Atendimento

39. DEFINIÇÕES

39.1. UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

39.2. CM: Clínica Médica Adulto/Pediátrica;

39.3. CC: Clínica Cirúrgica

39.4. P.A.: Pronto Atendimento

39.5. SMO: Sistema Motor Oral

39.6. NA: Não se aplica.

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Higienizar as mãos e calçar luvas

Avaliar SMO;

Anotar as devidas observações;

Avaliar o usuário quanto:

Avaliar SMO;

Anotar as devidas observações;

Identificar critérios para utilizar espelho laríngeo:

63.1.1. Usuário portadores de disfagia moderada ou grave;

63.1.2. Usuário não apresentando reflexo de Pilar palatino;

Utilizar o espelho laríngeo:

Usuário de preferência com cabeceira elevada a 45 graus;

Diminuir a temperatura da extremidade ovalada do do espelho em um copo com água gelada fazendo assim estimulação térmica por meio de toques gelados no terço inferior do arco palatoglosso;

Repetir o procedimento cinco vezes de cada lado;

Evoluir conduta realizada, ressaltando o quadro clínico pré e pós atendimento fonoaudiológico e anexar em prontuário;

Comunicar equipe médica as condutas realizadas e intercorrências durante atendimento;

Orientar equipe de enfermagem os cuidados que se fizerem necessários;

O fonoaudiólogo deverá encaminhar o espelho laríngeo à CME em um saco plástico para realização da desinfecção do aparelho pela CME

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

63.2. Água;

63.3. Copo descartável;

63.4. Seringa;

63.5. Espessante para líquido;

63.6. Corante azul;

64. EPI

64.1. De acordo com o tipo de precaução estabelecido para o usuário

RESPONSABILIDADE

- Fonoaudiológo

65. QUANDO EXECUTAR

65.1. Diariamente

REGISTROS

FOR.156.SAF AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

66. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

66.1. Não se aplica

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

66.2. Andrade, CRF.; Limongi SCO & Colaboradores. Disfagia – Prática baseada em evidências. Editora Xavier, 1ª edição, São Paulo, 2012.

Thompsom, H. Blue Dye Test Modificado 1995. Brady, SL.; Hildner, CD.; Hutchins, BF. Simulateous videofluroscopic, swallow study and modified evans blue dye procedure: an evalution of blue dye visualization in cases of known aspiration. Dysphagia. 1999; 14:146 – 49. Brandão, AP.; et al. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, V38, nº 3 p.202 -207, julho/agosto/setembro 2009.

Cameron, J.; Reynolds, J.; Zuidema, G. Aspiration in patients with tracheotomies . Surg Gynecol Obstet. !973; 136:68-70.

Devivitis, RA.; Santoro, PP.; Sugueno, LA. Manual Prático de Disfagia – diagnóstico e tratamento Editora Revinter Ed.2017.

Jacobi, JS.; Levy, DS.; Silva, LMC. Disfagia Avaliação e Tratamento 1º Ed. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2003.

Queirós A.et al Contributo para Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT 10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Rev Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reab. Vol./24/ nº 2 / 2013

Macedo, F.; Gomes, GF.; Furkim, AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise, 2000.

Marques, V. Disfagia diagnostico, grau de severidade e escolha da melhor via de alimentação. http://www.vivianemarques.com.br.

Padovani, AR.; Moraes, DP.; Mangili, LD., Andrade, CRF. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.

Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFS) – Editora Pró – Fono ed.2012.

ANEXO

Não se aplica

67. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

Nome emissor:	**Nome 1º aprovador:**	**Nome 2ªaprovador:**
Ass. do emissor:	**Ass. do 1° aprovador:**	**Ass. do 2° aprovador:**

68. APROVAÇÃO

PROTOCOLO - POP.100.SAF BLUE DYE TEST (BDT) E BLUE DYE TEST MODIFICADO (BDT-M)

1. OBJETIVO

1.1. Padronizar o uso do corante alimentício azul na avaliação fonoaudiológica para identificar se há presença de broncoaspiração de saliva e de alimentos em consistências e volumes variados de pacientes traqueostomizados a beira leito.

2. APLICAÇÃO

2.1. Em todas as áreas onde estiverem internados pacientes com traqueostomia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. A avaliação clínica da deglutição realizada pelo fonoaudiólogo envolve análise do histórico da disfunção da deglutição, estado geral do paciente, investigação dos órgãos fonoarticulatórios (OFA), avaliação da biodinâmica da deglutição e sua relação com a respiração e fonação.

3.2. Através dos sinais e sintomas o fonoaudiólogo identifica a disfagia bem como a presença ou ausência de aspiração laringotraqueal. Quando mesmo após avaliação clínica ainda existam dúvidas quanto à presença ou ausência de aspiração traqueal de saliva e/ou alimentos é indicado outro procedimento complementar.

3.3. A avaliação objetiva da deglutição é realizada através dos exames de videofluoroscopia e nasofibroscopia. Porém, são métodos caros, demandam maior tempo, necessitam da locomoção do paciente e são expostos a radiação ionizante e/ou desconforto, muitas vezes contraindicados devido a gravidade.

3.4. Entre os procedimentos complementares para auxiliar na investigação da função da deglutição, o Blue Dye Test (BDT) também chamado de Teste do Corante Azul é o mais indicado, pois auxilia na triagem e avaliação clínica. É um teste considerado de fácil aplicação, porém é importante realizar o protocolo de forma ininterrupta para evitar falsos positivos e falsos negativos na análise dos resultados. Ressalta-se ainda a necessidade de se conhecer sua versão modificada, o Blue Dye Test Modificado (BDT-M) e os possíveis equívocos de análise relacionados ao teste.

3.5. O BDT consiste em aplicar 4 gotas de corante alimentício de cor azul na cavidade oral do paciente de 4 em 4 horas, durante 48 horas consecutivas para avaliar a deglutição, verificando a presença ou não de aspiração traqueal. O paciente deverá deglutir após aplicação do corante e deverá ser realizada a aspiração endotraqueal imediata pelo fonoaudiólogo e ao longo do dia pelos demais profissionais habilitados da equipe multiprofissional (fisioterapeuta, enfermeiro e fonoaudiólogo).

3.6. O BDT-M é realizado após um resultado negativo do BDT. Neste procedimento o alimento é corado com corante alimentício de cor azul e ofertado para o paciente em ambas consistências e seguindo os mesmos procedimentos do BDT de aspiração e duração de 48 horas.

3.7. A Classificação Brasileira de Procedimentos em Fonoaudiologia realizou publicação oficialmente através do Conselho Federal de Fonoaudiologia, contemplando o teste como um procedimento fonoaudiológico.

3.8. O BDT foi descrito em 1973 para ser aplicado em pacientes traqueostomizados com o objetivo de avaliar a deglutição, que consistia no gotejamento de 4 gotas de azul de metileno no dorso da língua do paciente. A composição química do azul de metileno e do corante alimentício é diferente. Identificaram benefícios no uso do corante de alimentício ao invés de metileno por este ser mais aderente na mucosa traqueal.

3.9. Vários estudos publicados a partir de 2000 alertaram sobre a toxicidade relacionada ao uso do azul de metileno em dieta enteral para avaliação de complicações pulmonares por aspiração de alimentos. É importante ressaltar que o uso do azul de metileno em procedimentos fonoaudiológicos não é recomendado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia devido sua toxicidade e ao risco elevado de provocar choque anafilático em pacientes renais.

3.10. Alguns estudos apontam alterações também no uso do corante azul alimentício para grupos específicos de doentes, porém referem complicações cuja administração do corante excederam 5 a 10ml. A quantidade administrada para uso no BDT é pequena quando comparada a estes valores (1-3ml), porém a ASHA (American Speech language Hearing Association) recomenda que este teste não seja realizado em pacientes com risco de complicações conforme citado nos critérios de exclusão. A ASHA recomenda a discussão com a equipe médica antes de realizar o procedimento e caso optem por realizar, deve ser realizado com máxima condição de higiene e com materiais estéreis para evitar contaminações.

3.11. Ressalta-se que o fonoaudiólogo especialista em disfagia é capaz de identificar, através da avaliação clínica, fatores preditores de disfagia e, em conjunto com a equipe multidisciplinar, identificar episódios de broncoaspiração de saliva e de alimentos sem, necessariamente, realizar o BDT e BDT-M, tornando-o uma ferramenta de auxílio e complemento da avaliação fonoaudiológica, quando necessário.

3.12. Resultados esperados:

3.12.1. *Positivo (+)*: Presença de secreção corada de azul durante aspiração traqueal é indicativo de aspiração de saliva/alimento apresentando risco de broncoaspiração. Paciente diagnosticado com Disfagia Orofaríngea.

3.12.2. *Negativo (-)*: Ausência de secreção corada de azul pela cânula de traqueostomia em nenhuma aspiração ao longo das 48 horas de aplicação do protocolo é sugestivo de deglutição normal de saliva/alimento.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O profissional nesse momento deve estar com os EPIS, touca, máscara (usar o tipo de máscara de acordo com o tipo de precaução estabelecida para o usuário) e óculos de proteção em uso;

4.2. Reunir o material e levar ao quarto e/ou próximo ao paciente;

4.3. Higienizar as mãos conforme as normas de higienização de mãos da SCIRAS;

4.4. Calçar as luvas e vestir capote de procedimento;

4.5. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

4.6. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

4.7. Elevar a cabeceira do leito a 90º;

4.8. Verificar e monitorar os sinais vitais do paciente, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e Saturação de Oxigênio (SpO2);

4.9. Proceder à higiene brônquica por meio da aspiração traqueal caso necessário; caso precise, calças luvas próprias para tal procedimento (luva estéril);

4.10. Corar a cavidade oral do paciente com 4 gotas do corante alimentício azul por meio de seringa ou colher. *Não ministrar o corante direto do vidro para a cavidade oral para não contaminar o vidro todo*;

4.11. Realizar oclusão digital da traqueostomia e solicitar ao paciente deglutir a saliva, observar se há alteração na ausculta cervical e/ou se sua qualidade vocal fica molhada, ou seja, indicativa de estase de saliva ou secreção em laringe e pedir para tossir/limpar/raspar a garganta (Caso o paciente não tolere oclusão digital, somente realizar aspiração após deglutir);

4.12. Realizar nova aspiração traqueal após a deglutição;

4.13. Observar se há presença ou ausência imediata de secreção corada de azul;

4.14. Reaplicar o teste a cada 4 horas por 2 dias (48 horas) consecutivos caso não saia secreção corada de azul imediatamente;

4.15. Caso saia coloração azulada imediatamente, suspender o procedimento. Nesse caso o teste é positivo.

4.16. Retirar EPIS e proceder com o descarte corretamente;

4.17. Higienizar as mãos conforme as normas de higienização de mãos da SCIRAS;

4.18. Para o BDT-M realizar os mesmos procedimentos citados acima, porém ao invés de corar a cavidade oral do paciente, será corado, com corante alimentício azul, o alimento em várias consistências e ofertado para o paciente, após, seguir os mesmos procedimentos realizados no BDT.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Corante alimentício de cor azul;

5.2. Seringa (preferencialmente de 3ml);

5.3. Oxímetro;

5.4. Estetoscópio;

5.5. Luvas estéril;

5.6. Sonda de aspiração traqueal;

5.7. Soro fisiológico;

5.8. Espessante alimentício;

5.9. Água potável;

5.10. Alimentos em consistências variadas conforme indicação fonoaudiológica;

6. EPI

6.1. Touca;

6.2. Luvas;

6.3. Máscara (usar o tipo de máscara de acordo com o tipo de precaução estabelecida para o usuário);

6.4. Capote de procedimento;

6.5. Óculos de proteção;

6.6. Luvas estéril;

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Fonoaudiólogo

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. O procedimento será executado conforme os critérios de inclusão e exclusão.

8.1.1. Critérios de inclusão:

8.1.1.1. Aqueles pacientes avaliados pelo fonoaudiólogo e mesmo assim deixam dúvidas quanto à broncoaspiração na avaliação clínica.

8.1.1.2. Pacientes que fazem uso de traqueostomia;

8.1.1.3. Pacientes com cuff desinsuflado por tempo igual ou maior que 24 horas. Caso seja realizado o BDT no mesmo instante que desinsuflar o cuff, pode ocorrer o chamado "falso positivo", pois devido à ausência de passagem de ar por via aérea superior, há diminuição da sensibilidade da região, ocasionando um resultado "positivo". Após esse tempo com cuff desinsuflado haverá melhora da sensibilidade, ocasionando diminuição ou até ausência da broncoaspiração. Para pacientes que não conseguem permanecer com cuff desinsuflado proceder com desmame de cuff, se mesmo assim não for possível o desmame, deixar cuff semi-desinsuflado por 24h e após esse período, realizar o BDT;

8.1.1.4. Pacientes em Ventilação Mecânica (VM) e sem previsão de retirada a curto prazo, sendo necessário observar protocolo de desmame difícil. Para estes, deixar cuff semi-desinsuflado e o fisioterapeuta irá realizar as modificações necessárias na ventilação.

8.1.1.5. Para o BDT-M estão incluídos aqueles pacientes que realizaram o protocolo de BDT e obteve resultado negativo.

8.1.2. Critérios e exclusão:

8.1.2.1. Estão excluídos do procedimento aqueles pacientes que na avaliação clínica fonoaudiológica já se identificou a broncoaspiração;

8.1.2.2. Pacientes que não fazem uso da traqueostomia;

8.1.2.3. Para o BDT-M estão excluídos aqueles pacientes que passaram pelo BDT e o resultado foi positivo;

8.1.2.4. Estão excluídos desse procedimento aqueles pacientes que se enquadram no grupo de risco para o uso do corante azul conforme a ASHA. São eles:

8.1.2.4.1. Pacientes com aumento da permeabilidade gastrointestinal;

8.1.2.4.2. Pacientes com Sepse ou choque séptico;

8.1.2.4.3. Pacientes com queimaduras;

8.1.2.4.4. Traumatismo;

8.1.2.4.5. Falência renal;

8.1.2.4.6. Intervenções cirúrgicas esofágicas e/ou gastrointestinais;

8.1.2.4.7. Doença celíaca e doença inflamatória intestinal;

8.1.2.4.8. Alergias a corantes.

9. REGISTROS

9.1. Os registros serão realizados a partir do protocolo de avaliação fonoaudiológica, na evolução multiprofissional e ambos devem ser anexados no prontuário do paciente.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Não se aplica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Sugeno LA; Pires E. Uso do Teste do corante azul na avaliação da deglutição. In: Furkim AM, Rodrigues KA, organizadores. Disfagias nas Unidades de Terapia Intensiva. 1ª Ed. São Paulo: Roca; 2014.

12.2. Carvalho NAVP; Vicente LCC; Friche AAL. Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para pacientes traqueostomizados com disfagia orofaríngea. In: Pró-Fono, organizadora. Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs). Vol. 2. Barueri; 2015.

12.3. Padovani AR; Andrade CRF; Limongi SCO. Teste do Corante Azul na avaliação Fonoaudiológica de Indivíduos Traqueostomizados. In: Andrade CRF; Limongi, organizadores. Disfagia: Prática baseada em evidências. São Paulo; 2012.

12.4. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Classificação Brasileira de Procedimentos em Fonoaudiologia. 2010.

12.5. Decannulation: speech therapy and physiotherapy approach. Distúrbios Comun. São Paulo, 28(1): 93-101, março, 2016

12.6. Parecer Sociedade Mineira de Terapia Intensiva. http://blog.somiti.org.br/parecer-blue-dye-test/

12.7. Criteria for clinical speech therapy evaluation of tracheostomized patient in hospital bed and home care. Rev. CEFAC. 2014 Mar-Abr; 16(2):524-535.

12.8. Swigert NB. Blue dye in evaluation of dysphagia: is it safe? The ASHA Leader. March, 2003.

12.9. ASHA Special Interest Division 13, Swallowing Disordes (Dysphagia) Committee on Endoscopic Evaluation of Swallowing Guidelines. Role of the speech-Language Pathologist in the performance and interpretation of endoscopic evaluation of swallowing: Guidelines.

12.10. Resolução CFFa nº 492, de 7 de abril de 2016. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/res-492-2016.pdf.

12.11. Recomendação CFFa nº 17, de 18 de fevereiro de 2016. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_492_16.htm.

13. ANEXO

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.10.1.3 NUTRIÇÃO

PROTOCOLO - MANUAL DO NUTRICIONISTA

PARÂMETROS DIETÉTICOS

História dietética:

Investigar alergias alimentares

Dificuldades de ingestão alimentar (mastigação, deglutição, inapetência, entre outros) utilizando recordatórios ou inquéritos de frequência alimentares

(importante, pois a ingestão alimentar pode estar modificada de acordo com os ciclos de tratamento), isso permite analisar qualitativa e quantitativamente a ingestão alimentar do indivíduo.

O método dietético é usado para:

Avaliar a ingestão alimentar (qualidade e quantidade)

Identificar hábitos alimentares e características da alimentação

Contribuir na elaboração da hipótese diagnóstica do estado nutricional

Auxiliar no planejamento do cuidado nutricional.

Podemos utilizar os seguintes métodos dietéticos:

Recordatórios (podem fornecer dados detalhados e requer somente a memória curta do paciente)

Questionários de frequência alimentar (fornecem análise qualitativa, ou mesmo sem quantitativa, da ingestão alimentar de determinado indivíduo ou grupo)

Diários (durante certo período de tempo, geralmente de 1 a 7 dias, o paciente registra a ingestão alimentar).

Com a triagem nutricional é possível identificar pacientes com possível risco nutricional e desnutrição para uma intervenção nutricional mais efetiva e precoce.

TRIAGEM NUTRICIONAL

Possibilita identificar o risco nutricional dos pacientes adultos internos com exceção de gestantes de risco habitual internadas para parto, e pacientes críticos (unidades semi-intensivas) uma vez que que já estão em risco nutricional.

Realizar triagem em até 72 horas após admissão.

Disponibilizar a triagem no prontuário eletrônico do paciente, possibilitando ações imediatas de intervenção nutricional, contribuindo com a redução da morbimortalidade dos pacientes e reduzindo a média de permanência hospitalar.

NRS – Nutritional Risk Screening 2002

Fase inicial

IMC < 20,5 Kg/m²? ( ) SIM ( )NÃO

Perda de peso nos últimos 3 meses? ( ) SIM ( )NÃO

Redução da ingestão na última semana? ( ) SIM ( )NÃO

Saúde gravemente comprometida? ( ) SIM ( )NÃO

Em caso de uma resposta ( ) Sim a qualquer pergunta da triagem inicial, a triagem final deverá ser utilizada.

Se a resposta for ( ) Não a todas as perguntas da triagem inicial, o paciente deverá ser triado de 7 em 7 dias até a alta hospitalar.

Estado Nutricional	**Pontos**	**Gravidade da doença**	**Pontos**
( ) 50 a 75 % das necessidades energéticas ( ) Perda de peso > 5% em 3 meses.	**1** **Leve**	( )Complicações Agudas de Doenças Crônicas ( ) DPOC ( ) HD (hemodiálise) ( ) Câncer	**1** **Leve**
( ) Perda de peso > 5% em 2 meses. ( ) IMC 18,5 – 20,5 Kg/m² ( ) 25 a 50% das necessidades energéticas	**2** **moderada**	( ) AVC ( ) BCP Severa ( ) Cirurgia no TGI ou abdominais ( ) Infecções Graves	**2** **Moderada**

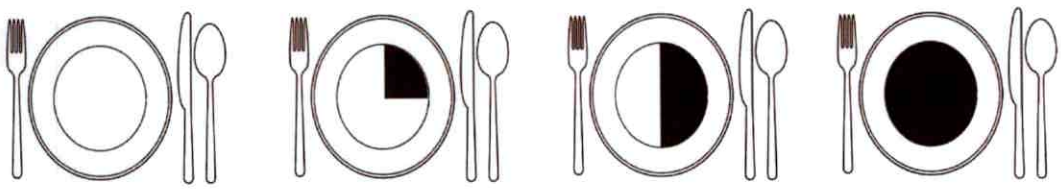
( ) Perda de peso > 5% em 1 mês ( ) perda de peso > 15% em 3 meses ( ) IMC < 18,5 Kg/m² ( ) < 25% das necessidades energéticas	3 Grave	( ) Neurocirurgia ( ) TMO ( ) UTI (Apache >10)	3 Grave

Triagem Final

A quantificação da dieta ingerida é feita em quartis (entre 50%-75%, 25%-50% e 0%-25%).

Classifica-se o estado nutricional e a gravidade da doença de acordo com as pontuações.

QUANTO VOCÊ COMEU?



nada (0%) 1/4 (25%) metade (50%) tudo (100%)

Fase Final:

Alteração do estado Nutricional:

( ) Ausente – 0 ( ) Leve- 1 ( ) Moderada- 2 ( ) Grave -3

Gravidade da doença:

( ) Ausente – 0 ( ) Leve- 1 ( ) Moderada- 2 ( ) Grave -3

Idade superior a 70 anos:

( ) Ausente – 0 ( ) Leve- 1 ( ) Moderada- 2 ( ) Grave -3

Ao final, soma-se os pontos obtidos relacionados ao estado nutricional de e gravidade da doença, aos pacientes acima de 70 anos acrescentar 1 ponto ao total. Após classifica-se o paciente em:

>=3 Com risco nutricional <3 Sem risco nutricional

Os que apresentarem escore que indique risco nutricional deverão ser acompanhados e avaliados diariamente.

Os que não apresentarem risco deverão ser triados novamente após 7 dias.

Indicador: Número absoluto de pacientes internos/número de pacientes triados

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS:

Visam estimar a massa corporal total, a massa magra e a massa gorda (adiposa).

Utiliza-se de: peso, altura, pregas cutâneas e circunferências = o conjunto delas é chamada de MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.

Peso corpóreo

É a somatória de todos os componentes corporais (água, minerais, gordura, músculo, ossos) e reflete o equilíbrio protéico-energético do indivíduo, ou seja, seu estado nutricional.

Segundo os modelos teóricos, pode ser representado em modelos multicompartimentais e bicompartimentais. Nossa matéria irá trabalhar com o modelo **bicompartimental**, que divide o peso total em gorduras totais (tecido adiposo) e massa livre de gordura.

Massa de gordura: todos os lipídeos extraídos do tecido adiposo e outros tecidos do corpo.

Massa livre de gordura: toda a massa corporal subtraída da massa de gordura.

Massa magra: representa toda a massa corporal magra, com acréscimo de pequenas quantidades de gordura (lipídios essenciais).

Peso Atual ou Real

Deve ser obtido em uma balança calibrada de plataforma ou eletrônica, sendo que o indivíduo deverá posicionar-se em pé, no centro da balança, com o peso corporal igualmente distribuído entre os pés, com as roupas leves e preferencialmente sem sapatos.

Peso habitual ou usual

O peso habitual é utilizado como referência na avaliação das mudanças recentes de peso e em casos de impossibilidade de medir o peso atual, sendo auto-referido pelo indivíduo avaliado. (Peso que o paciente refere que costuma ter).

Peso ideal ou desejável

PESO IDEAL, segundo IMC:

É definido em função de alguns parâmetros como idade, biótipo, sexo e altura. Pode ser calculado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) médio proposto pela FAO (1985) utilizando-se a fórmula:

Onde:

$$\mathbf{PI = Altura^2\ (m)\ X\ IMC\ médio}$$

- IMC médio para homens = 22 kg/m^2

- IMC médio para mulheres = 21 kg/m^2

PESO IDEAL, segundo biótipo:

O peso ideal também pode ser calculado considerando-se o sexo, biótipo e altura (cm). Esse valor será expresso em uma faixa numérica.

Para tal, o indivíduo deve ser classificado em:

BREVILÍNEO: indivíduo com tórax largo e membros curtos.

NORMOLÍNEO: indivíduo com harmonia entre o tamanho do tórax e dos membros

LONGILÍNEO: indivíduo com musculatura e tecido subcutâneo escasso sendo, em geral, alto e esguio.

Tabela 1. Tabela para cálculo de peso teórico segundo o Biótipo.

BIÓTIPO	Homens	Mulheres

	Variação	Variação
Brevelíneo	h-100 até (h-100) -5%	(h-100)-5% até (h-100)-10%
Normolíneo	(h-100) -5% até (h-100) -10%	(h-100)-10% até (h-100)-15
Longilíneo	(h-100)-10% até (h-100)-15%	(h-100)-15% até (h-100)-20%

*Onde h é igual a altura do indivíduo em cm.

PESO AJUSTADO, segundo Aspen (1998):

Para cálculo do peso ideal devemos calcular primeiro a % de adequação do peso atual segundo o peso ideal, de acordo com a fórmulas proposta por Blackburn, et al. (1977).

1º passo: Calcular o Percentual do Peso Atual em Relação ao Peso Ideal

$$\% \text{ de peso corporal ideal} = \frac{\text{peso atual}}{\text{peso ideal}} \times 100$$

2º passo: Classificar o resultado encontrado

Tabela 2. Classificação do Estado Nutricional segundo o percentual do peso ideal.

Percentual	Classificação
>120%	Obesidade
111% a 120%	Sobrepeso
90%-110%	**Eutrófico**
80%-89%	Baixo peso grau I
70%-79%	Baixo peso grau II
< 69%	Baixo peso grau III

3º passo: Se os pacientes forem classificados fora da eutrofia, ou seja valores < 90% e > 110%, deve-se calcular o **peso ajustado** já que o peso ajustado é o que melhor se correlaciona com a massa metabolicamente ativa desses indivíduos.

Peso ajustado = (P.A. - P.I.) x 0,25 + P.I.

Onde: P.A. = peso atual

P.I. = peso ideal

PERDA DE PESO GRAVE:

Associada com o aumento da taxa de morbidade e mortalidade dos pacientes.

Percentual de Perda de Peso Recente

Correlação com morbidade e mortalidade inclui o tempo no qual ocorreu a alteração do peso.

Grau de severidade de perda de peso.

% de mudança ponderal recente = **(peso usual - peso atual) x 100**

Peso usual

Tabela 3. Classificação do Estado Nutricional segundo o percentual de mudança de peso.

TEMPO	PERDA DE PESO SIGNIFICATIVA (%)	PERDA DE PESO SEVERA (%)
1 semana	1-2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	7,5	> 7,5
6 meses	10	> 10

ASPEN (1993)

ATENÇÃO:

NA PRESENÇA DE EDEMA E ASCITE

OBESOS COM RÁPIDA PERDA DE PESO

MUDANÇAS NA INGESTÃO DE SÓDIO

CRESCIMENTO TUMORAL MACIÇO

EDEMA X PESO

Tabela 4. Estimativa de Peso Corporal em pacientes com Edema

EDEMA	LOCALIZAÇÃO	EXCESSO DE PESO
HÍDRICO		
+	Tornozelo	1 kg
++	Joelho	3 a 4 kg
+++	Base da coxa	5 a 6kg
++++	Anasarca	10 a 12 kg

GRAU DE ASCITE	PESO ASCÍTICO	EDEMA PERIFÉRICO
Leve	2,2kg	1 kg
Moderada	6,0 kg	5 kg
Grave	14,00 kg	10 kg

Esta tabela citada acima (4) fornece uma estimativa para o peso real de pacientes edemaciados, permitindo o cálculo do peso seco.

Circunferência do Braço (CB)

Para a obtenção dessa medida, o braço deve estar flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90º.

Deve-se identificar e sinalizar o ponto médio entre o acrômio e o olécrano. Depois, pedir que a pessoa fique com o braço estendido ao longo do corpo com a palma da mão voltada para a coxa.

Contornar o braço com uma fita flexível no ponto marcado de forma ajustada evitando compreensão da pele ou folga.

O resultado obtido é comparado aos valores de referência do NHANES I (*National Health Nutrition Examination Survey*) demonstrado no quadro de percentis por Frisancho.

Adequação da CB(%): CB obtida(cm) x100 / CB percentil 50

Classificação da Adequação de CB por percentil

	Desnutrição Grave	Desnutrição Moderada	Desnutrição Leve	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
CB	<70%	70 - 80%	80 - 90%	90 - 110%	110 - 120%	>120%

Percentis de Circunferência de Braço- CB (cm) para mulheres por idade (60ª>80 anos)

IDADE	5	10	25	50	75	90	95
60-64	26,00	28,00	30,00	33,00	35,00	37,00	39,00
65-69	25,00	27,00	28,00	31,00	34,00	36,00	38,45
70-74	24,00	25,00	28,00	31,00	34,00	37,00	40,00
75-79	24,00	26,00	28,00	31,00	33,00	36,00	38,00
>80	22,00	23,00	26,00	29,00	31,00	34,00	35,15

Percentis de Circunferência de Braço- CB (cm) para mulheres por idade (60ª>80 anos)

IDADE	5	10	25	50	75	90	95
60-64	24,90	27,00	29,00	30,00	32,00	35,00	37,00
65-69	24,55	27,00	29,00	30,00	32,00	34,90	36,00
70-74	24,00	26,00	27,00	30,00	32,00	34,00	35,25
75-79	23,00	24,00	26,00	29,00	31,00	33,00	35,00
⩾80	22,00	23,00	25,00	28,00	30,00	32,00	33,00

Fonte: Adaptado de SABE/OPAS, 2002.

Percentil	Classificação
< P5	Desnutrição
P5 – P10	Risco de Desnutrição
P10 – P90	Eutrofia
> P90	Obesidade ou Musculatura Desenvolvida

Fonte: Adaptado de SABE/OPAS, 2002.

ALTURA

É um termo que pode ser utilizado tanto para o comprimento quanto para a altura. Crianças menores de 2 anos: são medidas deitadas, caracterizando-se o comprimento; adultos e aquelas com mais de 2 anos de idade: são medidas em pé, caracterizando o que pode ser definido como altura.

A estatura deve ser medida utilizando-se um estadiômetro ou antropômetro (de haste móvel ou fixa), e um infantômetro (crianças).

Técnicas de aferição de altura:

O paciente deve estar descalço e ter o peso igualmente distribuído entre os pés, os braços estendidos ao longo do corpo e calcanhares juntos, tocando a haste vertical do estadiômetro.

A cabeça fica ereta, com os olhos fixos para frente ou no plano horizontal.

Pacientes acamados, idosos ou deficientes físicos: a altura pode ser estimada por meio da altura do joelho, extensão dos braços e altura recumbente.

Estimativa de altura, por meio da altura do joelho:

É feita com o paciente em posição supina, formando um ângulo de 90º com o joelho (ESQUERDO) e tornozelo.

A régua deve ser posicionada no nível da base do calcanhar e a sua outra extremidade deve estar localizada na cabeça da fíbula.

É necessário a idade em anos, o sexo e a altura do joelho em centímetros, para se utilizar as equações de Chumlea:

Homens = 64,19 – (0,04 x idade) + (2,02 x altura do joelho em cm).

Mulheres = 84,88 – (0,24 x idade) + (1,83 x altura do joelho em cm).

Estimativa de altura, por meio da extensão dos braços:

Os braços devem ficar estendidos formando um ângulo de 90º com o corpo.

Mede-se a distância entre os dedos médios das mãos utilizando-se uma fita métrica flexível.

A medida obtida corresponde à estimativa de estatura do indivíduo.

Estimativa de altura, por meio da estatura recumbente:

O paciente deve estar em posição supina com linha de visão para o teto, no plano horizontal.

No lençol são marcados os pontos referentes ao topo da cabeça e base do pé, e depois medida a distância entre esses pontos com auxílio de fita graduada.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

O Índice de Massa Corporal (IMC), ou índice de Quetelet, é um índice simples de peso/estatura utilizado para classificação do estado nutricional.

TÉCNICAS:

É necessário dividir o peso, em quilogramas (kg), pela estatura, em metros (m), elevada ao quadrado, resultando em um valor expresso em kg/ m^2.

IMC = Peso (kg) = _____ kg/m^2

Estatura (m^2)

TABELA 5. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS SEGUNDO O IMC (OMS, 1995 e 1997)

IMC (kg/ m^2)	CLASSIFICAÇÃO

< 16	Magreza grau III
16 a 16,9	Magreza grau II
17 a 18,4	Magreza grau I
18,5 a 24,9	Eutrofia
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidade grau I
35 a 39,9	Obesidade grau II
> 40	Obesidade grau III

Avaliação antropométrica no idoso (a partir de 60 anos).

Por ser um grupo que apresenta as necessidades metabólicas aumentadas e a depleção de massa magra acentuada, os parâmetros de corte do IMC são diferentes dos utilizados para a população adulta.

Classificação do IMC Pacientes hospitalizados

IMC (kg/ m^2)	CLASSIFICAÇÃO
< 22	Desnutrição
22 a 27	Eutrofia
>27	Obesidade

Deve-se calcular o Peso Ajustável para Idosos com IMC superior a 27 kg/m^2.

Pideal = E^2 x 27 se Idade ≥ 60 anos

Investigação bioquímica

Local	Sinais associados à desnutrição	Possível deficiência ou doença
Cabelo	Perda do brilho natural, seco; fino e esparso; sinal de bandeira; despigmentado; fácil de arrancar sem dor.	Kwashiorkor e, menos comum, marasmo
Olhos	Cegueira noturna Manchas de Bitot, xerose conjuntival e córnea Ceratomalácia Inflamação conjuntival Vermelhidão e fissuras nos epicantos Defeito no campo da retina.	Vitamina A, zinco Vitamina A Riboflavina, vitamina A Riboflavina, vitamina A Riboflavina, piridoxinaVitamina E
Boca	Estomatite angular, queilose Língua inflamada Língua magenta (púrpura) Fissura na língua	Riboflavina, piridoxina, niacina Ácido nicotínico, ácido fólico, riboflavina, vitamina B12, piridoxina e ferro

	Atrofia das papilas Redução da sensibilidade ao sabor Hemorragia gengival Perda do esmalte do dente	Riboflavina Niacina Riboflavina, niacina, ferro Zinco Vitamina C, riboflavina Flúor, zinco
Glândulas	Aumento da tireóide Aumento da paratireoide.	Iodo Inanição.
Pele	Xerose, hiperqueratose folicular Petéquias Hiperpigmentação Palidez Seborreia nasolabial Dermatose vulvar e escrotal Dermatose descamativa Pelagra Machuca facilmente	Vitamina A Vitamina C Niacina Ferro, vitamina B12, folato Riboflavina, Ac. graxos essenciais Riboflavina Kwashiorkor Ácido nicotínico Vitamina K ou vitamina C
Unhas	Quebradiças, rugosas, coiloníquas	Ferro
Tecido subcutâneo	Edema	Gordura abaixo do normal Kwashiorkor

		Inanição, marasmo
Tórax	Fraqueza do músculo respiratório	Proteína, fósforo
Sistema gastrointestinal	Hepatoesplenomegalia.	Kwashiorkor.
Sistema Músculo-esquelético	Desgaste muscular Ossos do crânio frágeis, fossa frontoparietal Alargamento epifisário, persistência da abertura da fontanela anterior e perna em X Rosário raquítico Frouxidão das panturrilhas	Inanição Kwashiorkor Vitamina D Vitamina D ou vitamina C Tiamina
Sistema nervoso	Alteração psicomotora Perda do senso vibratório, do senso de posição e da capacidade de contração do punho; fraqueza motora; parestesia Demência Neuropatia periférica Tetania Desorientação aguda	Kwashiorkor Tiamina, vitamina B12 Niacina, vitamina B12, tiamina tiamina, piridoxina, vitamina E Cálcio, magnésio Fósforo, niacina
Sistema cardiovascular	Aumento do coração, taquicardia	Tiamina

Necessidades calóricas

Cálculo do gasto energético total (GET)

O cálculo do GET é feito de forma indireta e individualizada mediante a equação de HARRIS & BENEDICT, ajustada, de acordo com a patologia, pelos fatores de atividade e lesão adaptados de LONG et al.

Gasto energético basal (Equação de Harris & Benedict)

Homem: 66,47 + (13,75 x peso) + (5,00 x altura) – (6,75 x idade)

Mulher: 655,09 + (9,56 x peso) + (1,84 x altura) – (4,67 x idade)

Peso = kg / altura = cm / idade = anos

Fator atividade

Acamado = 1,2 Acamado + móvel = 1,25 Deambulando = 1,3

Fator térmico
38ºC 1,1
40ºC 1,3
41ºC 1,4

Paciente não complicado	1,00	Infecção grave	1,3
P.O Pequeno	1,02	Pancreatite	1,3-1,8
P.O. Médio	1,0	Insuficiência Renal aguda	1,3

P.O. Grande	1,10-1,25	Insuficiência cardíaca	1,3-1,5
Fratura	1,1	Insuficiência hepática	1,1,55
Sepse	1,2-1,8	Desnutrição grave	1,5
Peritonite	1,2-1,5	Doença cardiopulmonar	0,8-1,0
Multitrauma(reabilitação)	1,5	Doença cardiopulmonar c/ cirurgia	1,3- 1,55
Multitrauma + Sepse	1,6	Transplante de fígado	1,2- 1,5
Queimadura	30-50% 1,7	DM	1,1
Queimadura	50-70% 1,8	DPOC	1,2
Queimadura	70-90% 20,	SIDA	1,45
Câncer	1,1-1,45	Hepatopatias	1,2
Jejum ou inanição	1,2- 1,3	Renais em hemodiálise	1,2
Pequeno trauma de tecido	1,14-1,37	Neurológicos e coma	1,15- 1,20
Fraturas múltiplas	1,2-1,35	TCE	1,40
Cirurgia cardíaca	1,2	Crhon em atividade	3,0
SIC	1,45	Retocolite	1,3- 1,6

SCQ = superfície corporal queimada

DM = diabetes mellitus

DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica

SIDA = síndrome da imunodeficiência adquirida

TCE = trauma cranioencefálico

SIC = síndrome do intestino curto / P.O. = pós-operatório.

Necessidades calóricas

KCAL POR KG DE PESO

X = kcal x Peso

X = kcal ÷ Peso

Recomendações kcal/kg peso kcal
Hipocalórica 20 – 25
Normocalórica 25 – 35
Hipercalórica 35 – 45
Hipercalórica 35 – 45

Fonte: Lílian Cuppari, 2005

AMPUTADOS

Cálculo de Peso Anterior à Amputação

Peso anterior à amputação = **Peso atual x 100**

100 - Porcentagem de amputação

Porcentagem do Peso Corporal contribuído por partes específicas do corpo	
Parte Corpora	Porcentagem da amputação

Tronco s/membros	50,0
Mão	0,7
Antebraço com mão	2,3
Antebraço sem mão	1,6
Parte superior do braço	2,7
Braço inteiro	5,0
Pé	1,5
Parte inferior da perna com pé	5,9
Parte inferior da perna sem pé	4,4
Coxa	10,1
Perna inteira	16,0

Fonte: Osterkamp, 1995

Cálculo para Peso corrigido

Peso corrigido = **Peso antes da amputação (100 - % de amputação)**

100

Cálculo do IMC Real, segundo fórmula de Tzamaloukas e cols. (1994).

IMC = Peso Corrigido = **Altura (1- peso sem amputação – peso corrigido)**

Peso antes da amputação

NECESSIDADES PROTEICAS

Um aporte proteico adequado é necessário para a síntese de proteínas para defesa e recuperação celular, poupar massa corporal magra e redução do nível de catabolismo da proteína endógena para neoglicogênese.

Pacientes sem estresse metabólico 0,8 – 1,0 g/kg/dia.

Pacientes com estresse metabólico 1,5 – 2,0 g/kg/dia.

Pacientes com estresse metabólico em sepse 1,7 – 2,0 g/kg/dia.

Insuficiência renal aguda ou crônica em diálise 1,0 – 1,2 g/kg/dia.

Insuficiência renal aguda ou crônica sem diálise 0,6 – 1,0 g/kg/dia.

Insuficiência hepática com encefalopatia hepática grau III e IV 0,8 – 1,0 g/kg/dia.

GESTANTES

A Partir da identificação do peso e da altura pré-gestacionais, pode-se calcular o índice de massa corpórea e estabelecer a previsão de ganho de peso total para a gestação, de acordo com a "National Academy of Sciences".

Tabela

Ganho de peso total esperado para a gestação de acordo com o IMC.

IMC (Peso Pré-gestacional)	Classificação	Ganho de Peso Total Esperado
19,8-26kg /m²gestação	Peso normal	15 a 16 kg até o final da gestação
26-29 kg/m²	Sobrepeso	7 a 15,5 kg até o final da gestação
Acima de 29 kg/m²	Obesidade	Menos de 6 kg

Fonte: Kravosec (1991).

Nota- Quando a idade gestacional é desconhecida, recomenda-se que a mãe adquira um mínimo de 1 kg mensal durante o segundo e o terceiro trimestres (Kravosec (1991).

Triagem Nutricional para Crianças

Para realizar a triagem Nutricional utiliza-se a ferramenta STRONGkids (HUSENTRYT ET AL.,2013) pois possibilita triar os pacientes pediátricos identificando os de risco nutricional com facilidade.

A triagem será realizada em até 48h após a internação e alcançará a faixa etária entre 1 mês e 18 anos de idade

Questionário para triagem

Existe alguma doença com risco de desnutrição ou previsão de cirurgia de grande porte?

( ) Sim = 02 pontos ( ) Não = 00 pontos

O paciente apresenta algum sinal que sugere estado nutricional precário quando avaliado de forma subjetiva?

( ) Sim = 01 ponto ( ) Não = 00 pontos

Alguma desta situação está presente?

( ) Diarreia excessiva (> 5 episódios/dia) e ou vômitos (> 3 episódios/dia)

( ) Redução da ingestão oral nos últimos 5 dias

( ) Intervenção nutricional prévia

( ) Ingestão oral insuficiente por motivo de dor

( ) Sim = 1 ponto

( ) Não = 00 pontos

Ocorreu perda ou ganho de peso insuficiente (em crianças menores de 1 ano) durante a última semana ou mês?

( ) Sim = 1 ponto

( ) Não = 00 pontos

Classificação:

( ) Alto risco: 4-5 pontos

( ) Médio risco: 1-3 pontos

( ) Baixo risco: 0 ponto

Escore	Risco	Conduta
4-5 pontos.	Alto risco	Consultar especialista para diagnóstico nutricional completo, intervenção nutricional e acompanhamento. Avaliar a adequação da dietoterapia.
1-3 pontos.	Médio Risco	Considerar intervenção nutricional. Realizar pesagem duas vezes por semana e reavaliar risco nutricional uma vez por semana. Se julgar necessário consultar um especialista para diagnóstico completo.
0 pontos.	Baixo Risco	Não há necessidade de intervenção nutricional para checar peso e avaliar risco semanalmente.

SITUAÇÕES DE RISCO NUTRICIONAL

Anorexia nervosa

Queimados

Pneumopatias (bronquiolite, pneumonia, displasia broncopulmonar)

Doença celíaca

Fibrose cística

Doença cardíaca crônica Doença infecciosa (AIDS, leishmaniose, varicela, síndrome pertussis, meningite, tuberculose);

Prematuridade/imaturidade (corrigir idade para 6 meses)

Câncer Doença hepática crônica

Doença renal crônica

Pancreatite

Síndrome de má absorção intestinal

Doença muscular

Doença metabólica

Trauma

Doença neurológica (paralisia cerebral, epilepsia);

Previsão de cirurgia de grande porte;

Farmacodermia não especificado (classificado pelo médico);

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL PARA CRIANÇAS

a. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS:

Os índices antropométricos mais amplamente usados, recomendados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde para a avaliação do estado nutricional de crianças, são:

Peso-para-idade (P/I): Expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança.

É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, contemplado na Caderneta de Saúde da Criança, principalmente para avaliação do baixo peso.

Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança; porém, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos pregressos crônicos.

Por isso, é importante complementar a avaliação com outro índice antropométrico.

Peso-para-estatura (P/E): Este índice dispensa a informação da idade; expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e estatura.

É utilizado tanto para identificar o emagrecimento da criança, como para o excesso de peso.

Estatura-para-idade (E/I): Expressa o crescimento linear da criança.

É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança.

É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população.

Terapia Nutricional Enteral

A nutrição enteral será via de escolha quando:

Não é possível se alimentar por via oral.

A ingestão alimentar via oral foi insuficiente, menor que 60%.

Paciente desnutrido e em situação de alto catabolismo.

b. INDICAÇÕES

TGI íntegro e funcionante

Lesões de SNC com a deglutição comprometida

Pacientes desnutridos ou em risco nutricional

Caquexia cardíaca, câncer

Ingestão via oral inadequada (anorexia, depressão)

Anormalidades funcionais do intestino

Estados hipercatabólicos (queimados e infecção grave)

Pré e pós-operatório que houver necessidade

Obstrução esofágica, disfagia avançada

c. CONTRAINDICAÇÕES

Obstrução intestinal mecânica

Pancreatite aguda grave

Íleo paralítico grave com distensão intestinal

Fístulas intestinais de alto débito (> 500 mL/dia)

Síndrome do Intestino Curto

Refluxo gastroesofágico intenso

Isquemia gastrointestinal

Doença terminal

Hemorragia gastrointestinal severa

Instabilidade hemodinâmica

d. VIAS DE ESCOLHA:

Tubo introduzido pelo nariz ou boca (<4-6 semanas)

Nasogástrica/Orogástrica

Características:

Mais fisiológica (manutenção das funções gástricas)

Permite maiores volumes de dieta

Permite rápida progressão da dieta

Fácil posicionamento da sonda (confirmação RX)

Boa aceitação de fórmulas hiperosmolares

Maior risco de saída acidental (tosse, vômito)

Nasoentérica/Oroentérica,nasoduodenal/oroduodenal, nasojejunal/orojejunal

Características:

Indicada para pacientes com distúrbios gástricos, refluxo e vômitos

Persistentes.

Introduzidas com auxílio de endoscopia

Menor risco de aspiração e saída acidental da sonda

Requer dietas normo ou hipoosmolares

Ostomias: tubo introduzido cirurgicamente ou via endoscópica pela parede intestinal (>6 semanas) - Gastrostomia – Jejunostomia

Características:

Permite sondas com calibres maiores

Menor risco de aspiração

Aspecto social

Baixo índice de complicações (deslocamento, obstrução, ulceração)

Métodos de administração

Bolus

Administração da dieta com auxílio de seringa

Método deve ser utilizado com muito rigor para evitar transtornos digestivos devido a uma administração rápida demais

Infusão de 100-350 ml de dieta

Infusão a cada 2 a 6 horas.

Intermitente

Administração da dieta pela força da gravidade

Volume de 50 a 500ml de dieta administrada por gotejamento a cada 3 a 6 horas.

Cálculo de gotejamento:

(Gotas/minuto): Gotejamento = $volume\ de\ dieta$ / 3 x $número\ de\ horas$

1ml=20

Gotas

Início da terapia nutricional= 50 - 60 gotas/minuto

Paciente adaptado= até 120 gotas/minuto

Exame:

Antes de iniciar a dieta o posicionamento da sonda deve ser confirmado pelo médico por meio de exame de RAIO X, e /ou aspiração do conteúdo gástrico.

Gotejamento:

O gotejamento da dieta enteral sempre deverá ser iniciado por 20 ml h, para prevenir a incidência de síndrome da realimentação como:

Náuseas, distensão abdominal, diarreias entre outros com ressalva dos pacientes que já chegarem na unidade e uso de dieta enteral e com gotejamento já atingido superior a 20 ml a cada 22 h livre dos sintomas acima descritos.

Progressão da dieta enteral em BIC

1º dia 20 ml/h: xxx ml a cada 22 h

2º dia 30 ml/h: xxx ml a cada 22 h

3º dia 40 ml/h: xxx ml a cada 22 h

4º dia 50 ml/h: xxxx ml a cada 22 h

Validade da dieta enteral

Trocar a dieta enteral a cada 24h, ou em caso de apresentar irregularidades na consistência ou embalagem.

Controle de qualidade

Antes da administração, a fórmula enteral deve ser submetida a controles físicos: inspeção visual (precipitados, separação de fases, alteração da cor)

Verificar a precisão das informações constantes no rótulo

Rotulagem

No rótulo, devem constar as seguintes informações:

Nome do paciente, número do leito, número do prontuário, volume total, velocidade de administração, via de acesso, data e hora do início da infusão, prazo de validade, nome de responsável.

Uso de antibiótico

Verificar com o farmacêutico se há possibilidade de a diarreia ter origem pelo fármaco ou por interação droga x nutriente, e relatar em prontuário.

Colonização por bactérias enteropatogênicas

Manter gotejamento trófico

Alteração na flora colônica

Manter gotejamento trófico

Hiperosmolalidade

Verificar a possibilidade de escolha de uma nova fórmula

Velocidade de infusão da dieta

Reduzir o gotejamento em casos que não apresentem boa aceitação.

Medicamentos hiperosmolares

Solicitar avaliação do farmacêutico junto com o médico responsável.

Na ausência de calorimetria indireta, sugere-se que uma equação preditiva baseada no peso (25-30 kcal/kg/d) deve ser aplicada rotineiramente para determinar os requisitos de energia.

Sugere-se uma avaliação frequente da adequação da oferta de proteína. As necessidades de proteínas sugeridas são de 1,2-2,0 g/kg de peso corporal atual por dia e, provavelmente, pode ser ainda mais elevada em pacientes grandes queimados e politraumatizados.

Recomenda-se que a terapia de suporte nutricional enteral deve ser iniciada dentro de 24 - 48 horas no paciente crítico que é incapaz de manter a ingestão voluntária.

e. ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

Em caso de Anorexia:

Fracionar as refeições de 3 em 3 h ou de 2 em 2 h e oferece-las em pequenas porções

Fazer de 4 a 6 refeições por dia

Utilizar as preparações de formas variadas e coloridas a fim de estimular o paladar

Utilizar ervas e especiarias para estimular o paladar através das características sensoriais

Fazer pequenas caminhadas para estimular o apetite

Propiciar um ambiente agradável para realização das refeições, livre de ruídos, mesa bem-posta, música calma

Aumentar o consumo de alimentos ricos em proteínas; carnes, leites e derivados, ovos e boas fontes calóricas como: pães e massas integrais e óleos vegetais.

Em caso de náuseas e vômitos:

Manter a cabeceira elevada ao fazer as refeições e 30 min após

Mastigar bem devagar

Evitar o consumo de alimentos gordurosos

Evitar alimentos que lhe causem algum desconforto

Evitar ingerir líquidos durante as refeições

Não presenciar a preparação dos alimentos

Dar preferência às preparações frias ou geladas como sucos, picolés, sorvetes, frapês

Fracionar a ingestão de líquidos, várias vezes ao dia e em pequenas quantidades

Consumir alimentos de rápida digestão como: torradas, bolachas de água e sal, biscoitos de polvilho, chás, caldos e sopas, purês entre outros.

Em caso de neutropenia:

Evitar o consumo de alimentos crus como

Frutas e verduras crus

Carnes cruas e/ou mal passadas, peixes crus e/ou malpassados, frutos do mar

Ovos crus ou com gema mole

Preferir alimentos cozidos ou industrializados

Se utilizar alimentos crus, deixar em imersão de hipoclorito por 15 a 20 minutos e lava-las em água corrente

Quando houver liberação de frutas cruas consumir preferencialmente as de casca grossa como melancia, abacate, laranja, melão e manga.

Em casos de anemia:

Dar preferência a proteína de origem animal como; Fígado e carnes

Vegetais verde escuros, como couve, brócolis

Conciliar a ingestão de fontes vegetais com a ingestão de alimentos ricos em vitamina C como as frutas cítricas, laranja, abacaxi, limão

Evitar ingerir na mesma refeição alimentos que diminuam a absorção do ferro: leite e derivados, chá preto, café, farelo de trigo, chocolate e alimentos.

Obstipação:

Manter a hidratação

Consumir alimentos com propriedades laxativas como preparações com farinhas integrais, farelos e grão integrais

Frutas laxativas como laranja, ameixa, figo, mexerica, manga, kiwi, uva e mamão

Frutas secas como: ameixa, uva-passa e damasco

Consumir diariamente leguminosas como feijão grão de bico, ervilha e lentilha

Dar preferência às verduras cruas como folhosos crus

Evitar o consumo de doces e bebidas açucaradas.

Em caso de mucosite ou estomatite:

Evitar o consumo alimentos ácidos, picantes, crocantes, duros, cortantes ou que possam machucar a mucosa

Evitar o consumo de alimentos com altas temperaturas extremas (muito quente ou muito fria)

Evitar o consumo de bebidas gaseificadas como refrigerantes e águas com gás e restringir o consumo de bebidas alcoólicas

Evitar o consumo de alimentos ácidas como: Pimentas, condimentos, frutas cítricas (limão, abacaxi, maracujá, kiwi, morango e tangerina)

Preferir alimentos de consistência macia, pastosa ou líquida, como sucos, cremes, mingaus, purês e frapês

Fracionar as refeições de 2 em 2 h

Se necessário, incluir complemento nutricional hipercalórico e hiperprotéico.

Orientações para gastrite:

Alimentos com alto teor de gordura

Frutas cítricas (laranja, abacaxi, limão, morango, tangerina, uva, damasco, pêssego, cereja e kiwi)

Temperos: Vinagre, pimenta, molho inglês, massa de tomate, molhos industrializados, ketchup, mostarda, caldos concentrados, molho tártaro

Condimentos: pimenta do reino, pimenta malagueta e cravo da índia

Ingerir líquidos durante as refeições

Embutidos: Linguiça, salsicha, mortadela, presunto, bacon

Enlatados e em conservas

Carnes gordas

Feijão e outras leguminosas

Fruas oleaginosas: nozes, avelã, amêndoas, castanha do caju e do Pará

Café, chá preto, mate e chocolate

Bebidas alcoólicas e refrigerantes

Doces concentrados

Goma de mascar.

Suplementos Artesanais

Durante o tratamento oncológico alguns pacientes podem perder peso e apresentar mais dificuldade para recuperá-lo devido à inapetência, alguns desconfortos gastrointestinais pertinentes ao tratamento.

Dessa forma, uma estratégia para ganhar ou manter seu peso é consumir alimentos e preparações hipercalóricas e hiperprotéicas, nutricionalmente completas e saborosas.

Aliado a estratégias de suplementação, também é muito importante fracionar sua alimentação em cinco a seis refeições ao dia (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia), o que leva à melhora do estado nutricional, manutenção ou recuperação do peso, diminuição de complicações relacionadas aos efeitos adversos dos tratamentos com consequente melhoria do desempenho e de sua tolerância.

Com esse intuito, foram elaboradas receitas nutritivas para incrementar o seu lanche.

f. RECEITAS

- VITAMINA DE FRUTAS VERMELHAS

Ingredientes:

Leite de cereais – 1 xícara

Morangos – 10 unidades

Azeite de nozes – 1 colher de sobremesa

Flocos de quinoa – 2 colheres de sopa

Ameixa – 1 unidade

9.9.1.2. Substituição: Leite de vaca – 1 xícara

Morangos – 10 unidades

Manteiga – 1 colher de sobremesa

Farinha de Aveia – 2 colheres de sopa (cozinhar a farinha de aveia no leite) Goiaba vermelha – 1 unidade

Modo de preparo: Cozinhe a quinoa/ farinha de aveia no leite.

Misture todos os ingredientes no liquidificador. Bater.

- *MILK-SHAKE* DE CHOCOLATE

9.9.2.1. Ingredientes:

Clara cozida – 1 unidade

Mingau de leite de soja – 1 xícara

Chocolate em pó – 3 colheres de sopa

Leite de soja – 1 xícara

Azeite de macadâmia – 1 colher de sobremesa

Substituição:

Sorvete de creme – 1 bola

Chocolate em pó – 3 colheres de sopa

Azeite de macadâmia – 1 colher de sobremesa

Modo de preparo: Bata todos os ingredientes no liquidificador, menos o azeite de macadâmia. Decore com o azeite.

- CREME DE PAPAIA

9.9.3.1. Ingredientes:

Mamão papaia – ½ unidade

Sorvete de creme – 1 bola

Granola – 1 colher de sopa

Substituição:

Mamão papaya – ½ unidade

Mingau de quinoa – 3 colheres de sopa

Manteiga amolecida – 1 colher de sobremesa.

Modo de preparo: Bata todos os ingredientes no liquidificador e sirva

Curau de leite de coco

Ingredientes:

Milho verde – 1 lata sem soro

Água – 1 xícara

Leite condensado – ½ lata

Mucilon de milho – 1 colher de sopa

Leite de coco – 1 xícara

Manteiga – 1 colher de sobremesa

Azeite de macadâmia – 1 colher de sobremesa

Modo de preparo: Bata no liquidificador o milho e a água e coe. Em uma panela coloque todos os ingredientes, menos o leite condensado. Quando a preparação estiver cremosa, acrescente o leite condensado e o azeite de macadâmia.

REFERENCIAS

ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 2002; 26 (1 Suppl): 1SA- 138SA.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n° 63 de Julho de 2000. Regulamento Técnico para a Terapia Nutricional.

CHUMLEA, C. Growth and development. In: QUEEN,P. M.; LANG,C.E. Handbook of Peiatric Nutrition. Maryland: Aspen, 1993. Cap. 1, p. 3-25.

CUPPARI L. Nutrição clínica no adulto – Guia de medicina ambulatorial e hospitalar (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). 1 ed. São Paulo: Manole, 2005.

First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I) http://www.cdc.gov/nchs/products/catalogs/subject/nhanes1.htm.

Hulst JM et al. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clin Nutr 2009;29(1):106-11.

K. Barendregt, P. B., Soeters S. P., Kondrup A. J., Sobota, L. Bases da Nutrição Clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008.

Kravosec, K, 1991. The implications of the poor maternal nutricional status during pegnancy and future lactational performance. J. Trop. Paediatr. (Breastfeeding suppl.), pp. 3-5.

National Advisory Group on Standards and Practice Guidelines for Parenteral Nutrition. Safe practices for parenteral nutrition formulations. JPEN 1998; 22: 49-66.

OPAS. Organização Pan-Americana .XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Ivestigaciones en Salud – Encuestra Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar. Disponível em: (mar. 2002).

Organização Mundial de Saúde – OMS. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup pl_2_final.pdf

Organização Mundial de Saúde - OMS. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, Geneva, 3-5 Jun 1997. Geneva: World Health Organization, 1998. (WHO/NUT/98.1.)

Organização Mundial de Saúde – OMS. Growth reference data for 5-19 years. 2007. Disponível em: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_ag e/en/index.html.

McClave SA et al JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2016 Feb;40(2):159-211.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO

Nome Emissor:	**Nome Aprovador:**
Ass. Emissor	**Ass. Aprovador**

Protocolo - POP.010 NUTRIÇÃO - MAPA NUTRICIONAL

1. OBJETIVO

1.1. Identificar as prescrições dietéticas dos pacientes, possibilitar a mensuração quantitativa das preparações diárias a serem distribuídas, assegurar a diferenciação entre os tipos de dietoterapia e seus respectivos usuários.

2. APLICAÇÃO

2.1. Setor de Nutrição e beira leito em todos os setores de internação.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Dietoterapia: Tratamento por meio de dieta.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES, é preenchido por meio de consulta via prontuário físico e eletrônico, onde são coletadas as seguintes informações: nome completo, data de nascimento, prescrição dietética, número do leito e enfermaria onde se encontra o paciente.

4.2. Após a confecção do mapa o responsável irá durante visita nos leitos confirmar as informações anteriormente adquiridas, verificar se há alguma alteração ou fator que influencie na aceitação da dieta como: preferências regionais ou culturais, uso de aparelhos ortodônticos ou próteses, ausências de próteses entre outros. Se forem identificados fatores que diminuam a aceitação da dieta, cabe a nutricionista e equipe de nutrição acrescentar as informações ao mapa.

4.3. Quando forem identificados fatores que diminuam a aceitação da dieta, cabe ao nutricionista e equipe de nutrição acrescentar as informações necessárias ao FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES, após preenchimento, é encaminhado à área de produção antecedente a cada refeição, para que sejam confeccionadas as dietas assim como descritas, levando em consideração a prescrição dietética, idade e as individualidades de cada usuário identificado durante visita em leito.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Mapa

5.2. Prancheta

5.3. Caneta

6. EPI

6.1. Máscara, que varia de acordo com as precauções de cada enfermaria.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Equipe de nutrição da unidade: na descrição detalhada das atividades.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Diariamente anteriormente as refeições.

9. REGISTRO

9.1. FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Caso não haja como imprimir o FOR.180.CNT MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES.

10.1.1. Ação: O mapa nutricional deve ser preenchido manualmente com as principais informações; nome completo, data de nascimento e dieta prescrita.

10.2 NC: Em caso de homônimos

10.2.1 Ação: Acrescentar o nome completo da mãe.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A confecção do mapa nutricional possibilita assegurar a distribuição correta da dietoterapia prescrita para cada usuário, assim como quantificar o número de refeições a serem confeccionadas e distribuídas.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Não se aplica.

13. ANEXO

13.1. Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass.emissor	Ass. aprovador

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL

PROTOCOLO - DI.005.DT REGIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL.

g. OBJETIVO

A Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) tem por objetivo atuar na execução, inspeção e avaliação permanente em todas as etapas de boas práticas que devem ser observadas para a aplicação da Terapia Nutricional Enteral, nos distúrbios nutricionais (agudos e crônicos) associados à maior morbimortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações.

i. AÇÃO DA COMISSÃO

Resultará em indicadores para avaliar e gerenciar quanto à qualidade da terapia nutricional.

1. **INTEGRANTES**

1.1. A definição da composição dos grupos é:

1.1.1. 01 Representante da Nutrição;

1.1.2. 01 Representante da Farmácia;

1.1.3. 01 Representante Médico;

1.1.4. 01 Representante da Enfermagem;

1.1.5. 01 Representante do Serviço Social.

1.2. Destes integrantes será nomeado um Coordenador da comissão, que de acordo com a RDC 63 de 6 de julho de 2000, deverá ser médico e atuar em TN (terapia nutricional).

Os membros desta comissão poderão ser substituídos a qualquer tempo, mediante justificativa escrita. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

2. **NOMEAÇÃO/ PERÍODO DE GESTÃO**

A Comissão será nomeada pelo Diretor Técnico Médico em ata de nomeação e o período de gestão desta será de 2 anos.

3. **COMPETÊNCIA**

3.1. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;

3.2. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados ao serviço da EMTN.

3.3. Atender as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;

3.4. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de estudos dirigidos, devidamente registrados;

3.5. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;

3.6. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

4. DESCRIÇÃO DA AÇÃO

A Comissão se reunirá mensalmente de acordo com cronograma anual ou de acordo com a necessidade da equipe e/ou demanda do hospital.

5. PERIODICIDADE DAS REUNIÕES

5.1. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros.

5.2. Em casos de excepcionalidade as reuniões poderão ser convocadas em caráter extraordinário por meio da solicitação ou por pedido de qualquer membro da comissão.

5.3. As reuniões serão realizadas com a presença da metade mais um dos membros da EMTN.

5.4. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

6. ATRIBUIÇÕES

6.1. São atribuições do farmacêutico

6.1.1. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente;

6.1.2. Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas ou operacionais, não forem de responsabilidade do nutricionista;

6.1.3. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutrientes e nutrientes-nutrientes, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;

6.1.4. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores;

6.2. São atribuições do enfermeiro

6.2.1. Orientar o usuário, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN;

6.2.2. Preparar o usuário, o material e o local para o acesso enteral; quando houver;

6.2.3. Prescrever os cuidados de enfermagem na TN, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;

6.2.4. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica; assegurar a manutenção da via de administração; receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração; proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração;

6.2.5. Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE da RDC/Anvisa n.º 63 de 6/7/2000 as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição;

6.2.6. Assegurar a infusão do volume prescrito da NE, através do controle rigoroso do gotejamento, de preferência com o uso de bomba de infusão;

6.2.7. Detectar, registrar e comunicar à EMTN e/ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;

6.2.8. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto aos sinais vitais, tolerância do volume proposto, diarreia e outros que se fizerem necessários;

6.2.9. Garantir a troca da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos;

6.2.10. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;

6.2.11. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionados à TN, visando à segurança do paciente;

6.2.12. Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN;

6.2.13. Assegurar que qualquer outra droga e/ou nutrientes prescritos sejam administrados no mesmo envase da NE, conforme procedimentos pré-estabelecidos;

6.2.14. Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

6.2.15. Fazer balanço hídrico do paciente em TN diariamente e informar a EMTN;

6.3. São atribuições do nutricionista

6.3.1. Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

6.3.2. Elaborar a prescrição dietética com bases nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;

6.3.3. Acompanhar a evolução nutricional do usuário em terapia de NE, independente do dispositivo de infusão, até a alta nutricional estabelecida pela EMTN;

6.3.4. Adequar a prescrição em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentada pelo usuário;

6.3.5. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do usuário;

6.3.6. Orientar o usuário, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar;

6.3.7. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.

6.4. São atribuições do médico

6.4.1. Indicar e prescrever a TN;

6.4.2. Estabelecer a via de acesso da NE;

6.4.3. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a NE e estabelecer a melhor via;

6.4.4. Orientar os pacientes e familiares ou o responsável legal quanto aos riscos e benefícios dos procedimentos de cateterização venosa e/ou entérica;

6.4.5. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento; garantir o registro da evolução e dos procedimentos médicos.

6.5. São atribuições do Assistente Social

6.5.1. Encaminhar providências, e prestar orientação social ao usuário/grupo familiar ou responsável.

6.5.2. Orientar usuário/ familiares e responsável em relação aos recursos disponíveis para requerimento da dieta nutricional estabelecida pela EMTN.

6.5.3. Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços junto a órgão da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

6.5.4. Registrar evolução em sistema e prontuário, com via impressa, assinada e carimbada.

8.7. São atribuições do Presidente

8.7.1. Convocar e presidir as reuniões;

8.7.2. Representar a Comissão junto a Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

8.7.3. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;

8.7.4. Fazer cumprir o Regimento.

8.8. São atribuições da secretária

8.8.1. Elaborar e divulgar cronograma de reuniões da comissão;

8.8.2. Lavrar as atas de reuniões;

8.8.3. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;

8.8.4. Organizar e manter o arquivo da comissão;

8.8.5. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

INDICADORES

9.1. Frequência de remoção involuntária de sonda de dieta enteral:

Fórmula: Nº de sondas obstruídas em pacientes em TNE X 100.

Nº total de pacientes/dia em TNE

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	○ ITENS REVISADOS

INSTITUTO CE

11. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. Emissor:	Ass. Aprovador:

NORMAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DA ÁREA DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

UNIDADE DE SAÚDE	Manual de Normas e Rotinas **Nutrição e Dietética**	EO.1	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DA ÁREA DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**		Revisão	
		No:	Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

O serviço funciona das 07h às 19h e das 19h às 07h (regime de plantão).

Usuários da área/serviço

Pacientes, médicos, funcionários e acompanhantes

Normas

Os funcionários deverão se apresentar no horário determinado pela instituição, devidamente higienizados (tomar banho antes de iniciar as atividades) e uniformizados para o serviço: farda, touca e sapato fechado;

É obrigatório lavar as mãos com água e sabão antes de iniciar as atividades, coçar o nariz, limpar as bancadas e equipamentos e após o uso do banheiro;

É obrigatório o uso de luvas, toucas e máscaras descartáveis durante o preparo dos alimentos, tais como: saladas, lanches, manipulação de todos os alimentos e na distribuição das refeições;

É vedado aos funcionários de sexo masculino o uso de barba e/ou bigode, assim como unhas limpas e cabelos cortados;

Os funcionários do sexo feminino deverão manter unhas limpas, aparadas e sem uso de esmaltes, cabelos presos e em hipótese alguma usar adornos, tais como: anéis, pulseiras, brincos e/ou qualquer outro tipo de adorno;

É proibido fumar nas dependências do setor de Nutrição e Dietética; Não falar, tossir, gritar, cantar ou espirrar sobre os alimentos;

A higienização do uniforme é responsabilidade do funcionário, devendo trocar o mesmo sempre que necessário;

É obrigatório o uso de luvas durante a produção e manuseio dos alimentos;

É proibida a entrada de funcionários e/ou quaisquer outras pessoas, portando pacotes e/ou sacolas;

Na ausência do funcionário para a jornada de trabalho, se for caso de doença, comunicar a chefia imediata e apresentar atestado médico no retorno às atividades;

Toda troca de escala deverá ser comunicada à chefia imediata com antecedência; O nutricionista deverá visitar o paciente em seu leito logo após a admissão deste;

As visitas subsequentes ao paciente deverão ser programadas de acordo com o quadro clínico deste; Toda dieta de paciente só poderá ser liberadas após verificação no prontuário das condições do mesmo;

É proibida a entrada de qualquer tipo de alimento para o paciente, salvo casos em que o médico, a enfermagem e a nutricionista estejam previamente de acordo;

A refeição para paciente em observação no setor de emergência só será liberada após 6h de permanência do mesmo no setor, salvo nos casos de crianças, idosos, menores, diabéticos e outros, após avaliação da nutricionista;

O paciente será servido de seis refeições ao longo do dia: desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia; Somente terá direito às refeições (desjejum, almoço e jantar) o acompanhante que esteja acompanhando menores de 18 anos e/ou idosos acima de 60 anos;

Todos os funcionários do serviço de Nutrição e Dietética deverão manter sempre uma atitude cordial e urbana para com os pacientes e/ou seus acompanhantes; Dirigindo-se ao paciente o nutricionista e/ou copeiro deverá sempre tratá-lo pelo nome, estimular a aceitação da dieta oferecida e colocar-se à disposição do mesmo;
As solicitações de troca de dietas e de componentes da mesma, somente serão atendidas se o paciente não estiver de dieta especial; O copeiro deverá sempre informar à nutricionista intercorrências relacionadas à dieta do paciente (vômitos, diarreia, falta de apetite, rejeição a algum alimento, etc.); Em hipótese alguma o copeiro deverá ser indelicado ou entrar em discussão com o paciente e/ou acompanhantes. Quaisquer problemas dessa natureza deverão ser comunicados à nutricionista imediatamente para que a mesma possa resolvê-los;

Os mapas de dieta dos pacientes deverão ser verificados diariamente, conferindo o nome, leito e dieta prescrita, para somente então, serem entregues na copa;

As dietas especiais deverão ter atenção redobrada para que não falte nenhum item da mesma;

O preparo das refeições dos pacientes deverá ser feito com atenção e cuidado, atentando para todas as observações, sobretudo, as preferências dos mesmos;

A área da copa deverá estar sempre limpa, higienizada e arrumada, evitando o acúmulo de quaisquer tipos de lixo e/ou restos de alimentos;

Os utensílios não descartáveis, utilizados pelos pacientes, não deverão ficar muito tempo expostos nas enfermarias, portanto deverão ter prioridade na hora do recolhimento;

As solicitações de pacientes e/ou acompanhantes feitas por telefone deverão ser anotadas e informado aos solicitantes da possibilidade de atendê-los o mais rápido possível, assim como comunicar as solicitações à nutricionista;

Registrar no livro de ocorrências toda e qualquer ocorrência durante a jornada de trabalho;

A entrega de alimentação aos pacientes que estão em isolamento deverá ser feita observando todos os cuidados, tais como:

O copeiro deverá estar usando touca, máscara e luvas;

A alimentação deverá ser servida em quentinhas descartáveis;

Os utensílios tais como talheres e copos deverão ser descartáveis.

O copeiro jamais deverá alimentar o paciente. Quando o paciente não estiver em condições de se alimentar sozinho e/ou o acompanhante não se encontrar no local, o copeiro deverá comunicar a enfermeira chefe da unidade de internação para que a mesma tome providências;

O copeiro jamais deverá acordar o paciente para que este se alimente;

Visando uma melhor aceitação da dieta por parte do paciente, os sucos deverão ser servidos ligeiramente gelados e as sopas e mingaus deverão ser servidos quentes;

Os alimentos mornos ou frios somente deverão ser servidos aos pacientes quando suas condições assim exigem tais como: pacientes que fizeram cirurgias de garganta, nariz, etc..

Os cardápios são elaborados pelo nutricionista e obedecerão aos seguintes critérios: Os cardápios serão elaborados semanalmente;

Ao término da última semana do mês, inicia-se a primeira semana do mês subseqüente com o cardápio da primeira semana do mês anterior;

Os cardápios serão elaborados para atender a todos, apresentando variedade, buscando evitar a monotonia; A entrega das mercadorias do serviço de nutrição e dietética serão entregues de acordo com cronograma feito pela instituição, sempre às sextas-feiras;

0s gêneros não entregues às sextas-feiras serão imediatamente cobrados no primeiro dia útil, para que seja feita a reposição dos mesmos; A armazenagem dos gêneros recebidos deverá ser feita nos locais adequados para cada tipo de alimento e de acordo com as condições estruturais do local; Os gêneros alimentícios serão liberados diariamente para a cozinha de acordo com o cardápio e número de comensais; O funcionário responsável pela guarda dos gêneros alimentícios fará a liberação dos mesmos para a cozinha, sempre que possível, na presença da nutricionista Manter os alimentos sempre cobertos; Manter limpa a área de trabalho antes e depois da execução das tarefas; Nunca descongelar alimentos em temperatura ambiente, sobretudo as carnes que, antes da cocção, deverão descongelar dentro do refrigerador; Nunca misturar alimentos crus com os cozidos para evitar a contaminação cruzada; É obrigatório higienizar com água e sabão, os equipamentos e utensílios quando estes são utilizados no preparo de alimentos diferentes; Manter sempre limpos os panos de prato; Manter sempre fechado os recipientes de lixo; É obrigatório o uso de luvas descartáveis no manuseio de alimentos prontos, desfiando frango, preparo de sanduíches, etc.; A higienização da caixa de água deverá ser realizada a cada 6 meses, por empresa qualificada e que deverá apresentar certificado de garantia pelo serviço executado.
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprov ação Assinatura do representante Data:

ROTINAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - TAREFA: MONTAR BANDEJAS DE REFEIÇÕES

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.1 Emissão

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">TAREFA: MONTAR BANDEJAS DE REFEIÇÕES</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No:</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante
Copeira.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados
Garantir refeição servida conforme dieta indicada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários
Todos os utensílios e alimentos necessários à confecção das refeições.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades
Remover todos os adornos;
Colocar touca de proteção para o cabelo e máscara;
Identificar o nome e leito do paciente na ficha de identificação da dieta para cada bandeja; Verificar a dieta de cada paciente;
Porcionar o alimento na bandeja conforme manual da dieta; Distribuir talheres, sobremesa e copos de suco na bandeja; Colocar bandejas no carro de transporte.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados
Montar bandeja conforme dieta indicada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ações em caso de não conformidade
Se algum paciente solicitar alguma alimentação que não esteja no mapa de dieta, comunicar-se imediatamente com a nutricionista para que esta tome as devidas providências.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DO REFEITÓRIO

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética	POP.2	
		Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DO REFEITÓRIO		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Copeira.

Resultados esperados

Assegurar que o refeitório mantenha-se limpo e higienizado antes e após as refeições servidas.

Recursos Necessários

Todos os materiais necessários para a execução da higienização.

Atividades

Limpar balcão térmico após a distribuição das refeições; Retirar cubas e limpá-las após a distribuição das refeições;

Lavar e enxugar todos os utensílios utilizados no refeitório durante o desjejum com água, sabão detergente e depois friccioná-los com álcool a 70%;

Limpar e arrumar as mesas do refeitório fazendo a reposição de material para o almoço (galheteiros, farinheira, paliteiro, etc.);

Limpar as bancadas da cozinha onde são confeccionadas as dietas, com água, sabão detergente e depois passar álcool a 70%;

Limpar as mesas do refeitório após a distribuição do almoço e recolher todo o material para guardar; Lavar a refresqueira;

Lavar todos os utensílios utilizados no almoço com água, sabão detergente e friccioná-los com álcool a 70%;

Limpar as bancadas com água, sabão detergente e friccioná-las com álcool a 70%; Limpar os armários;

Lavar as garrafas térmicas;

Preparar toda a rampa, antes de distribuir o desjejum.

<table>
<tr><td colspan="3">Cuidados
Lembrar-se sempre de passar álcool a 70% após as lavagens nos utensílios e bancadas de trabalho; Não se esquecer de lavar as garrafas térmicas;
Lembra-se sempre de ligar o balcão térmico antes de servir as refeições; Desligar o balcão térmico após a distribuição das refeições.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ações em caso de não conformidade
Se o balcão térmico e/ou a refresqueira apresentarem algum problema, informar a nutricionista para que a mesma tome providências;
Se faltar algum material de reposição para as mesas do refeitório, informar a nutricionista para que a mesma providencie a substituição.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
<tr><td>Assinaturado representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

TAREFA: PREPARAÇÃO DE SALADAS E LEGUMES

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.3	
		Emissão	
TAREFA: PREPARAÇÃO DE SALADAS E LEGUMES		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Agilizar o preparo das refeições.

Recursos Necessários

Todos os alimentos e utensílios necessários para o preparo das refeições.

Atividades

Lavar e cortar os temperos do dia e passar para o cozinheiro; Cortar os legumes do jantar do dia;

Descascar os legumes do almoço do dia seguinte; Preparar saladas cruas e cozidas para o almoço; Catar feijão e colocá-lo de molho;

Cuidados

Ter agilidade no preparo dos temperos para ajudar o cozinheiro; Não se esquecer de colocar o feijão de molho.

Ações em caso de não conformidade

Se faltar algum ingrediente para a confecção das saladas, informar a nutricionista para que a mesma providencie a entrega.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	Data:

TAREFA: PREPARO DE REFEIÇÕES

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.4	
		Emissão	
TAREFA: PREPARO DE REFEIÇÕES		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Cozinheira.

Resultados esperados

Garantir a qualidade e quantidades adequadas das refeições para funcionários e pacientes da instituição.

Recursos Necessários

Alimentos, bancadas, panelas, mapa de dieta, cardápio e demais utensílios para o preparo de refeições.

Atividades

Verificar o cardápio do almoço ou jantar; Verificar o cardápio do dia para os pacientes; Conferir o número de dietas programadas;

Conferir o material liberado pelo estoque para a confecção das refeições; Conferir as carnes e informar a nutricionista;

Preparar as refeições;

Fazer o pré preparo das carnes para o dia seguinte.

Cuidados

Ter atenção ao verificar o cardápio dos pacientes para não preparar a dieta errada; Ter atenção ao conferir as carnes para que não falte;

Não esquecer-se de deixar as carnes do dia seguinte pré-preparada.		
Ações em caso de não conformidade Se faltar qualquer ingrediente para a confecção das refeições do dia, informar a nutricionista para que a mesma providencie a reposição; Toda e qualquer intercorrência e/ou alteração no cardápio do dia, comunicar a nutricionista.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO MANUAL DOS UTENSÍLIOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.5	
		Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO MANUAL DOS UTENSÍLIOS		Revisão	
		No:	Data:
Executante Auxiliar de cozinha.			
Resultados esperados Utensílios devidamente higienizados.			
Recursos Necessários Detergente líquido neutro, álcool a 70%, esponja, pano de limpeza descartável, luvas de borracha, avental impermeável e utensílios (pratos, talheres, bandejas, jarras, facas, peneiras, etc.)			

Atividades Paramentar-se com os EPI'S necessários para a realização da tarefa; Retirar o excesso de sujeiras; Umedecer a esponja em solução detergente; Iniciar a lavagem utilizando água corrente, dispondo os utensílios já ensaboados de modo organizado; Enxaguar em água corrente até a remoção total do detergente e demais resíduos, fechando a torneira a cada interrupção da operação de enxágüe para iniciar um novo lote; Prosseguir sucessivamente, trabalhando em lotes para o uso racional da água; Fazer a desinfecção, utilizando álcool a 70% na forma líquida; Deixar secar naturalmente.
Cuidados Controlar o tempo necessário para a ação dos produtos; Assegurar corretamente a utilização dos EPI's.
Ações em caso de não conformidade Caso ocorra a falta de qualquer recurso necessário à realização da atividade, comunicar à nutricionista.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DOS FOGÕES

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.6	
		Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DOS FOGÕES		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Cozinheiros.

Resultados esperados

Fogões devidamente higienizados e sem incrustações.

Recursos Necessários

Desengordurante, esponja de aço, espátula, pano de limpeza descartável, avental impermeável, luvas de borracha, óculos de proteção, vaselina, pia com cuba profunda.

Atividades

Diária:

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa; Raspar as incrustações;

Aplicar produto desengordurante puro, com a ajuda de uma esponja apropriada (fibraço), com permanência de 10 minutos;

Retirar as incrustações com fibraço;

Retirar totalmente o produto com pano descartável úmido; Lavar o pano em água corrente;

Repetir a operação até a total retirada do produto; Deixar secar naturalmente;

Aplicar vaselina com auxílio de pano descartável seco. Queimadores e grelhas (semanal):

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa; Desmontar as peças móveis;

Imergir as peças em solução de água morna com produto desincrustante, com permanência mínima de 30 minutos;

Retirar incrustações com fibraço e espátula; Enxaguar;

Secar com pano seco; Colocar de volta no fogão.

Cuidados Verificar o estado de conservação dos estrados; Verificar sempre se há presença de sujidade nos estrados; Assegurar o uso correto dos EPI's; Controlar o tempo necessário para a ação dos produtos.		
Ações em caso de não conformidade Caso haja estrados quebrados providenciar a substituição dos mesmos; Na ausência de algum recurso necessário a realização da tarefa, comunicar à nutricionista; Caso haja presença de sujeiras nos estrados após a higienização, repetir a operação.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: RECEBIMENTO DE MERCADORIAS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.7	
		Emissão	
TAREFA: RECEBIMENTO DE MERCADORIAS		Revisão	
		No:	Data:
Executante Nutricionista e auxiliares de cozinha.			
Resultados esperados Mercadorias adquiridas dentro dos padrões higiênico-sanitários, recebidas em conformidade com os preços cotados pelo setor de compras.			
Recursos Necessários Balança, contentores, caneta ou lápis, prancheta e luvas.			

Atividades

Verificar se o veículo de entrega está em condições adequadas de higiene e conservação; Verificar se os entregadores estão adequadamente uniformizados;

Retirar a mercadoria da embalagem original, como caixas de papelão ou madeira, para ser acondicionada em contentores de polietileno;

Verificar as características sensoriais do produto (cor, odor, textura); Verificar data de validade, embalagem limpa e íntegra;

Conferir peso e/ou quantidade de acordo com a nota fiscal.

Cuidados

Caso haja mais de um fornecedor aguardando, a ordem de recebimento deve dar a seguinte preferência: Alimentos perecíveis resfriados e refrigerados;

Alimentos perecíveis congelados;

Alimentos perecíveis em temperatura ambiente; Alimentos não perecíveis;

Ficar atento ao receber os gêneros alimentícios, sobretudo, quanto à qualidade dos mesmos; Ficar atento quanto ao prazo de validade dos gêneros alimentícios que estão sendo recebidos; Atenção quanto ao acondicionamento dos gêneros alimentícios (recipiente e local correto).

Ações em caso de não conformidade

Caso ocorra atraso na entrega, desvio da qualidade, inadequação no transporte e manuseio do material por parte do fornecedor, providenciar reclamação, por escrito ou por telefone, junto ao fornecedor.

Devolver os produtos enlatados que estejam amassados, com vazamento e/ou apresentando ferrugem no seu exterior;

Devolver todos os produtos que não apresentem cor e textura adequadas, assim como a integridade da embalagem inadequada;

Devolver todos os produtos que estejam com peso e/ou prazo de validade fora das especificações solicitadas.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: ARMAZENAMENTO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS A SECO

<table>
<tr><td rowspan="2">UNIDADE DE SAÚDE</td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nutrição e Dietética</td><td colspan="2">POP.8</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">TAREFA: ARMAZENAMENTO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS A SECO</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No :</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante

Almoxarife e auxiliar de almoxarife.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados

Gêneros alimentícios armazenados obedecendo às normas da legislação quanto ao controle de prazo de validade, controle de temperatura e armazenamento isolados de produtos de outra natureza.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários

Local fresco, ventilado e iluminado, estrados e prateleiras.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades

Receber a mercadoria;

Retirar os produtos das caixas;

Organizá-los nas prateleiras obedecendo ao método PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai);

Organizar os alimentos industrializados afastados dos grãos e cereais para evitar a infestação por insetos a estes associados.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados

Os alimentos não devem ser armazenados juntos a produtos químicos; O material descartável

deve ser mantido separado dos demais produtos;

Os alimentos devem ser colocados em estrados e jamais em contato direto com o piso;

Os estrados devem ter altura mínima de 25 cm do chão com afastamento de 50 cm da parede.</td></tr>
</table>

Ações em caso de não conformidade Caso seja recebida alguma lata amassada ou sacarias furadas, encaminhá-las para troca; Caso os estrados e/ou prateleiras estejam danificados, comunicar à nutricionista para que esta tome as providências.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: ARMAZENAGEM DE ALIMENTOS PERECÍVEIS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.9	
		Emissão	
TAREFA: ARMAZENAGEM DE ALIMENTOS PERECÍVEIS		Revisão	
		No:	Data:
Executante Auxiliar de cozinha.			
Resultados esperados Garantir que os gêneros alimentícios estejam acondicionados em local e de forma correta.			
Recursos Necessários Freezer, geladeira e planilha de registro e temperatura.			

Atividades Identificar e embalar as carnes corretamente; Armazenar as carnes nos freezers; Armazenar as polpas de frutas nos congeladores das geladeiras localizadas na cozinha e no estoque; Armazenar os hortifrutis nas geladeiras, colocando a maior parte em caixas de polietileno no estoque, em temperatura ambiente; Armazenar os frios (queijo, presunto e hambúrguer) no congelador da geladeira do estoque;
Cuidados Controlar diariamente as temperaturas das geladeiras e freezers e registrá-las em planilha apropriada.
Ações em caso de não conformidade Não guardar os alimentos em caixas de papelão.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: LAVAGEM DE ALIMENTOS FOLHOSOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.10	
		Emissão	
TAREFA: LAVAGEM DE ALIMENTOS FOLHOSOS		Revisão	
		No:	Data:

Executante Auxiliar de cozinha.
Resultados esperados

Assegurar que todos os alimentos folhosos sejam devidamente higienizados antes do seu preparo.
Recursos Necessários Alimentos folhosos, água, vinagre e/ou hipoclorito, colher e depósito plástico.
Atividades Lavar os folhosos em água corrente; Colocar os folhosos de molho dentro de um recipiente plástico, numa mistura sanitizante (1 colher de sopa de vinagre para um litro de água e/ou 3 gotas de hipoclorito para um litro de água); Retirar os folhosos da mistura sanitizante, após 15 minutos.
Cuidados Nunca iniciar o preparo de pratos com alimentos folhosos, sem antes lavá-los e deixá-los de molho em mistura sanificante.
Ações em caso de não conformidade Se não tiver vinagre e/ou hipoclorito, comunicar a nutricionista para que as providências sejam tomadas.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do Representante	Data:

TAREFA: LAVAGEM E ACONDICIONAMENTO DE ALIMENTOS ENLATADOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.11	
		Emissão	
TAREFA: LAVAGEM E ACONDICIONAMENTO DE ALIMENTOS ENLATADOS		Revisão	
		No:	Data:

Executante Auxiliar de cozinha.
Resultados esperados Garantir que os alimentos enlatados sejam lavados e acondicionados em local e de forma correta.
Recursos Necessários Enlatados, água, pia, recipientes plásticos e geladeira.
Atividades Abrir os alimentos enlatados; Retirar os alimentos da embalagem original; Lavar os alimentos em água corrente; Armazenar os alimentos em recipientes plásticos com tampa; Guardar os recipientes na geladeira.
Cuidados Não utilizar alimentos enlatados sem antes lavá-los; Não se esquecer de guardar sob refrigeração os alimentos enlatados, após a lavagem dos mesmos.
Ações em caso de não conformidade Se perceber que alguma lata está danificada e/ou amassada, não fazer uso destes alimentos e informar imediatamente a nutricionista.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: CONFECÇÃO DO ALMOÇO E/OU JANTAR

<table>
<tr><td rowspan="2">UNIDADE DE SAÚDE</td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nutrição e Dietética</td><td colspan="2">POP.12</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2">TAREFA: CONFECÇÃO DO ALMOÇO E/OU JANTAR</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>No:</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante
Copeira.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados
Garantir a distribuição das refeições para funcionários e pacientes da instituição.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários
Balcão térmico e cubas.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades
Ligar balcão térmico;
Receber da cozinheira os alimentos preparados para a distribuição (almoço/jantar); Colocar dentro das cubas os alimentos recebidos da cozinheira;
Manter as cubas em banho-maria, aquecidas em temperatura adequada até o momento da distribuição das refeições.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados
Não se esqueça de ligar balcão térmico com antecedência.
Manter aquecidas as cubas com os alimentos que serão distribuídos (almoço/jantar).</td></tr>
</table>

Ações em caso de não conformidade Se o balcão térmico apresentar algum problema, comunicar à nutricionista imediatamente para que as providências sejam tomadas.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO BALCÃO, CUBAS, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.13	
		Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO BALCÃO, CUBAS, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Copeira.

Resultados esperados

Garantir a limpeza e higienização do balcão, cubas, equipamentos e utensílios.

Recursos Necessários

Água, sabão detergente, pano limpo, cubas, balcão, equipamentos e utensílios do refeitório.

Atividades

Desligar o balcão térmico; Retirar as cubas;

Trocar a água do banho-maria do balcão; Limpar o balcão térmico;

Lavar com água e sabão detergente as cubas, equipamentos (observando as especificações do fabricante) e utensílios utilizados durante as refeições; Enxugar balcão, cubas, equipamentos e utensílios.		
Cuidados Não se esquecer de desligar o balcão térmico antes de iniciar a higienização; Não se esquecer de trocar a água do banho-maria do balcão.		
Ações em caso de não conformidade Comunicar imediatamente à nutricionista toda e qualquer alteração com o balcão térmico e/ou equipamentos para que a mesma providencie o conserto destes.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DE PANELAS E UTENSÍLIOS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.14 Emissão
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DE PANELAS E UTENSÍLIOS		Revisão No: Data:

Executante

Copeira e/ou auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Assegurar a limpeza, higienização e conservação dos equipamentos da cozinha e refeitório.

Recursos Necessários

Água, sabão detergente, pano limpo e equipamentos.

Atividades

Lavar as panelas com água e sabão detergente; Enxugar as panelas com pano de prato limpo;

Guardar as panelas limpas, de boca para baixo, em prateleiras próprias;

Lavar todos os utensílios (talheres, louças, copos, etc.) com água corrente e sabão detergente;

Enxugar todos os utensílios com pano de prato limpo;

Guardar os utensílios limpos em local apropriado.

Cuidados

Não deixar de lavar nenhuma panela e/ou utensílios após o preparo e distribuição das refeições.

Ações em caso de não conformidade Comunicar ao nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO (DIÁRIA E QUINZENAL) DA GELADEIRA

<table>
<tr><td rowspan="2">UNIDADE DE SAÚDE</td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Nutrição e Dietética</td><td colspan="2">POP.15</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">TAREFA: HIGIENIZAÇÃO (DIÁRIA E QUINZENAL) DA GELADEIRA</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No:</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante
Copeira e/ou auxiliar de cozinha.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados
Assegurar a limpeza, higienização e conservação da geladeira, evitando risco de contaminação dos alimentos guardados dentro delas.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários
Água, sabão neutro, pano limpo, pano úmido, álcool a 70% e hipoclorito a 0,02%.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades
Realizar a limpeza diária da parte interna da geladeira com pano limpo e úmido; Remover a sujidade das prateleiras da geladeira com pano limpo e úmido; Limpar a parte externa da geladeira com pano limpo, embebido em álcool a 70%;
Realizar limpeza quinzenal da geladeira com água, sabão neutro e pano limpo, embebido em hipoclorito a 0,02%, na parte interna e externa da geladeira.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados
Não deixar de realizar a limpeza diária da geladeira; Não deixar de realizar a limpeza quinzenal da geladeira.</td></tr>
</table>

Ações em caso de não conformidade Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da limpeza da geladeira, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário; Se a geladeira apresentar algum problema, informar a nutricionista para que a mesma solicite o conserto; Comunicar ao nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO FREEZER

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.16 Emissão
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO FREEZER		Revisão No: Data:

Executante

Copeiras.

Resultados esperados

Freezer devidamente higienizado, sem acúmulo de gelo para que haja melhor conservação dos alimentos.

Recursos Necessários

Detergente líquido neutro, espátula, esponja, luvas de borracha, pano de limpeza descartável, avental impermeável, hipoclorito, pulverizador.

Atividades

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa;

Certificar-se da disponibilidade dos recursos necessários para a realização das tarefas; Remover os produtos para outro freezer ou câmara;

Desligar o freezer;

Raspar o gelo acumulado nas paredes do freezer; Proceder o degelo do equipamento;

Lavar as paredes internas com detergente neutro com o auxílio de uma esponja; Enxaguar;

Borrifar com solução de hipoclorito, com permanência mínima de 10 minutos; Enxaguar com água corrente;

Remover o excesso de água com pano descartável; Deixar secar naturalmente;

Reorganizar os produtos.

Cuidados

Ao raspar o gelo acumulado nas paredes do freezer, cuidado para que não haja perfurações das paredes do mesmo;

Deixar que a solução desinfetante possa agir no tempo correto para garantir a eficácia.

<table>
<tr><td colspan="3">Ações em caso de não conformidade
Caso ocorra perfuração do freezer, comunicar a nutricionista para que esta tome as providências necessárias;
Durante a reorganização dos produtos, caso haja extravasamento de algum gênero alimentício, refazer a execução da tarefa;
Na ausência de algum dos recursos necessários para a realização da tarefa, informar a nutricionista.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DAS CAIXAS DE POLIETILENO

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.17 Emissão
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DAS CAIXAS DE POLIETILENO		Revisão No: Data:

Executante

Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Caixas de polietileno devidamente higienizadas.

Recursos Necessários

Detergente líquido clorado, esponja, luvas de borracha e avental impermeável.

Atividades

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa; Retirar os resíduos com água corrente quente;

Aplicar o detergente líquido clorado; Deixar o produto agir por 15 minutos;

Esfregar o detergente líquido clorado com auxílio de uma esponja; Enxaguar com água corrente quente;

Deixar secar naturalmente.

Cuidados

Verificar a disponibilidade dos recursos necessários para a realização da tarefa antes de iniciar a operação; Assegurar do uso correto dos EPI's;

Deixar o produto agir o tempo necessário para ação bactericida.

Ações em caso de não conformidade

Caso ocorra a falta de algum dos recursos necessários à realização da tarefa, comunicar a nutricionista.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DAS BANCADAS

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.18	
		Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DAS BANCADAS		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Copeira e/ou auxiliar de cozinha.

Resultados esperados

Assegurar a limpeza, higienização das bancadas, evitando risco de contaminação dos alimentos durante o preparo das refeições.

Recursos Necessários

Água, sabão neutro, pano limpo e álcool a 70%.

Atividades

Limpar as bancadas diariamente com água e sabão neutro, após o término do serviço; Passar nas bancadas diariamente pano limpo embebido em álcool a 70%.

Cuidados

Não se esquecer nunca de lavar e desinfetar as bancadas, para evitar o risco de contaminação dos alimentos, bem como o acúmulo de sujidades.

Ações em caso de não conformidade Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da higienização das bancadas, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário; Se as bancadas apresentarem alguma avaria, informar a nutricionista para que a mesma solicite a presença do serviço de manutenção; Comunicar ao nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO PISO

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.19	
		Emissão	
TAREFA: HIGIENIZAÇÃO DO PISO		Revisão	
		No:	Data:
Executante Auxiliar de cozinha.			
Resultados esperados Assegurar a higienização e desinfecção correta do piso.			
Recursos Necessários Água, sabão, escova, balde, água sanitária e panos de chão.			
Atividades Limpar diariamente o piso, duas vezes ao dia, com água, sabão e escova própria para esfregar o chão; Desinfetar o piso com água sanitária, após a lavagem do mesmo; Enxugar o piso com pano de chão limpo.			

Cuidados Ter o cuidado de manter separados os baldes, escovas e panos destinados à limpeza e higienização do piso, para que os mesmos não sejam utilizados indevidamente em outros tipos de limpeza; Não esquecer de higienizar o piso após o término do serviço.		
Ações em caso de não conformidade Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da higienização do piso, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário; Se o piso apresentar alguma avaria, informar a nutricionista para que a mesma solicite a presença do serviço de manutenção; Comunicar ao nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

PSICOLOGIA

h. PROTOCOLO - POP.PSI.001 ACOLHIMENTO EM LEITO

1. OBJETIVO

O Acolhimento em Leito visa o acesso ao paciente, através da escuta qualificada, sendo essa uma das ferramentas fundamentais para o trabalho do psicólogo dentro da unidade hospitalar.

2. APLICAÇÃO

Participarão do procedimento em questão, profissionais da Psicologia Hospitalar devidamente contratados pela unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Escuta qualificada: que considera os aspectos do contexto do sujeito permite o desenvolvimento de uma postura clínica ampliada, que permite e invoca o atravessamento de

diferentes saberes, deslocando o protagonismo para todos os envolvidos numa mesma intervenção. Para que se possa ter sucesso nessa escuta, no entanto, é mister a manutenção de uma postura acolhedora e sensível.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O Acolhimento em Leito deverá ser realizado diariamente, pelo profissional da Psicologia, por estar este habilitado para realização de tal atividade. O procedimento se dará sem a solicitação prévia, compondo um roteiro de atividades rotineiras deste profissional. O mesmo acontecerá por meio do acesso ao usuário interno, utilizando-se da escuta qualificada, diálogo e apoio conforme demanda identificada.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Ficha de dados e relatório;

5.2. Prancheta;

5.3. Caneta.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico;

7. RESPONSABILIDADE

Profissional da Psicologia.

8. QUANDO EXECUTAR

Diariamente.

9. REGISTROS

Para registro da atividade, utiliza-se ficha para anotação de dados do usuário, bem como relatório para descrição do atendimento.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer ao Código de Ética do Psicólogo, para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A escuta qualificada deverá ser executada conforme prescreve as normativas do Código de ética do Psicólogo, mantendo-se este num posicionamento de sigilo e devidos encaminhamentos perante o conteúdo abordado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR- GEM). São Paulo, SP.

13. ANEXO

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	**Nome aprovador:**
Ass. emissor:	**Ass. Aprovador:**

i. PROTOCOLO - POP.PSI.002 ACOLHIMENTO NO RECEBIMENTO DE DIAGNÓSTICO

1. OBJETIVO

O procedimento proposto objetiva o acolhimento do usuário e familiares no recebimento de diagnósticos. Oliveira, Voltarelli, Santos & Mastropietro (2005) ressaltam que a família merece um cuidado especial desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre os familiares, que veem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas excedam as do paciente. Dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo.

2. APLICAÇÃO

Participarão do procedimento em questão, profissionais da Psicologia Hospitalar devidamente contratados pela unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. O Acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo.

3.2. O diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo se, por conseguinte, uma relação. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O procedimento de Acolhimento em caso de diagnóstico grave, envolvendo usuário e família deverá ser realizado por profissional da Psicologia, por estar habilitado a realizar tal atividade, dentro da unidade hospitalar. Este acontecerá quando em circunstância de diagnóstico grave houver a notificação do paciente e família. Neste momento haverá o acolhimento do usuário e demais familiares com escuta, diálogo e apoio conforme necessidade exposta.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Local adequado para o atendimento de acolhimento;

5.2. Ficha de dados e relatório;

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

Profissional da Psicologia.

8. QUANDO EXECUTAR

Em casos de notificação de Diagnóstico Grave.

9. REGISTROS

Para registro da atividade, utiliza-se ficha para anotação de dados do usuário, bem como relatório para descrição do atendimento.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer ao Código de Ética do Psicólogo, para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para esse procedimento o acolhimento é realizado quando solicitado pelo técnico responsável pela informação, bem como de acordo com as possibilidades e aberturas fornecidas pelo usuário e familiares receptores do diagnóstico. É necessário que o profissional da psicologia se mantenha numa posição ética de sigilo com todo conteúdo trabalhado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital - Luciana Antonieta Medeiros; Maria Alice Lustosa - Saúde da Santa Casa da Misericórdia do RJ.

12.2. Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR- GEM). São Paulo, SP.

13. ANEXO

Não se anexa.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

j. PROTOCOLO - POP.PSI.003 ACOLHIMENTO FAMILIAR EM ÓBITO

1. OBJETIVO

O procedimento proposto objetiva o acolhimento familiar na apresentação de dores profundas diante de perdas. Brown (1995) reforça a tese que a única certeza da vida é a morte. E considerando as profundas conexões históricas entre os membros de um sistema familiar, não surpreende que o ajustamento à morte seja mais difícil que o ajustamento às outras transições da vida.

2. APLICAÇÃO

Participarão do procedimento em questão, profissionais da Psicologia Hospitalar devidamente contratados pela unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. O Acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo.

3.2. Diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo se, por conseguinte, uma relação. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O procedimento de Acolhimento Familiar em caso de óbito, deverá ser realizado pelo profissional da Psicologia, dentro da unidade hospitalar. O mesmo acontecerá quando em circunstância de óbito a família estiver presente para receber o acolhimento. Este se dará com o acesso a família, escuta, diálogo e apoio conforme necessidade exposta.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Local adequado para o atendimento de acolhimento;

5.2. Ficha de dados e relatório;

6. EPI

Sem necessidade de EPI específico.

7. RESPONSABILIDADE

Profissional da Psicologia.

8. QUANDO EXECUTAR

Em casos de óbito na unidade hospitalar.

9. REGISTROS

Para registro da atividade, utiliza-se ficha para anotação de dados do usuário, bem como relatório para descrição do atendimento.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer ao Código de Ética do Psicólogo, para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acolhimento é realizado de acordo com as possibilidades e aberturas fornecidas pela família do usuário em óbito. É necessário que o profissional da psicologia se mantenha numa posição ética de sigilo com todo conteúdo trabalhado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital - Luciana Antonieta Medeiros; Maria Alice Lustosa - Saúde da Santa Casa da Misericórdia do RJ

12.2. Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR- GEM). São Paulo, SP.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:

Ass. emissor:	**Ass. Aprovador:**

k. PROTOCOLO - POP.PSI.004 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. OBJETIVO

Dentro de uma política de Humanização o Atendimento ao Colaborador, tem por objetivo o acolhimento desse profissional, que ao ser escutado recebe o cuidado que por vezes dispensa aos usuários.

2. APLICAÇÃO

Participarão do procedimento em questão, profissionais da Psicologia Hospitalar devidamente contratados pela unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Escuta qualificada que considera os aspectos do contexto do sujeito permite o desenvolvimento de uma postura clínica ampliada, que permite e invoca o atravessamento de diferentes saberes, deslocando o protagonismo para todos os envolvidos numa mesma intervenção. Para que se possa ter sucesso nessa escuta, no entanto, é mister a manutenção de uma postura acolhedora e sensível.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O Atendimento Ambulatorial do usuário é possível quando, encaminhado em fluxo interno, ou seja, no encaminhamento realizado por técnicos da medicina ou do atendimento multidisciplinar para avaliação psicológica. O usuário realiza agendamento na recepção e dentro da data e horários determinados recebe o atendimento. O procedimento se dá na utilização da escuta qualificada.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Consultório para atendimento;

5.2. Ficha de dados e relatório;

5.3. Prancheta;

5.4. Caneta;

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico;

7. RESPONSABILIDADE

Profissional da Psicologia.

8. QUANDO EXECUTAR

De acordo com agendamento realizado;

9. REGISTROS

Para registro da atividade, utiliza-se o prontuário do paciente.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer ao Código de Ética do Psicólogo, para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A escuta qualificada deverá ser executada conforme prescreve as normativas do Código de ética do Psicólogo, mantendo-se este num posicionamento de sigilo e devidos encaminhamentos perante o conteúdo abordado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR- GEM). São Paulo, SP.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

SERVIÇO SOCIAL

I. PROTOCOLO - POP.SS.001 ENCAMINHAMENTO DE DEMANDAS

1. OBJETIVO

1.1. Contribuir para acesso aos benefícios, serviços, programas, projetos e outros interesses concernentes ao usuário da Unidade, promovendo a integralidade das ações dos serviços de saúde, corroborando para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

2. APLICAÇÃO

2.1. Pronto Atendimento

2.2. Internação

3. DEFINIÇÕES

3.1. Competências do Assistente Social: encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Por meio de contato com a rede de assistência externa (Secretarias de Assistências Sociais, Secretarias de Saúde, etc) para articulação da demanda pleiteada. Verificar a documentação necessária do paciente/acompanhante para o acesso aos benefícios pleiteados. A documentação varia de acordo com o tipo de benefício a ser recebido e do órgão que concederá tal direito. Para cada espécie, deve-se orientar o paciente quanto aos documentos a serem providenciados para encaminhamento do processo.

4.2. Os principais benefícios encaminhados para os equipamentos sociais externos são: Benefícios Previdenciários: Auxílio-Doença, Aposentadoria por Invalidez, Pensão por Morte, Benefício de Prestação Continuada (BPC). As respectivas documentações, formulários e orientações estão disponíveis no site da Previdência Social (http://www.mpas.gov.br), Benefícios Eventuais o acesso a esses benefícios varia de acordo com cada município, cabendo ao Assistente Social da Unidade, fazer a mediação e orientação do usuário, em relação a documentação e procedimentos a serem seguidos.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Telefone

5.2. Encaminhamentos

5.3. Ofício

5.4. Ficha social

5.5. Caneta.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Assistente Social

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Quando identificado a necessidade de encaminhamento, ou seja, sempre que ocorrer o surgimento da demanda social pelo serviço.

9. REGISTROS

9.1. Anotação de dados do usuário;

9.2. Relatório social para descrição do atendimento;

9.3. Formulários de encaminhamento em anexo.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer à Lei 8662/1993 – Lei de Regulamentação da Profissão que dispõe sobre a Profissão de Assistente social e das outras providências, para realização dos procedimentos dentro das normas preconizadas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. O Encaminhamento de demandas de pacientes para equipamentos sociais externos é realizado pelo Serviço Social da Unidade de Saúde de forma integrada e orientada para o atendimento de necessidade diagnosticada ou a pedido do próprio usuário.

11.2. A concessão de benefícios e direitos sociais, realizada através da rede assistencial externa a Unidade de Saúde possui requisitos e condições pré-determinadas de acesso que dependem de atendimentos específicos a legislações afins para garantia do direito pleiteado.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, Brasília – 2010.

12.2. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

12.3. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

m. PROTOCOLO - POP.SS.002 ACOLHIMENTO DOS INTERNOS AOS LEITOS

1. OBJETIVO

1.1. Identificar as demandas apresentadas pelos usuários e propiciar ações que os envolvam na promoção, proteção e recuperação da saúde.

2. APLICAÇÃO

2.1. Pronto atendimento

2.2. Internação

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos (as) Assistentes Sociais. O acolhimento congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a

troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. O principal objetivo do acolhimento é o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Para iniciar o acolhimento dos usuários, o Serviço Social elaborou o instrumento de trabalho denominado de Ficha Social. Os dados contidos na ficha social contribuem para uma análise do perfil socioeconômico do usuário, além de identificar as principais causas no processo de saúde-doença.

4.2. A periodicidade do acolhimento dos internos por meia da (o) assistente social, ocorrem em um período do dia, ficando a critério do profissional, respeitando os horários de menos fluxos de pessoas ao leito, visando acolher e escutar minuciosamente o usuário.

4.3. A ficha social é utilizada para todos os internos, bem como para os usuários que estão em observação. Após o preenchimento da ficha e se observado alguma situação de vulnerabilidade social com o usuário e ou seus familiares é relatado para os órgãos municipais competentes à cada ocorrência identificada dentro da unidade.

4.4. Após todos os internos serem acolhidos pelo profissional do setor de Serviço Social, caberá a este, repassar o atendimento para o prontuário do usuário. As informações são descritas no prontuário no campo de evolução de atendimento multidisciplinar e em seguida o profissional deverá assinar e carimbar. O preenchimento do prontuário está sendo realizado no posto de enfermagem, localizado entre as enfermarias.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Ficha Social;

5.2. Prancheta;

5.3. Canetas

5.4. Jaleco identificando a profissão e o nome do profissional que executa a atividade.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. Utilização de equipamentos de proteção, quando solicitado pela equipe do CCIH (Centro de Controle de Infeção Hospitalar), ao entrar em contato com usuários com quadro clínico específicos de risco de contaminação.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Serviço social.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. O acolhimento é realizado durante o período de internação do usuário e sua periodicidade ficará a critério do profissional, respeitando os horários de menos fluxos de pessoas ao leito, visando acolher e escutar minuciosamente o usuário.

9. REGISTROS

9.1. Os registros utilizados para realização da atividade é FOR.SS.001 ATENDIMENTO SOCIAL NOS LEITOS, seu armazenamento é feito pelas (os) profissionais do Serviço Social e deverão ser guardadas em local seguro. Caberá ao profissional manter o sigilo nas informações repassadas pelos usuários, salvo quando estas devem ser direcionadas para órgãos competentes que atendem a situação de vulnerabilidade social. A consulta por terceiros ao documento deverá ser comunicada com antecedência para que haja um prévio estudo do motivo da solicitação. Os dados contidos na ficha são de responsabilidade do setor Serviço Social.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Com relação a alta social que deverá acontecer concomitantemente com a alta médica e em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, caberá ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe.

11.2. O Acolhimento dos Internos aos Leitos dar-se-á por meio da visita do profissional da (o) assistente social, tendo como instrumento de trabalho a ficha social, onde são

coletados os dados pessoais dos usuários, compreendendo as informações de cunho socioeconômico e cultural.

11.3. Os dados coletados servirão de subsídios para planejamento e elaboração de projetos, que visem a melhoria no atendimento do usuário, bem como em propor ações que almejam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

11.4. A ficha social tem como objetivo identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas à construção de estratégias de intervenção, propiciando orientações aos usuários quanto a garantir seus direitos de cidadãos.

11.5. No acompanhamento do usuário nas enfermarias e emergências realizadas por um profissional da área de Serviço Social, caberá a este profissional informar o usuário e ou seu acompanhante sobre as normas e rotinas da Unidade de Saúde.

11.6. A ficha social deverá ser aplicada por um profissional da área do Serviço Social e os dados deverão ser mantidos em arquivos para eventuais consultas.

12. REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, aprovado em 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), nº290/94, 293/94, 333/96 e 594/11.

12.2. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

12.3. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, Brasília – 2010;

12.4. Revista *Serviço Social e Saúde*, UNICAMP Campinas, V,IX, nº10, Dez.2010 - Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a Discussão das Ações Profissionais no Campo da Saúde;

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

n. PROTOCOLO - POP.SS.003 ASSISTENCIA · FAMÍLIA APÓS ÓBITO DO PACIENTE

1. OBJETIVO

1.1. Acolher familiares/responsáveis do paciente que foi a óbito, proporcionando atendimento humanizado com qualidade, orientando-os quanto aos direitos pertinentes, bem como realizar contatos com a rede de serviços para viabilização do funeral.

2. APLICAÇÃO

2.1. Pronto atendimento

2.2. Internação

3. DEFINIÇÕES

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. A comunicação do óbito não é atribuição do Assistente Social, ficando este responsável apenas pela assistência e orientação dos familiares ou responsáveis diante da situação ocorrida, visando facilitar o acesso à rede de serviços assistenciais pertinentes ao caso em questão. A assistência do Serviço Social é prestada para todos os acompanhantes ou familiares independentes de estes estarem sendo acompanhados ou não pelo Serviço Social durante o processo de internação do paciente falecido na Unidade.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Telefone,

5.2. Ficha social,

5.3. Caneta,

5.4. Prancheta,

5.5. Carimbo do profissional de serviço social,

5.6. Sala privativa, mesa e cadeiras.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico;

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Assistente social

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. A intervenção do Serviço Social somente ocorre a partir da comunicação do óbito ao setor.

9. REGISTROS

9.1. Ficha de Atendimento Social (FOR.SS.001) para anotação de dados do usuário,

9.2. Relatório social para descrição do atendimento e evolução no prontuário do usuário.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Em situações de óbito cabe ao profissional de Serviço Social, de acordo com o seu conhecimento, sua autonomia técnica e instrumental de trabalho, identificar os casos em que deve prestar aos familiares, amigos e responsáveis o necessário apoio para o enfrentamento da situação. A abordagem também será realizada quando solicitado, pela equipe de saúde, familiares ou responsável pelo paciente que veio a óbito. Os familiares ou responsáveis serão acolhidos pelo Serviço Social por meio da Assistente Social, facilitando a realização do contato telefônico com os demais familiares para comunicação do fato ocorrido, quando necessário será articulado com a rede de recursos sociais e comunitários (Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social, funerárias, cartórios, dentre outros).

11.2. Orientar familiares, amigos e responsáveis sobre benefícios e direitos referentes à situação de óbito previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licenças) e a seguros sociais (DPVAT), entre outras garantias de direitos. Ou seja, atuar paramentado por sua Lei de Regulamentação, que lhe atribui como competência profissional "encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população". (modelo de declaração para requerimento de certidão de óbito de forma gratuita em anexo).

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Vasconcelos, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social** – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

12.2. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, Brasília – 2010.

12.3. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

12.4. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

PROTOCOLO - POP.SS.004 ACOLHIMENTO AMBULATORIAL

1. OBJETIVO

1.1. Prestar atendimento aos usuários da Unidade nas demandas espontâneas em situações de vulnerabilidade social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destes, no resgate da autonomia e afirmação dos direitos sociais.

2. APLICAÇÃO

2.1. Ambulatório

2.2. Internação

2.3. U.T.I.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Saúde: é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. É o resultado das condições de trabalho, habitação, educação, renda, meio ambiente e serviços de saúde.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Acolher os usuários, familiares ou responsáveis através de escuta qualificada. Quando necessário encaminhar aos serviços assistenciais de acordo com as demandas apresentadas. Realizar contatos com profissionais internos e/ou externos para viabilizar o atendimento necessário à demanda observada. Emitir documentos pertinentes e necessários ao suprimento da demanda em questão, sempre que for indispensável a sua emissão, para comprovação de situações.

4.2. Articular por meio de contato telefônico com familiares e responsáveis pelos usuários assistidos e encaminhar as questões que porventura forem suscitadas.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Telefone

5.2. Ficha social,

5.3. Caneta,

5.4. Prancheta,

5.5. Carimbo do profissional de serviço social,

5.6. Sala privativa, mesa e cadeiras.

6. EPI

6.1. Calçado fechado;

6.2. EPIs de acordo com a especificidade do quadro clínico;

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Assistente social

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. De acordo com a demanda apresentada no âmbito do ambulatório da Unidade de Saúde.

9. REGISTROS

9.1. Anotação de dados do usuário, bem como relatório social para descrição do atendimento e encaminhamentos.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Recorrer a Lei 8662/1993 – Lei de Regulamentação da Profissão que dispõe sobre a Profissão de Assistente social e dá outras providências, para realização dos procedimentos dentro das normas preconizadas.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Os procedimentos em questão visam dar resolutividade às demandas apresentadas pelos usuários da Unidade de Saúde. Os benefícios e serviços devem ser amplamente divulgados e promovidos. Todos têm acesso aos direitos, sem discriminação.

11.2. O atendimento do serviço social no ambulatório da Unidade visa atender a demanda espontânea ou encaminhada por outros profissionais. Orientando e encaminhando os pacientes aos recursos apropriados, prestando auxílio e assistência com o objetivo de viabilizar o tratamento do usuário, considerando o direito do usuário ao acesso a bens e serviços.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, Brasília – 2010.

12.2. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

12.3. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

12.4. http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/ Organização Mundial da Saúde.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

TERAPIA OCUPACIONAL

o. PROTOCOLO - POP.044.TO ASSISTÊNCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL AO PACIENTE INTERNADO

OBJETIVO

Padronizar a abordagem da Terapia Ocupacional aos pacientes internados, objetivando a recuperação dos papéis ocupacionais dos indivíduos e a melhora da qualidade de vida.

Realizar atendimento conforme prescrição/indicação, após verificar no prontuário do paciente a prescrição médica com a solicitação de atendimento.

APLICAÇÃO:

Enfermarias, UIT´s (adulto e pediátrica) e Ambulatório.

DEFINIÇÕES:

Realizar orientações, treinos e adaptações visando manutenção, melhora da função, autonomia e independência na realização das atividades de vida diária (AVD) – alimentação, higiene pessoal, banho e vestuário;

Prevenir a deterioração e estimular as habilidades percepto-cognitivas e sensório-motoras;

Orientar e promover o posicionamento adequado no leito e otimizar as trocas posturais;

Prevenir e minimizar as complicações associadas às restrições e ao imobilismo no leito (fraqueza muscular, redução de amplitude articular, contraturas, desenvolvimento de transtornos circulatórios – trombose, edema de extremidades – e desenvolvimento de úlceras por pressão);

Usar técnicas e recursos próprios da Terapia Ocupacional para manter amplitude e posicionamento dos segmentos articulares;

Prevenir contraturas, retrações e deformidades físicas com intervenções precoces e atividades funcionais;

Solicitar e/ou confeccionar órteses e/ou adaptações;

Estabelecer rotina de uso das órteses, avaliar posicionamento, presença de pontos de pressão, funcionalidade, necessidade de ajustes e correções e higienização das mesmas.

Estimular a mobilidade ativa e funcional;

Monitorizar, realizar orientações e treinos quanto às transferências e deambulação;

Conduzir o processo de intervenção/reabilitação dentro do plano terapêutico, traçado para cada paciente;

Promover a humanização no ambiente hospitalar;

Promover atividades que visam autonomia e a qualidade de vida do paciente, durante o período de internação;

Contribuir com a proteção, prevenção e recuperação da saúde;

Auxiliar paciente no entendimento da condição do mesmo, das mudanças do quadro funcional e no manejo dos aspectos negativos da internação (despersonalização, o ócio improdutivo, a insegurança quanto ao prognóstico, o desconhecimento da situação atual, a sensação de impotência e da diminuição importante da autonomia, decorrente da perda capacidade produtiva e da dependência).

Ofertar psicoeducação ao paciente e/ou familiar.

Realizar orientações e treino do paciente e familiares sobre os cuidados e atividades que devem ser desenvolvidas, como independências nas AVD´s (atividades de vida diária) e AIVD´S (atividades instrumentais da vida diária), e o uso dos dispositivos de tecnologia assistiva.

Participar do protocolo de cuidados paliativos ao paciente grave e extremamente grave, favorecer a qualidade de vida e a humanização do ambiente, reduzindo a intensidade dos fatores de estresse.

No momento da alta, fornecer relatório de internação, quando necessário, para orientar a contra referência.

Fornecer informações que possam auxiliar o paciente e/ou familiares no retorno ao ambiente social e execução dos papéis ocupacionais.

Evoluir, carimbar e assinar diariamente o atendimento prestado em prontuário, conforme normas institucionais.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

Apresentar-se formalmente e informar sua área de atuação;

Ser cordial e respeitoso com o paciente e o familiar/cuidador (quando presente) e explicar todos os procedimentos que forem realizados;

Conhecer a história da doença atual (HDA) anteriormente ao primeiro contato com paciente, história da doença pregressa (HDP), familiar (HF), social e medicamentosa;

Levantar os papéis ocupacionais do paciente e membros que compõe o núcleo familiar mais próximo;

Realizar acolhida aos pacientes internados esclarecendo os objetivos da intervenção;

Realizar avaliação funcional, aplicar avaliações específicas quando necessário;

Elaborar plano terapêutico.

Para confecção de órteses objetivos quanto ao uso

Promover o equilíbrio biomecânico, por meio da aplicação de forças de contenção externa ao segmento comprometido, possibilitando a prevenção de contraturas incapacitantes, alongamento gradativo, promovendo a função do membro e o consequente retorno do indivíduo às suas atividades laborais e cotidianas quanto possível, em um menor espaço de tempo.

Realizar avaliação minuciosa e detalhada do segmento corporal comprometida, analisar a funcionalidade em diversas atividades, aplicar forças corretivas e provas musculares e determinar a condição funcional do segmento;

Para confeccionar órteses, adaptações e outros materiais o profissional deverá utilizar material compatível ao esforço humano, resistência adequada aos movimentos aos quais é submetido e o material não poderá oferecer nenhum tipo de rejeição a pele;

Modelar a órtese com uso de medidas antropométricas dos contornos do membro e marcações anatômicas sobre as proeminências ósseas e alinhamentos articulares, observar ainda, condições de pele e diâmetro ósseo;

Recortar o molde desenhado e testá-lo no paciente e fazer possíveis alterações (em casos específicos o Terapeuta pode utilizar o próprio corpo ou de outra pessoa hígida como referência para a modelagem, atentando aos cuidados com a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde);

Para Confecção de Aparelhos de Gesso:

Separar e higienizar os materiais necessários para confecção (gesso, bacia, malha tubular, algodão ortopédico, tesoura de gesso, traçado, perfex, etc.);

Cobrir segmento corporal com malha tubular, molhar a tala gessada em água fria, retirar o excesso de água, moldar sobre segmento do paciente e aguardar até o gesso ficar firme;

Retirar do paciente, fazer os ajustes necessários e armazenar em local seguro para secagem;

Aguardar por tempo mínimo de 12 horas para a secagem adequada;

Fazer o acabamento utilizando algodão ortopédico e malha tubular, após a secagem;

Colocar a órtese no paciente, deixar um período de aproximadamente de 2 horas para verificar se houver ponto de pressão;

Fazer os ajustes necessários, treinar e orientar o paciente e acompanhante quanto ao uso da órtese, a forma e tempo de uso.

Órteses de Punho e Mão

Confeccionar a órtese de repouso de acordo com os ângulos de flexão das metacarpofalangeanas e o ângulo neutro ou extensão das interfalangeanas. Nestas posições, os ligamentos colaterais encontram-se alongados, o que ajuda a evitar contraturas em extensão das metacarpofalangeanas e flexão das interfalangeanas, posição esta disfuncional e de difícil reversão, caso a mão enrijeça nesta posição.

Respeitar à conformação dos arcos palmares, na confecção de qualquer tipo de órteses. (Uma órtese que não obedeça a anatomia da mão, plana ou que até inverta a estrutura funcional dos arcos, pode levar a problemas que vão desde pressão, dor, desconforto, lesões por contato, encurtamento dos músculos intrínsecos da mão em posições disfuncionais).

Confeccionar a órtese, atentando-se as áreas de apoio, verificando se estão grandes o suficiente, para distribuir a pressão que possam lesionar a pele;

Supervisionar o uso gradativo da órtese para identificar pontos de pressão, garroteamento e posicionamento inadequado;

Orientar quanto ao tempo de utilização da órtese.

Órtese Suropodálica:

Confeccionar a órtese de posicionamento de MMII, Posicionar o membro alinhando o tornozelo de acordo com o ângulo de dorsiflexão pré-definido na prescrição (geralmente 90º). Manter o posicionamento até que o molde esteja completamente seco. Durante o processo, verificar se a área de apoio, estão grandes o suficiente, para distribuir a pressão que possam lesionar a pele;

Supervisionar o uso gradativo da órtese para identificar pontos de pressão, garroteamento e posicionamento inadequado;

Obs.: As características anatômicas e a disposição dos ossos devem ser consideradas no processo de moldagem das órteses. O tecido subcutâneo adjacente às proeminências ósseas é mínimo nestas regiões e o contato constante do mesmo com malha, gesso ou outro material do próprio aparelho, podem provocar lesões decorrentes de isquemia seguida de necrose.

Garantir que o paciente e/ou cuidadores compreendeu as orientações repassadas, quanto ao uso da órtese;

Orientar quanto ao tempo de utilização da órtese.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

Gesso;

Bacia;

Malha tubular;

Algodão ortopédico;

Tesoura de gesso;

Traçado;

Perfex,

EPI:

Luvas;

Touca;

Capote;

Máscara;

Óculos de proteção

RESPONSABILIDADE:

Terapeuta Ocupacional

QUANDO EXECUTAR:

Em todos os pacientes que possam desenvolver contraturas, retrações e deformidades físicas.

REGISTROS:

FOR.004.SAME Ficha de Evolução Multiprofissional

FOR.009.SAME Prescrição Médica

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES:

Não se aplica

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

Não se aplica

REFERÊNCIAS:

LOIOLA, F. D. SILVA, E. R. Otimização de órtese de Membros Inferiores para Utilização no Acometimento de Pé caído. Rio Verde: Goiás, 2017.

TOYOFUKU, M. H. TOYODA. C.Y. Órteses: estudos dos materiais utilizados em sua confecção por terapeutas ocupacionais paulistas. Projeto de pesquisa, UFSCar. São Carlos, 2000.

TROMBLY, C.A. *Terapia Ocupacional para disfunções físicas*. Trad. Therezinha Oppido. São Paulo: Santos, 1989.

ANEXO:

Não se aplica

HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do aprovador:

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) - NUTRIÇÃO

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 01	
	Atendimento Nutricional	
	EXECUTANTE:Nutricionista	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/09/22

Objetivo:

- Sistematizar e otimizar o trabalho do profissional Nutricionista e o cuidado ambulatorial nutricional ao paciente do hospital

Recursos necessários:

- Formulário de triagem e avaliação;
- Balança;
- Estadiômetro;
- Fita métrica inextensível;
- Adipômetro;
- Bioimpedância.

Etapas do Processo:

1-Verificar os agendamentos;

2-Realizar anamnese;

2.1- A avaliação do consumo alimentar é um procedimento que deve fazer parte da anamnese e avaliação nutricional. Com o objetivo de obter maior conhecimento sobre as características dos hábitos e das condições alimentares do paciente.

3-Realizar avaliação antropométrica;

3.1-Antropometria é a medida do tamanho corporal e de suas proporções. É um dos indicadores diretos do estado nutricional e inclui medidas de peso, altura, pregas cutâneas e circunferências de membros.

4-Quando necessário realizar avaliação por bioimpedância;

4.1-A avaliação da composição corporal é indicada para monitorar alterações nos compartimentos corporais, podendo auxiliar na identificação de como as patologias afetam o metabolismo energético e

as reservas. A bioimpedância resulta em determinação acurada da composição corporal de adultos saudáveis e sem distúrbios no estado de hidratação, e o ângulo de fase e a análise dos vetores são tidos como instrumentos de diagnóstico nutricional e de prognóstico clínico. A estimativa da composição corporal através da utilização da bioimpedância tem sido validada em diversas situações clínicas, como desnutrição, traumas, câncer, pré e pós-operatório, doenças hepáticas e insuficiência renal em crianças, idosos e atletas.

5-Fazer a solicitação e análise dos exames bioquímicos;

5.1-Conforme Resolução nº 306 do CFN, de 24 de março de 2003, "compete ao nutricionista a solicitação de exames laboratoriais necessários à avaliação, prescrição e evolução nutricional do paciente, devendo ter responsabilidade técnica sobre posteriores questionamentos que podem surgir"

5.2-A avaliação bioquímica faz parte dos métodos objetivos na avaliação nutricional por fornecer medidas objetivas e precoces de deficiências nutricionais antes da identificação de sinais e sintomas clínicos e auxilia no monitoramento do indivíduo em tratamento.

6-Realizar avaliação de a ingestão alimentar (Recordatório de 24 horas);

7-Realizar diagnóstico nutricional;

7.1- De acordo com a Resolução nº 417 do CFN, de 18 de março de 2008, "o diagnóstico nutricional é a identificação do estado nutricional do indivíduo, elaborado a partir de dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos".

8-Calcular necessidades nutricionais;

8.1-A calorimetria indireta é considerada o padrão ouro para a estimativa das necessidades energéticas por apresentar entre suas características: segurança, praticidade, não invasividade e possibilidade de ser realizada à beira leito. Na impossibilidade de utilização da mesma, recomenda-se o cálculo da estimativa através de quilocalorias por quilo de peso.

9-Registrar avaliação no prontuário do paciente

9.1- O prontuário é uma ferramenta de comunicação interprofissional importante, onde a padronização dos registros é parte essencial da sistematização do cuidado ao paciente por facilitar a comunicação multidisciplinar, além de ser obrigatório para respaldo legal do trabalho profissional e direito do paciente

10-Fazer acompanhamento e evolução do paciente, de acordo com a necessidade;

10.1-O acompanhamento de nutrição, ou seja, as reavaliações têm como objetivo avaliar as intervenções e a necessidade de definir novos diagnósticos de nutrição, objetivos e ações, comparando o estado nutricional atual do paciente com o anterior e analisando as metas propostas anteriormente.

11-Realizar orientação nutricional;

11.1-Orientação é o processo pelo qual os pacientes são auxiliados a **selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida**. Seguindo os mesmos exemplos, com o paciente com sobrepeso, a orientação nutricional seria explicar porque ele deve adquirir hábitos alimentares mais saudáveis, optando por alimentos menos calóricos.

12-Fazer plano alimentar ser necessário;

12.1-Na etapa do planejamento terapêutico, o nutricionista deve delinear intervenções com o objetivo de solucionar os problemas encontrados durante a avaliação do estado nutricional, descritos como diagnósticos nutricionais. Para cada diagnóstico de nutrição, deverá haver ações específicas com intuito de solucioná-lo.

13-Realizar encaminhamento para outras especialidades se necessário.

13.1-Através do encaminhamento é feito todo o descritivo de quais exames devem ser feitos, além da confirmação da possível comorbidade que o médico busca diagnosticar.

Responsável pela elaboração: Hanna

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

1.10.1.4 FARMÁCIA

PROTOCOLO - POP.FAR.002 ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS.

1. OBJETIVO

Armazenar medicamentos e materiais hospitalares de forma adequada.

2. APLICAÇÃO

Setor de Farmácia e Almoxarifado.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Farmácia hospitalar – É a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

3.2. Almoxarifado–Local destinado à guarda, conservação, manutenção e reposição de materiais adquiridos.

3.3. Armazenamento– Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque.

3.4. Bin – Caixa gaveteiro plástico

3.5. Medicamento de Controle Especial - Medicamento incluso na Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e suas atualizações

3.6. Medicamento Antimicrobiano - Medicamento que previne a proliferação de agentes infecciosos ou microorganismos ou que mata agentes infecciosos para prevenir a disseminação da infecção.

3.7. Medicamento termolábel – Medicamento particularmente sensível à ação da temperatura e que por isso geralmente requer armazenamento sob refrigeração (entre 2ºC e 8ºC)

3.8. Princípio ativo – é a substância que existe na composição do medicamento, responsável por seu efeito terapêutico.

3.9. Número do lote – qualquer combinação de números ou letras através da qual rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.

3.10. T.I. – Tecnologia e Informação

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Solicitar transferência dos produtos no controle de estoque entre Setores:

4.2. Etiquetagem:

4.2.1. Os medicamentos são etiquetados com as etiquetas de rastreabilidade oriundas do controle de estoque

4.2.2. Registrar no FOR.FAR.006.

4.2.3. As cores das etiquetas devem ser de acordo com alguns grupos de medicamentos:

4.2.3.1. Medicamentos de Alto Risco: Vermelho

4.2.3.2. Medicamentos de controle especial: Vermelho

4.2.3.3. Medicamentos antimicrobianos: Amarelo

4.2.3.4. Outros: Branca

4.2.4. Ao etiquetar ampola e frasco-ampola, priorizar a visibilidade na ordem:

4.2.4.1. Nome do princípio ativo

4.2.4.2. Lote e validade

4.2.5. Sempre etiquetar um lote de medicamento por vez, para evitar erros de etiquetagem

4.3. Os produtos são estocados nas prateleiras e armários, onde não recebe a luz direta do sol. Os produtos não devem ser colocados diretamente sobre o chão.

4.4. Os medicamentos sujeitos a controle especial são estocados no "Armário 1";

4.5. Os medicamentos Antimicrobianos são estocados no "Armário 2";

4.6. Os produtos termolábeis:

4.6.1. Devem ser estocados no refrigerador, com controle de temperatura;

4.6.2. As retiradas devem ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura;

4.6.3. Manter os refrigeradores sempre limpos e arrumados, a utilização é somente para medicamentos e kits de reagentes laboratoriais, sendo proibido acondicionar alimentos e bebidas;

4.6.4. Devem ser etiquetados com etiquetas de cor azul.

4.7. Ordenar os medicamentos em Ordem Alfabética do nome do princípio ativo dentro do subgrupo (1 – Frascos e Ampolas, 2 – Bisnagas, 3 – comprimidos, 4 – Frasco (gotas), 5 – Frasco (soluções e suspensões))

4.8. Não misturar medicamentos de lotes diferentes em um mesmo bin;

4.9. Os medicamentos com datas de validade mais próximas deverão ficar à frente, para que sejam distribuídos primeiramente; terão a etiqueta Roxa no bin como sinalização.

4.10. Não misturar com produtos de outra natureza (por exemplo, material de limpeza);

4.11. Devem conter nas prateleiras etiqueta informando o Nº de cadastro no software de gestão, nome do produto e unidade de medida. As formatações dos nomes de medicamentos devem estar de acordo com o FOR.FAR.013 LOCALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS. Outros materiais a etiqueta devem conter o nome.

4.12. O bin deve conter etiqueta informando o nome do medicamento e concentração. As formatações dos nomes devem estar de acordo com o FOR.FAR.013 LOCALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS.

4.13. Produtos vencidos:

4.13.1. Medicamentos de controle especial:

4.13.1.1. Baixar os produtos do estoque no controle de estoque

4.13.1.2. Os medicamentos de controle especial com validade expirada ficarão dentro do ARMÁRIO 01, dentro de uma caixa com o rótulo "MEDICAMENTOS VENCIDOS". Isso é para evitar a mistura entre medicamentos vencidos e os demais, evitando erros de dispensação

4.13.1.3. Descartar conforme procedimento da Vigilância Sanitária

4.13.2. Demais produtos:

4.13.2.1. Baixar os produtos do estoque no controle de estoque, segregar em um local identificado até que sejam encaminhados para o seu destino final de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Etiquetas

6. EPI

Não se aplica

7. RESPONSABILIDADE

Farmacêutico e Auxiliares de Farmácia

8. QUANDO EXECUTAR

Diariamente

9. REGISTROS

Não se aplica

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC:** Medicamento armazenado em local impróprio

10.2. **AÇÃO:** Colocar o medicamento no local adequado

10.3. **NC:** Impressão defeituosa de etiquetas

10.4. **AÇÃO:** Imprimir novamente a etiqueta, se o defeito persistir ligar para T.I para verificar a impressora de etiquetas.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estoques são inventariados semestralmente e qualquer discrepância devidamente esclarecida.

Deve-se respeitar o empilhamento máximo de cada produto descrito na embalagem do fabricante

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Gestão de Compras Hospitalar, Número 15 – Março/Abril/Maio 2012

12.2. Manual de Estruturação de Almoxarifado de Medicamentos e Produtos para a Saúde, e de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest, Área Temática da Assistência Farmacêutica, 2003.

12.3. BRASIL, Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Disponível em:

http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

12.4. Boas práticas de estocagem de medicamentos, Central de Medicamentos, Ministério da Saúde, Brasília, 1990.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.FAR.003 CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE.

1. OBJETIVO

Fazer o controle da temperatura e umidade do ambiente do Setor de Farmácia.

2. APLICAÇÃO

Setor de Farmácia.

3. DEFINIÇÕES

Termômetro - instrumento que mede temperatura.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O registro da temperatura e umidade do ambiente do Setor de Farmácia deve ser realizado às 8:00, 12:00 e 17:00 horas;

4.2. Conferir no visor do termômetro digital se está "IN", registrar a temperatura e umidade no Formulário FOR.FAR.002 e rubricar;

4.3. A temperatura deve estar entre 15 e 30 °C;

4.4. A umidade do ar deve estar entre 40 e 70%.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Termômetro digital;

5.2. Caneta;

5.3. Formulário FOR.FAR.002.

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Farmacêutico: descrição detalhada das atividades.

7.2. Auxiliares de Farmácia: descrição detalhada das atividades.

8. QUANDO EXECUTAR

Deve ser executado diariamente.

9. REGISTROS

9.1. FOR.FAR.002 CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: A temperatura estiver fora do intervalo de 15 e 30 °C.

AÇÃO: Verificar o funcionamento do ar condicionado, se estiver com defeito notificar o Setor de Manutenção.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Manual Termo – Higrômetro Incoterm.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.FAR.005 CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA.

1. OBJETIVO

Fazer o controle da temperatura da geladeira do Setor de Farmácia.

2. APLICAÇÃO

Setor de Farmácia e posto de enfermagem

3. DEFINIÇÕES

3.1. Termômetro: instrumento que mede temperatura.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O registro da temperatura da geladeira do Setor de Farmácia e Posto de Enfermagem deve ser realizado às 8:00 e 17:00 horas.

4.2. Registrar a temperatura atual no FOR.FAR.001 CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA, apertar o botão "Δ – MIN/MAX", logo em seguida registrar a temperatura mínima e temperatura máxima, e rubricar.

4.3. Após os registros, apertar o botão "Δ – MIN/MAX" por 5 segundos, para que o termômetro possa registrar novas temperaturas mínimas e máximas.

4.4. A temperatura deve estar entre 2 e 8 °C.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Termômetro digital;

5.2. Caneta;

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Farmacêutico

7.2. Auxiliares de Farmácia

8. QUANDO EXECUTAR

Deve ser executado diariamente.

9. REGISTROS

9.1. FOR.FAR.001 CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: temperatura fora do intervalo definido

AÇÃO: verificar o funcionamento do refrigerador, se estiver com defeito, notifica o Setor de Manutenção (Tel: 985915345).

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Manual Indrel Refremid.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	i. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

PROTOCOLO - POP.FAR.001 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS HOSPITALARES

1. OBJETIVO

1.1. Dispensar medicamentos e insumos hospitalares de acordo com a necessidade dos clientes.

1.2. Assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao cliente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

2. APLICAÇÃO

Farmácia, Enfermaria, Sala de Medicação, Sala de Gesso, Sala de Vacina, Sala de Curativo, Sala de Emergência, Centro Cirúrgico.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **Bin**: Caixa gaveteiro plástico

3.2. **SCIRAS**: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Saúde

3.3. **Dispensação**: Procedimento farmacêutico de fornecimento ao cliente de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, produtos para saúde e correlatos.

3.4. **Farmácia hospitalar**: É a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao cliente.

3.5. **SN:** se necessário

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. O Setor de Farmácia recebe a requisição de prescrição médica, requisição, solicitação de transferência entre locais de estoque, realizada pelo setor solicitante.

4.2. O colaborador (a) da Farmácia pega a medicação ou insumo hospitalar de acordo com a requisição, levando em consideração a quantidade dos produtos em estoque, colocá-lo em um saco plástico etiquetado com o nome do setor solicitante. Então deve-se dispensá-lo no controle de estoque

4.3. Entregar os produtos requisitados ao colaborador (a) do setor solicitante e pedir para que o mesmo (a) confira os produtos entregues, assine e carimbe a requisição impressa, atestando que a entrega está de acordo com o dispensado.

4.4. PRESCRIÇÃO: O colaborador (a) do Setor de Farmácia verifica se os elementos de identificação da instituição (nome do hospital), do cliente (nome completo, data de nascimento), do prescritor (nome e o número do CRM) e a data estão disponíveis. No horário em que o (a) farmacêutico (a) estiver presente no Hospital, a prescrição médica será colocada na pasta "PRESCRIÇÕES A SEREM TRIADAS" para que o farmacêutico (a) possa avaliá-la tecnicamente (dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, interações medicamentosas). Após a avaliação, o (a) farmacêutico (a) colocará na pasta "PRESCRIÇÕES TRIADAS"

4.4.1. O (a) auxiliar de farmácia ou o próprio (a) farmacêutico (a) dispensa os medicamentos e materiais no controle de estoque

4.4.2. Colocar os medicamentos dispensados em um saco plástico, separados por horário e etiquetado com o nome completo e data de nascimento do cliente de acordo com os Kits:

4.4.2.1. KIT 00: primeiro horário até 18:59 horas;

4.4.2.2. KIT 01: 19:00 horas até 06:59 horas;

4.4.2.3. KIT 02: 07:00 horas até 13:59 horas;

4.4.3. Conferir antes da dispensação se os medicamentos estão de acordo com a prescrição médica.

4.4.4. A dispensação dos KITs ocorrerá:

4.4.4.1. KIT 00: no momento do término da confecção, se internação, e antes das 14 horas para clientes internos;

4.4.4.2. KIT 01: até as 19:30 horas.

4.4.4.3. KIT 02: até às 07:30 horas.

4.4.5. O colaborador do plantão noturno confere o KIT 01 e o colaborador do plantão diurno confere o KIT 02 antes de levá-lo para a Enfermaria.

4.4.6. Levar os produtos até a Enfermaria, conferir os produtos juntamente com equipe de enfermagem e solicitar ao colaborador (a) da equipe de enfermagem responsável pela conferência, a assinatura, carimbo e horário de recebimento na prescrição correspondente aos produtos entregues..

4.5. Colocar as prescrições na pasta "PRESCRIÇÕES COM MEDICAMENTOS DISPENSADOS".

4.5.1. Os **medicamentos SN** não são dispensados juntamente com os outros medicamentos da prescrição. Quando solicitado pegar medicamento e dispensar no controle de estoque e grampear junto com a prescrição médica de origem.

4.6. Se por algum motivo, não for efetuada a dispensação dos medicamentos da prescrição de acordo com o item **4.5.1**. Os mesmos serão excluídos da requisição para não gerar pendências no sistema.

4.7. Após a avaliação técnica da prescrição (item 4.1) pelo (a) farmacêutico (a), registra em prontuário eletrônico e impresso a forma de avaliação da prescrição, e se houver, registrar erro de prescrição, intervenção farmacêutica e aceitabilidade da intervenção.

4.8. O (a) farmacêutico (a) alimenta a planilha de quantidade de prescrições triadas por plantão.

4.9. Se houver erro, o (a) farmacêutico (a) alimenta planilha de erros de prescrição, intervenção farmacêutica.

4.10. No plantão diurno o (a) farmacêutico (a) alimenta a planilha de chegada das prescrições médicas (clínica médica e pediatria) de acordo com o horário padronizado. (Descrito nas considerações gerais)

4.11. No plantão diurno o (a) farmacêutico (a) alimenta a planilha de quantidade de pacientes (clínica médica e pediatria) com kits de medicamentos dispensados de acordo com o horário padronizado.

4.12. No plantão diurno o (a) farmacêutico (a) atualiza o FOR FAR 026 ALERTA DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS diariamente.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Saco plástico;

5.2. Seladora;

5.3. Etiquetas adesivas com dados do paciente;

5.4. Computador conectado à rede do hospital;

5.5. Caneta.

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos e Auxiliares de Farmácia.

8. QUANDO EXECUTAR

Todo o período de funcionamento da Farmácia.

9. REGISTROS

9.1. Prescrição médica;

9.2. Requisições

9.3. Caderno de Ocorrências da Farmácia.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: O sistema não funciona.

AÇÃO: Anotar em um papel e repassar para o sistema assim que voltar a funcionar corretamente.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Em acordo realizado entre Setor de Farmácia e Diretoria Técnica, as prescrições referentes aos clientes internados devem ser entregues na Farmácia até as 12:00 horas para que a medicação e insumos prescritos sejam entregues à Enfermaria até as 14:00 horas.

11.2. Se houver dois ou mais clientes internados com o mesmo Nome e Data de nascimento, adicionar na etiqueta o número de sua ficha/prontuário.

11.3. A análise técnica das prescrições realizadas pelo farmacêutico prioriza:

11.3.1. Clientes internados recentemente, no qual nenhuma prescrição foi triada anteriormente.

11.3.2. Clientes com idade acima de 65 anos e abaixo de 12 anos.

11.4. Qualquer dúvida em relação a prescrição deve ser sanada diretamente com o prescritor.

11.5. Não deverá ser separado simultaneamente, medicamentos de prescrições diferentes

11.6. Os medicamentos de alto risco devem seguir o DI.FAR. 001 MANUAL TÉCNICO DE MEDICAMENTO DE ALTO RISCO.

11.7. No caso da indisponibilidade do carimbo de qualquer profissional, o número de registro no respectivo conselho de classe o substitui.

12. REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Resolução Nº 568, de 6 de dezembro de 2012, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada.

12.2. BRASIL, Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Disponível em:

http://www20.anvisa.gov.br/segurancadocliente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ii. ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1º aprovador:	Nome 2º aprovador:
Ass.emissor	Ass.1º Aprovador:	Ass.2º Aprovador:

PROTOCOLO - POP.FAR.007 ROTINA DE ATIVIDADES RELACIONADAS A FARMÁCIA CLÍNICA.

1. OBJETIVO

Estabelecer uma rotina de atividades relacionadas à Farmácia Clínica.

2. APLICAÇÃO

Internação

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acompanhamento Farmacoterapêutico: é o cuidado farmacêutico, em conjunto com outros profissionais de saúde e o usuário, que visa garantir que o usuário obtenha os melhores resultados possíveis do tratamento por meio de seus medicamentos e atinja os objetivos terapêuticos desejados.

3.2. Farmácia Clínica: trata-se de um conhecimento, uma disciplina ou ainda uma área do currículo de Farmácia que prepara o farmacêutico para a atenção ao usuário, com ênfase no tratamento medicamentoso. Busca o desenvolvimento de atitudes voltadas à orientação ao usuário.

3.3. Reconciliação medicamentosa: é o processo de obtenção de uma lista completa e precisa das medicações de uso habitual do usuário e posterior comparação com a prescrição oriunda da internação hospitalar.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Aos pacientes que trouxerem medicamentos para uso durante a internação:

4.1.1. Realizar entrevista com o usuário selecionado verificando:

4.1.1.2 A presença de alergias;

4.1.1.3 Existência de Patologias anteriores;

4.1.1.4 Restrição cultural e/ou religiosa relacionado ao uso de medicamentos e/ou insumos;

4.1.1.5 Preferência por alguma via de administração;

4.1.1.6 Forma de obtenção das informações

4.1.1.7. Realizar Reconciliação Medicamentosa e;

4.1.1.8 Fazer validação dos medicamentos trazidos pelos pacientes verificando:

4.1.1.8.1 Data de validade,

4.1.1.8.2 Integridade da embalagem

4.1.1.8.3 Origem

4.1.1.8.4 Aspecto

4.1.1.8.5 Identificação

4.1.2 Registrar no prontuário do Paciente.

4.2. Acompanhamento farmacoterapêutico

4.2.1 Para acompanhamento farmacoterapêutico, os critérios de seleção na ordem de prioridade são pacientes:

4.2.1.1 Em uso de sonda nasoenteral, nasogástrica e/ou tubo endotraqueal

4.2.2.2 Com idade acima de 65 anos e abaixo de 12 anos

4.2.3.3 Com infecção do trato urinário e/ou pneumonias

4.2.4.4 Em uso de medicamentos de alto risco

4.2.2 O paciente que se enquadra nos critérios e disponibilidade de tempo do farmacêutico (a) para início do acompanhamento farmacoterapêutico, realizar item 4.1.

4.2.3. Avaliar quadro clínico do paciente, hipótese diagnóstica, exames laboratoriais, medicamentos prescritos, concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos a medicamentos;

4.2.4 Acompanhar evolução;

4.2.5 No momento da alta: orientar o usuário e familiares presentes sobre a indicação dos medicamentos, modo de uso, possíveis eventos adversos, entre outras informações importantes.

4.3 As avaliações e intervenções deverão ser registradas no software de gestão, impressas, assinadas, carimbadas e anexadas ao prontuário do paciente.

4.4. Intervenções relacionadas à prescrição médica deverão ser discutidas com a equipe responsável.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Caneta;

5.2. FOR.FAR.008 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA;

5.3. Software de Gestão Hospitalar.

6. EPI

EPI de acordo com o tipo de precaução ao paciente.

7. RESPONSABILIDADE

Farmacêutico: executar as atividades detalhadas.

8. QUANDO EXECUTAR

Durante dias úteis.

9. REGISTROS

9.1. Evolução no software de Gestão Hospitalar.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Não foi possível evoluir no dia por problemas no sistema.

AÇÃO: Evoluir de forma manual e anexar ao prontuário, imprimindo e anexando ao prontuário a evolução no primeiro momento após a resolução da não conformidade.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

12. REFERÊNCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. CFF. Conselho Federal de Farmácia. RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013, Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências

12.2. ZUBIOLI, A. A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária. Ethosfarma: Brasília, 2001

12.3. BRASIL, Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

12.4. MARTINBIANCHO, J. K.; ZUCKERMANN, J.; MAHMUD, S. D. P.; SANTOS, L. DOS; JACOBY, T.; SILVA, D. DA; VINHAS, M. Development of risk score to hospitalized patients for clinical pharmacy rationalization in a high complexity hospital. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 30, n. 7, p. 1342–1347, 2011.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador	Ass.2º aprovador

POP 01 - RECEBIMENTO DE PRODUTOS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 01 Recebimento de Produtos	
	Almoxarifado e Farmácia	
	EXECUTANTE: Almoxarife e Farmacêutica	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Recebimento e armazenamento de produtos em geral.

Recursos necessários:

- Prateleiras; computadores; sistema MV; nota fiscal; materiais de expediente.

Etapas do Processo:

- Recebimento de mercadorias pelo Almoxarife;
- Conferência dos produtos por meio da nota fiscal;
- Os medicamentos, em especial os controlados pela Portaria nº 344/1998, devem ser conferidos pela Farmacêutica responsável;
- Se a conferência estiver de acordo o Almoxarife deve prosseguir para o lançamento da nota fiscal no sistema MV;

• Se houver alguma divergência, entrar em contato com a empresa responsável para correção ou devolução da mercadoria, para posterior lançamento da nota fiscal no sistema; • Entregar a nota fiscal para o setor de pagamento; • Fazer a transferência dos itens para a Farmácia; • Acondicionar os produtos de forma ordenada. **Periodicidade:** Sempre que chegar mercadoria.

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 02 - SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS PARA O ALMOXARIFADO

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 02 Solicitação de Produtos para o Almoxarifado	
	Farmácia	

	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Garantir o abastecimento correto do estoque.

Recursos necessários:

- Prateleiras, computadores; sistema MV; materiais de expediente.

Etapas do Processo:

- Verificar estoque de produtos;
- Solicitar produtos que estão em falta na Farmácia ou que estão próximos de acabar;
- Pedir a transferência dos produtos pelo sistema MV para o almoxarifado;
- Fazer a conferência após entrega pelo almoxarife;
- Aceitar a transferência via sistema MV;
- Acondicionar os produtos de forma ordenada.

Periodicidade: Semanalmente, conforme necessidade.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 03 - ORGANIZAÇÃO FARMÁCIA

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 03 Organização	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Manter o ambiente organizado, limpo e de fácil visualização.

Recursos necessários:

- Prateleiras; computador; materiais de expediente; espanador; álcool e flanela.

Etapas do Processo:

• Disposição das prateleiras de forma dinâmica; • Clareza na sinalização dos produtos; • Separação por grupos ou seção em que se enquadram; • Arranjo por ordem alfabética.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 04 - LIBERAÇÃO DE PRODUTOS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 04 Liberação de Produtos	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:
• Liberar os produtos conforme necessidade de cada setor.
Recursos necessários:
• Computador; materiais de expediente; sistema MV.
Etapas do Processo:
• Recebimento de solicitação pelo sistema MV; • Conferência pela farmácia da solicitação; • Separação dos produtos; • Atendimento da solicitação pelo sistema; • Entrega dos produtos ao responsável pela solicitação.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 05 -DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 05 Dispensação de Medicamentos	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia (sob supervisão)	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Garantir a correta dispensação de medicamentos.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV; prescrição médica.

Etapas do Processo:

- Recebimento da prescrição solicitada pelo sistema MV;
- Triagem da prescrição médica pelo farmacêutico;
- Separação da medicação;
- Atendimento da prescrição pelo sistema MV;
- Entrega e conferência da medicação, lote e validade.

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 06 - REGISTRO DAS ENTRADAS E SAÍDAS DE MEDICAMENTOS NOS LIVROS DE PSICOTRÓPICOS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 06 Registro das Entradas e Saídas de Medicamentos nos Livros de Psicotrópicos	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Registrar nos Livros de Psicotrópicos abertos na SUVISA todas as entradas e saídas de medicamentos que constam na Portaria nº 344/1998, no livro corresponde (conforme lista constante na Portaria nº 344/1998).

Recursos necessários:

- Materiais de expediente; prescrição MV; livros de psicotrópicos.

Etapas do Processo:
• Após a conferência das NF, entrada no sistema MV pelo almoxarifado e transferência dos medicamentos para a Farmácia, dar entrada de acordo com a NF no livro correspondente (conforme lista constante na Portaria nº 344/1998); • Após o recebimento da prescrição médica feita via sistema MV, a baixa do medicamento no sistema, conferência do lote e validade e realização da dispensação, dar saída de acordo com a prescrição médica no livro correspondente (conforme lista constante na Portaria nº 344/1998).

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 07 - SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS PARA COMPRAS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 07 Solicitação de Produtos para Compras	
	Farmácia	

	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Repor o estoque para atender às necessidades dos setores e evitar possíveis faltas.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV; e-mail corporativo.

Etapas do Processo:

- Identificar os produtos que estão em falta e em pequenas quantidades no estoque;
- Fazer a solicitação de compras pelo MV;
- Encaminhar o número da solicitação para o almoxarifado, via e-mail, para que enviem ao setor responsável pelas compras.

Periodicidade: Mensalmente.

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 08 - CONFERÊNCIA DAS VALIDADES

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 08 Conferência das Validades	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: 09/09/21 Revisão: 09/10/21

Objetivo:

- Garantir a perda mínima de produtos.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV; e-mail corporativo.

Etapas do Processo:

- Puxar relatório pelo MV dos produtos que estão próximos do vencimento;
- Deixá-los mais a frente na prateleira para serem dispensados primeiro;
- Entregar relatório com os produtos próximos de vencimento para a coordenadora da enfermagem para que deem prioridade a eles e assim evitar a perda dos mesmos;
- Enviar relatório com os produtos próximos de vencimento para o responsável pelas compras para que o mesmo veja a possibilidade de troca com outra Unidade;
- Retirar os produtos vencidos das prateleiras e armazená-los em local apropriado até o recolhimento;

• Dar baixa dos produtos vencidos no sistema e solicitar conferência da coordenação; • Fazer uma planilha com as perdas para ser entregue para a empresa responsável pela incineração; • Entregar os produtos vencidos para a empresa responsável pela incineração e armazenar uma cópia com assinatura do recolhimento; • Os psicotrópicos vencidos devem ser enviados para a SUVISA, com relatório realizado pela Farmacêutica dos vencidos com dados completos da medicação; após enviados dar baixa no livro correspondente de acordo com documento entregue pela SUVISA. **Periodicidade:** Mensalmente.	
Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação
	Assinatura do representante: / Data:

POP 09 - CONFERÊNCIA DE ESTOQUE

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 09 Conferência de Estoque	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão:

		Revisão:
Objetivo:		
• Certificar que o relatório de estoque do MV confere com o estoque físico, mantendo o controle adequado e identificando possíveis erros.		
Recursos necessários:		
• Computador; materiais de expediente; sistema MV; e-mail corporativo.		
Etapas do Processo:		
• Impressão da posição de estoque atual no sistema MV; • Contagem e comparação do estoque físico com a posição de estoque; • Envio do relatório de posição de estoque para o Diretor Financeiro via e-mail. **Periodicidade:** Mensalmente.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 10 - RELATÓRIO DE SAÍDAS MENSAIS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 10 Relatório de Saídas Mensais Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: Revisão:

Objetivo:

- Proporcionar uma visão aprofundada das movimentações de cada setor e auxiliar no controle financeiro.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV; e-mail corporativo, tabelas padronizadas.

Etapas do Processo:

- Puxar os relatórios de saídas por setor e por paciente do mês anterior, tanto da Farmácia como dos Carrinhos de Emergência pelo sistema MV;
- Confecção de planilha que contenha os medicamentos e materiais e as respectivas quantidades e valores unitários que saíram no determinado mês para cada setor;
- Preenchimento da planilha de projeto de custo (disponibilizada pelo Diretor Financeiro) com a quantidade de itens que saíram por setor;
- Envio dos relatórios e planilhas para o Diretor Financeiro via e-mail.

Periodicidade: Mensalmente.

Responsável pela elaboração: Tauana Luiza Echer		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 11 - REALIZAÇÃO DE INVENTÁRIO

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 11 Realização de Inventário	

	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: Revisão:

Objetivo:

- Garantir o controle correto de estoque.

Recursos necessários:

- Computador; materiais de expediente; sistema MV.

Etapas do Processo:

- Impressão da posição de estoque atual no sistema MV;
- Contagem e comparação do estoque físico com a posição de estoque;
- Iniciar o inventário conforme o estoque presente na farmácia;
- No sistema MV, começar com a ABERTURA DO INVENTÁRIO, onde serão digitados todos os produtos com estoque na farmácia através dos códigos preexistentes, após digitados e salvos todos os produtos anotar o código gerado;
- Em seguida ir em DIGITAÇÃO DE PRODUTOS, informar o código gerado no item anterior e digitar novamente todos os produtos, mas dessa vez com lote, validade e quantidade;
- Posteriormente ir à GERAÇÃO DO INVENTÁRIO, digitar o código já gerado e finalizar o inventário.

Periodicidade: Anualmente ou em alguma situação excepcional solicitada pela diretoria.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 12 - REGISTRO DE TEMPERATURA E UMIDADE

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 12 Registro de Temperatura e Umidade	

	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Auxiliar de Farmácia	Emissão: Revisão:

Objetivo:

- Garantir o controle de temperatura e umidade do ambiente da Farmácia, sala dos controlados e câmara fria.

Recursos necessários:

- Tabela de registro de temperatura; materiais de expediente; termohigrômetro, câmara fria.

Etapas do Processo:

- Anotar em planilha confeccionada para uso mensal a temperatura atual, máxima e mínima e a umidade identificada no termo higrômetro presente no ambiente da farmácia;
- Anotar em planilha confeccionada para uso mensal a temperatura atual, máxima e mínima e a umidade identificada no termo higrômetro presente na sala dos controlados;
- Anotar em planilha confeccionada para uso mensal a temperatura atual, máxima e mínima identificada na câmara fria;
- Observar as especificações definidas em cada planilha e se houver alguma irregularidade determinar o motivo e resolver o problema;
- As temperaturas e umidades devem ser anotados três vezes ao dia (ao chegar na Unidade, antes de ir para o almoço e antes de terminar o expediente).

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 13 - CONFERÊNCIA DOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIAS

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 13 Conferência dos Carrinhos de Emergências	
	Farmácia	

	EXECUTANTE: Farmacêutica	Emissão: Revisão:

Objetivo:

- Garantir o controle periódico da quantidade e validade dos medicamentos e materiais presentes nos carrinhos de emergências.

Recursos necessários:

- Checklist; lacres, materiais de expediente; computador, carrinhos de emergência.

Etapas do Processo:

- Imprimir o checklist correspondente de cada carrinho;
- Retirar o lacre e anotar o número do lacre retirado no checklist;
- Conferir a quantidade de cada produto e a validade de acordo com o chek list;
- Se houver algum produto próximo de vencer retirar do carrinho e realizar a reposição do produto com validade estendida e atualizar a planilha de validades;
- Lacrar o carrinho com novo lacre e anotar o número do lacre colocado no check list que deverá ser assinado pela Farmacêutica responsável;
- Guardar o check list na Farmácia em pasta específica.

Periodicidade: Mensalmente.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

POP 14 - REPOSIÇÃO DOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIA

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 14 Reposição dos Carrinhos de Emergência	
	Farmácia	
	EXECUTANTE: Farmacêutica e Equipe da Enfermagem.	Emissão: Revisão:
Objetivo:		
• Garantir o estoque completo e adequado dos Carrinhos de Emergência.		
Recursos necessários:		
• Computador; lacres, materiais de expediente; sistema MV; carrinhos de emergências.		

Etapas do Processo:
• Se houver a retirada de algum item com validade próxima, o mesmo deve ser encaminhado à Farmácia, onde a Farmacêutica dará baixa do item no estoque do carrinho correspondente e armazenará o produto para descarte juntamente com os produtos vencidos da Farmácia; além disso fará a reposição do item com outro de validade estendida; • Se houver a utilização de algum produto do carrinho, a equipe de enfermagem deverá informar e solicitar à Farmácia os itens utilizados para que seja feita a reposição; bem como fazer a solicitação pelo MV dos itens utilizados para o carrinho que foi aberto; • Em ambos os casos a Farmacêutica fará a transferência de estoque da Farmácia para o estoque do Carrinho correspondente; • Em caso de medicamentos, o médico responsável deverá fazer a prescrição do medicamento utilizado para justificar a transferência de estoque. **Periodicidade:** Sempre que algum carrinho for usado.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

1.11 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO LABORATÓRIO

1.11.1 Estrutura Organizacional -Normas Do Funcionamento Do Laboratório

UNIDADE DE SAÚDE	Manual de Normas e Rotinas **Laboratório**	EO.1	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL NORMAS DO FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO		Revisão	
		No:	Data:

Horário de funcionamento do serviço:

Funcionamento 24 horas (contínuo e ininterrupto durante as 24 horas), obedecendo a normas e rotinas.

Farmacêutico ou bioquímico: de segunda a sexta-feira das 07h às 17h – conforme escala;

Técnicos de laboratório (plantonista): das 07h às 19h – conforme escala;

Auxiliares técnicos: de segunda a quinta-feira das 07h às 17h e sexta-feira das 07h às 16h;

Auxiliar administrativo: de segunda a quinta-feira das 07h às 17h e sexta-feira das 07h às 16h.

Clientes da área/serviço

Pacientes e médicos

Normas

Do atendimento:

Pacientes dos PSF's serão atendidos quando encaminhados pelos mesmos, portando a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame desejado e assinatura do médico com o CREMEG;

Pacientes do ambulatório serão atendidos quando encaminhados, via ambulatório, portando a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame desejado e assinatura do médico com o CREMEG;

Pacientes do Pronto Atendimento - Urgência/Emergência serão atendidos quando ingressos neste setor e solicitado pela equipe médica, com atenção preferencial e prioritária, mediante solicitação do SUS, devidamente preenchida e assinada.

Do horário de coleta e recebimento de exames:

Pacientes do ambulatório e PSF's: de segunda a sexta-feira das 07h às 09:30h, excluindo os feriados, seguindo a rotina;

Pacientes internados serão atendidos quando encaminhados, via internamento, com a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida e assinada pelo médico, dentro das 24 horas de funcionamento, seguindo as normas e rotinas;

Do Pronto Atendimento - Urgência/Emergência serão atendidos quando encaminhados, via Emergência, com a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida e assinada pelo médico, nas 24 horas de funcionamento, seguindo as normas e rotinas, com atenção preferencial e prioritária.

Da realização dos exames:

PSF's e ambulatório: de segunda a sexta-feira das 07h às 17h, excluindo feriados, seguindo a rotina;

Pacientes internados: 24 horas, seguindo a rotina;

3. Emergência: 24, seguindo a rotina em caráter preferencial e prioritário.

Da entrega de resultados:

PSF's e ambulatório: 7 dias úteis – de segunda a sexta-feira das 15h às 16:30h;

Pacientes internados: 2 horas após a coleta – sendo o exame encaminhado mediante protocolo por um profissional do setor para o posto de enfermagem;

Emergência: 1 hora após a coleta – sendo o exame encaminhado mediante protocolo por um profissional do setor para o posto de enfermagem.

Das escalas de serviço e plantões:

As trocas de escalas e plantões somente serão concedidas mediante solicitação previa da chefia imediata e devidamente registrada no Livro de Ocorrências.

As agulhas utilizadas para coleta de material (sangue) deverão ser sempre descartáveis (25/8 ou 30/9);

Para a realização de punção digital, usar somente lancetes descartáveis ou agulhas do tipo BENSAÚDE de ponta regulável e que deverá ser conservada em álcool iodado no início da coleta;

O papel filtro utilizado para a realização do tempo de sangramento deverá ser dividido em pequenas tiras e guardados em caixa limpa com tampa ou placa de PETRI;

O algodão para coleta deverá ser cortado em pequenos chumaços e guardados em recipiente apropriado com tampa;

Antes de realizar a coleta de sangue, a assepsia do local deverá ser feita com um chumaço de algodão embebido em álcool absoluto, álcool à 70% ou álcool iodado;

O garrote utilizado na coleta de sangue deverá está sempre limpo (lavado) e deverá ser lavado após cada coleta;

Durante a coleta de sangue, retirar o garrote antes de retirar a agulha;

Observar o silêncio e comunicar-se em tom baixo dentro do setor;

Manter a higiene pessoal;

Evitar discussões na presença de pacientes e familiares;

Não realizar refeições no ambiente de trabalho;

Não fumar no ambiente de trabalho ou em qualquer outra dependência interna do hospital;

Respeitar sigilo e ética, sendo falta grave a divulgação de qualquer informação relativa a exames, mesmo tratando-se de funcionário da instituição;

Usar os EPI's adequados e necessários para a realização das tarefas dentro do laboratório;

Registrar toda e qualquer ocorrência no Livro de Ocorrências. ;

As notificações compulsórias deverão ser entregues semanalmente à Coordenação de Enfermagem;

O BPA deverá ser emitido em duas vias e entregue mensalmente, até o dia 21, sendo uma cópia para a Direção e outra para o SAME.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação Assinatura do representante Data:

1.11.1.1 Recomendações Gerais Para O Funcionamento Do Laboratório

UNIDADE DE SAÚDE	**NORMAS DE COLHEITA**	EO. 2	
		Emissão	
RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA O FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO		No:	Data:

NORMAS DE COLHEITA DE AMOSTRAS.

"A colheita da amostra constitui a primeira fase da análise do produto".

Dentro do conceito de que a análise começa com a colheita da amostra, o serviço de colheita deve estar bem integrado com o laboratório, devendo haver sincronismo entre a remessa e a capacidade do laboratório em executar as análises.

As amostras para exames físico-químicos deverão ser enviadas separadas daquelas destinadas a exame microbiológico.

Sempre que possível, tais amostras devem ser enviadas em sua embalagem original, para evitar modificações em suas características originais. Quando tal procedimento for inviável, em função do volume mínimo disponível para colheita, aceitar-se-á o fracionamento pela pessoa que a efetuar, desde que o

mesmo seja realizado em condições adequadas, cabendo nesse caso, ao fracionador da amostra, toda a responsabilidade pela modificação das características iniciais do produto.

As amostras para exames físico-químico deverão ser acondicionadas em recipientes limpos e íntegros (sem perfurações, rachaduras, etc.) na quantidade mínima de 500 (quinhentos) gramas. Quando o peso unitário não atingir o mínimo aqui estabelecido, deverão ser colhidas tantas unidades quantas necessárias para se obter aquele quantitativo. Neste caso, cuidados especiais são necessários para que todas as unidades pertençam ao mesmo lote, partida, data de fabricação, etc., a fim de serem mantidas as características de homogeneidade da amostra.

Em casos especiais, a amostra poderá ser acompanhada de relatório adicional, contendo informações que possam auxiliar o analista na condução do seu trabalho.

Somente serão aceitas pelo laboratório as amostras que vierem acompanhadas de indicação precisa do(s) tipo (s) de exame (s) a ser (em) realizados.

1.8. Depois de colhidas, as amostras deverão ser acondicionadas adequadamente, para evitar qualquer alteração nas mesmas até sua chegada ao laboratório. Assim, as amostras de produtos facilmente alteráveis deverão ser acondicionadas em recipientes isotérmicos, e acompanhadas de gelo ou outra substância refrigerante, cuidando-se sempre para que não haja contatos deste com a amostra.

Providências especiais deverão ser tomadas para que o tempo decorrido entre a colheita da amostra e sua chegada ao laboratório seja o mais breve possível, recomendando-se que seja evitada a utilização de mecanismos que impliquem em estocagem intermediária entre o ponto de colheita e o laboratório.

Somente serão aceitas para análise, amostras que houverem sido acondicionadas em embalagem lacrada pela pessoa que efetuou a colheita, sugerindo-se, para tal, a utilização de lacre ou outro tipo de fechamento hermético, que não possa ser violado sem que se torne evidente. Tal providência se faz necessária para evitar a substituição ou adulteração da

amostra entre o ponto de colheita e o laboratório, com reflexos no resultado da análise.

Todas as amostras que chegarem ao laboratório em condições diferentes das aqui preconizadas, serão recusadas, cabendo ao laboratório notificar, à pessoa que realizou a colheita, as razões da não aceitação.

NORMAS TÉCNICAS DE FUNCIONAMENTO DOS LABORATÓRIOS

LIMPEZA

2.1.1. Todo material de laboratório deve ser impecavelmente limpo, para que não haja influência de resíduos das análises anteriores nas posteriores. Esses resíduos devem ser solúveis em água, ácidos, bases, solventes orgânicos ou em mistura sulfocrômica.

2.1.2. Nunca usar um recipiente ou aparelho qualquer duas vezes, sem lavá-lo antes, mesmo que ele venha a conter a mesma substância.

2.1.3. É conveniente sempre usar escova, para a limpeza perfeita do material.

Depois de limpos, devem ser enxaguados com água corrente, 3 a 4 vezes, depois com água destilada, também 3 a 4 vezes e secados em estufa.

2.1.4. Depois de limpos e secos devem ser guardados nos respectivos lugares, evitando sempre o contato manual quando são vidros de análises. Os materiais depois de limpos devem ser tampado com algodão para evitar que poeiras penetrem dentro dos frascos prejudicando as análises.

2.1.5. Na limpeza de materiais de vidro difíceis de serem limpos com solventes orgânicos, usa-se mistura sulfocrômica que limpa o resíduo por

oxidação. A mistura sulfocrômica é preparada com bicromato de potássio e ácido sulfúrico, da seguinte maneira: Dissolve-se 100 g de bicromato de potássio em quantidade mínima de água e completa-se o volume até 1000ml com ácido sulfúrico concentrado. Deve-se conservar a solução em vidro escuro, provido de rolha esmerilhada. Deve-se limpar o material com a mistura sulfocrômica e em seguida enxaguar com água várias vezes, depois passar água destilada e secar em estufa. Na falta de mistura sulfocrômica usa-se HCℓ concentrado. Devido à sua alta reatividade, na manipulação e preparo da mistura sulfocrômica devem ser observados:

a) O uso de luvas de borracha.

b) Dissolver o bicromato em água e depois adicionar o ácido, cuidadosamente, para evitar respingar, sob contínua agitação.

c) Não fazer esta agitação â velocidade elevada; deve ser sempre lenta para evitar espargimento.

d) A solução quando nova ou ativa tem cor castanho avermelhado, com o tempo e uso torna-se esverdeada, devendo ser substituída.

e) Para jogar a mistura fora, deve-se abrir a torneira da pia antes de derramá-la e então despejá-la aos poucos e espaçadamente.

2.1.6. Para limpeza de materiais de vidro de diâmetro pequeno, tais como pipetas, pode-se encher uma proveta grande (1000ml) e colocar as pipetas dentro,

com o bico para cima, no fundo da proveta deve-se colocar uma esponja de nylon para amortecer a batida com o fundo da proveta.

2.1.7. O laboratório deve estar sempre limpo, evitando-se acúmulo de vidros e outros objetos de uso sobre as mesas e pias.

2.1.8. As amostras devem ser guardadas em armários próprios, arrumadas de tal modo que se torne fácil a localização de qualquer uma delas em determinado momento.

2.1.9. As gavetas devem ser constantemente arrumadas evitando-se acúmulo

de materiais desnecessários e fora de uso que deverão ser encaminhados à oficina ou almoxarifado.

2.1.10. As pastas individuais de resultados analíticos devem ficar em lugar próprio, de fácil localização para evitar-se que se extraviem, sendo de inteira responsabilidade do analista ao qual pertence.

2.2. REGRAS DE SEGURANÇA

2.2.1. Não trabalhar com material imperfeito, principalmente vidros que tenham arestas cortantes. Todo material quebrado deverá ser desprezado.

2.2.2. Sempre adicione ácidos à água, nunca água à ácidos.

2.2.3. Não retornar os reagentes aos vidros primitivos, mesmo que não tenham sido usados, coloque os sólidos em um recipiente especial para refugos químicos. Os líquidos, quando não forem inflamáveis, podem ser despejados na pia, com bastante água corrente.

2.2.4. Lubrificar os tubos de vidro, termômetros etc..., antes de inseri-los em uma rolha. Proteger as mãos com luvas apropriadas ou enrolar a peça de vidro em uma toalha, nesta operação.

2.2.5. Ter muita cautela quando for testar um produto químico por odor; não coloque o produto ou frasco diretamente sob o nariz.

2.2.6. Utilizar a capela sempre que for trabalhar uma reação que liberte fumos venenosos ou irritantes.

2.2.7. Nunca deixe sem atenção qualquer operação onde haja aquecimento ou que reaja violentamente.

2.2.8. Improvisações são o primeiro passo a um acidente. Use material adequado.

2.2.9. Feche com cuidado as torneiras de gás, evitando o seu escape.

2.2.10. deixar sobre a mesa, vidro quente, pois podem pegá-lo inadvertidamente.

2.2.11. trabalhar.com inflamáveis perto dos bicos de gases acesos ou resistências elétricas ligadas.

2.2.12. Nunca trabalhar ou aquecer tubos de ensaio com a abertura dirigida contra si ou outrem. Dirija-o para dentro da capela.

2.2.13. aquecer reagentes em sistemas fechados.

2.2.14. nca fumar dentro de um laboratório.

2.2.15. igar o exaustor toda vez que houver escape de vapores ou gases no laboratório.

2.2.16. Antes de proceder, uma reação da qual não saiba totalmente os resultados, faça uma, em escala, na capela.

2.2.17. Ter completa consciência da localização do chuveiro de emergência, lavadores de olhos e extintores, sabendo como usá-los corretamente.

2.2.18. pipetar líquidos cáusticos ou venenosos com a boca. Usar aparelhos apropriados.

2.2.19. qualquer momento esteja consciente do que estiver fazendo.

2.2.20. Após trabalhar com material tóxico, devemos limpar esmeradamente as mãos, o local de trabalho e os materiais.

2.3. ACIDENTES

2.3.1. Qualquer acidente deve ser comunicado ao responsável pelo laboratório.

2.3.2. Corte ou ferimento mesmo leve, deve ser desinfetado e coberto.

2.3.3. Queimaduras com fogo ou material quente deve ser tratado com pomada apropriada (Picrato de Butesin) ou Ácido Pícrico.

2.3.4. Queimaduras com ácido devem ser lavadas com muita água e em seguida com solução de Bicarbonato de Sódio.

2.3.5. Queimaduras! com bases, devem ser lavadas com muita água, e em seguida com uma solução de 2%

de ácido bórico ou acético.

2.3.6. Queimaduras com fenol devem ser lavadas com muito álcool.

2.3.7. Intoxicação com ácidos, tomar bastante leite e consultar um médico.

2.3.8. Intoxicação com sais, idem ao item anterior.

2.3.9. Intoxicação com gases ou vapores, respirar ar puro e consultar um médico.

2.3.10. nca devemos perder a calma dentro de um laboratório.

2.4. CUIDADOS GERAIS DE LABORATORIOS

Para evitar acidentes, devemos observar as seguintes instruções:

2.4.1. Manter sempre limpo o local de trabalho, evitando obstáculos inúteis que possam dificultar as análises.

2.4.2. Nunca esquecer líquidos inflamáveis diretamente na chama do Bico de Bunsen; use para isso chapas elétricas.

2.4.3. Os recipientes contendo líquidos, quando se inflamam devem ser cobertos com vidros de relógio, cápsula de porcelana ou outro objeto qualquer, para que seja impedida a entrada de ar, apagando-se deste modo o fogo.

2.4.4. É inútil jogar água em fogo produzido por líquidos inflamáveis que não são solúveis em água. Apague o fogo com extintores.

2.4.5. Nunca use extintores de líquidos em circuitos elétricos, use sempre o extintor de CO2.

2.4.6. Nunca feche hermeticamente os aparelhos ou recipientes onde há o desprendimento de gases.

2.4.7. Quando trabalharmos com papel de filtro de análise quantitativa devemos limpar as mãos muito bem, para evitarmos erros de análises.

2.5. CUIDADOS COM A BALANÇA

2.5.1. As balanças analíticas nunca devem ficar em uma posição tal, que sofram a influência de vibrações e correntes de ar.

2.5.2. Só podemos destravar a balança para verificar de passagem, quando a porta da mesma estiver fechada, para evitar a ação das variações externas (ventos, respiração do operador, etc).

2.5.3. Para destravar uma balança, é necessário operar com o máximo cuidado, evitando assim atritos e pancadas nos pratos da balança, que podem provocar diferença na sensibilidade.

2.5.4. Todos os materiais colocados na balança para serem pesados devem ser previamente tarados, evitando sempre o contato manual; para isso existem pinças especiais.

2.5.5. Todas as anotações de pesagem devem ser feitas no rascunho para evitar erros de cálculos.

2.6. CUIDADOS QUE O ANALISTA DEVE TOMAR PARA OBTENÇÃO DE RESULTADOS MAIS PRECISOS

2.6.1. As amostras e sub-amostras devem ser representativas do lote do alimento que será controlado porque o resultado analítico depende da quantidade de amostragem.

Portanto, a coleta, sub-divisão e homogeneização da amostra deve ser rigorosamente cuidadosa.

2.6.2. Os métodos não trabalhados anteriormente pelo laboratório devem ser testados antes de adotados na rotina.

2.6.3. A repetibilidade do resultado da análise deve ser comprovada mediante trocas de amostras com

laboratórios que já tenham experiência com a análise e freqüentes repetições da análise em uma amostra considerada padrão.

2.7. CUIDADOS PESSOAIS

Algumas desta normas são de extrema relevância e devem ser plenamente definidas:

UNIFORMES: obrigatoriamente protegido com avental de mangas longas, fechado na frente e longo (abaixo dos joelhos).

CABELOS: permanentemente presos na sua totalidade. Em áreas de controle biológico, o uso do gorro é obrigatório (Laboratório de Cultura, Biologia Molecular, Produção de Componentes Lábeis Sangüíneos, Laboratório de Microbiologia, Isolamento Reverso, Centro Cirúrgico, etc.).

SAPATOS: exclusivamente fechados. Não deve ser permitido o uso de sandálias dentro de áreas hospitalar e laboratorial.

JÓIAS E BIJUTERIAS: deve-se usar o mínimo possível. Não se deve usar anéis que contenham reentrâncias, tais como incrustações de pequenos brilhantes ou pedras, assim como não se deve usar pulseiras e colares que possam tocar superfícies de trabalho e/ou pacientes, vidrarias, etc.

MAQUIAGEM E PERFUME: a maquiagem é uma grande fonte de partículas na área laboratorial e hospitalar, partículas estas que significam perigo ! As maquiagens liberam milhares destas partículas, na maior parte aderentes, pois contêm glicerina, mica, titânio, entre outras coisas. Entre as maquiagens, o excesso de batom e rímel significam, sem dúvidas, um dos maiores problemas, assim como laquê. Os perfumes devem ser evitados em ambientes técnicos por inúmeros motivos: são poluentes ambientais, muitos pacientes têm intolerância a odores, em função de seu estado de saúde e outros em função dos medicamentos que fazem (quimioterapia e radioterapia), e podem impregnar ambientes fechados que contenham filtros em ar condicionado, agravando o estado de saúde de muitos alérgicos.

UNHAS: devem ser curtas e bem cuidadas. Não podem ultrapassar a "ponta dos dedos". Preferencialmente sem conter esmalte, principalmente nas áreas de isolamento reverso e laboratórios de Cultura Celular. O esmalte libera partículas por micro - fraturas.

O acesso ao laboratório é limitado ou restrito ao pessoal técnico. Não permita a circulação de pacientes ou de quadros administrativos, que não advertidos dos riscos biológicos, podem se contaminar.

Os trabalhos da área técnica devem estar corretamente uniformizados sobre a importância do uso dos equipamentos de proteção individual - EPIs, no sentido de prevenir a contaminação da pele e da indumentária.

ROUPAS PROTETORAS: avental exclusivamente de manga longa, permanentemente fechado. Deve ser usado no interior do laboratório, e deve permanecer no vestuário técnico, não devendo ser usado em áreas públicas como: bares, lanchonetes, banco, etc.

ÓCULOS: devem ser usados para todas as áreas as atividades de risco, como manipulação de produtos biológicos potencialmente contaminados, produtos químicos, além daquelas que portam risco de radiação e/ ou iluminação (uso de óculos especiais em presença de lâmpada U.V.).

MÁSCARAS: devem ser usadas sempre que manipuladas substâncias químicas como alto teor de evaporação (além de serem manipuladas em capelas de exaustão), e em áreas de alta contaminação com produtos biológicos. As máscaras podem e devem ser usadas também no sentido de não contaminarmos o ambiente (isolamento reverso, centro cirúrgico, etc.).

LUVAS: obrigatórias na manipulação de qualquer material biológico, e com determinados produtos químicos.

2.8. CONCLUSÃO

Todo e qualquer trabalho a ser desenvolvido dentro de um laboratório apresenta riscos, seja pela ação dos produtos químicos, ou por chama, eletricidade como também pela imprudência do próprio analista, que podem resultar em danos materiais ou acidentes pessoais.

Os conselhos e técnicas aqui apresentados têm a finalidade de alertar aos laboratoristas sobre os perigos que podem encontrar em certas analises e algumas maneiras de evitá-los. Prevenir acidentes! é o dever de cada um; trabalhe com calma, cautela, dedicação e bom senso, seguindo sempre os conselhos aqui citados.
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprovação
Assinatura do representante: Data:

1.11.2 Recepção Do Paciente Para A Realização De Exame

UNIDADE DE SAÚDE		POP.1

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório	Emissão	
RECEPÇÃO DO PACIENTE PARA A REALIZAÇÃO DE EXAME		Revisão	
		No :	Data:

Executante

Auxiliar administrativo.

Resultados esperados

Garantir ao paciente um atendimento cortês, ágil e eficiente.

Recursos Necessários

Mesa, cadeira, computador, impressora, telefone, guias de exames e material de expediente.

Atividades

Receber do paciente a guia com a solicitação do exame a ser realizado;

Verificar se a guia está devidamente preenchida, assinada pelo médico solicitante e carimbo com CRM;

Registrar no sistema o(s) exame(s) solicitado(s);

Solicitar ao paciente que aguarde ser chamado para a sala de coleta do exame;

Encaminhar a ficha de cadastro do paciente para a sala de coleta.

Cuidados

Atencioso e ágil no atendimento ao paciente;

Ter atenção ao conferir a guia de solicitação do exame, verificando se a mesma está devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico solicitante;

Ter atenção no registro do exame para que não ocorram erros;

Ser rápido no encaminhamento do registro de exame para a sala de coleta, para que o paciente não espere além do tempo necessário.

Ações em caso de não conformidade

Se a guia de solicitação de exame não estiver devidamente preenchida, devolver ao paciente e solicitar que ele volte ao médico solicitante pedindo que faça as correções;

Se a guia de solicitação de exame não estiver devidamente preenchida e o exame tiver caráter emergencial e, o paciente apresentar dificuldades para retornar à unidade que solicitou o exame, comunicar a chefia imediata do setor para que a mesma solucione o problema;

Comunicar à Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.3 Recepção De Amostras De Exames E Coletas De Sangue

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.2	
		Emissão	
RECEPÇÃO DE AMOSTRAS DE EXAMES E COLETAS DE SANGUE		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Técnicos de laboratório e bioquímico.

Resultados esperados

Garantir que o recebimento das amostras de exames e coletas de sangue seja feita da forma correta e de forma ágil e eficiente.

Recursos Necessários

Amostras de exames, de sangue, etiquetas e caneta.

Atividades

Receber as amostras para a realização de exames dos pacientes;

Receber as amostras de sangue coletados para a realização dos exames;

Verificar se as amostras para exames estão acondicionadas da forma correta;

Observar se não existem alterações visíveis nas amostra recebidas; Identificar as amostras para exames com o número de registro e iniciais do paciente; Encaminhar as amostrar devidamente identificadas para a realização dos exames solicitados.
Cuidados Bastante atenção ao receber as amostras para exame, identificando-as imediatamente; Bastante atenção no momento da identificação, certificando-se que a amostra pertence ao paciente cujo registro se encontra anexo; Bastante atenção ao verificar as amostras, verificando se as mesmas estão devidamente acondicionadas e se não apresentam alterações visíveis; Agilidade no encaminhamento das amostras devidamente identificadas, para que os resultados dos exames não atrasem.
Ações em caso de não conformidade Se perceber que houve alguma alteração visível em alguma amostra, informar a chefia imediata; Se perceber que alguma amostra não veio em quantidade suficiente para a realização do exame, solicitar nova amostra, especificando a quantidade necessária; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.4 Realização Dos Exames

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.3	
		Emissão	
REALIZAÇÃO DOS EXAMES		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Técnicos de laboratório.

Resultados esperados

Garantir que os exames serão realizados dentro dos protocolos exigidos, conforme o tipo de exame, de forma rápida e segura.

Recursos Necessários

EPI's, amostras e equipamentos (por tipo de exame).

Atividades

Verificar se as amostras estão devidamente identificadas;

Verificar se os equipamentos estão calibrados corretamente e prontos para a realização dos exames (equipamento por tipo de exame);

Separar as amostras por tipo de exame a ser realizado;

Colocar as amostras nos equipamentos, seguindo os protocolos, conforme o exame a ser realizado;

Aguardar que o equipamento (seguindo os protocolos de cada tipo de exame) sinalize o término do processamento do exame;

Encaminhar para o bioquímico a leitura final do equipamento (conforme protocolo de cada tipo de exame).

Cuidados

Ter bastante atenção ao separar as amostras para a realização dos exames;

Atenção ao seguir os protocolos exigidos para a realização dos exames (por tipo de exame);

Respeitar o tempo necessário (conforme protocolo e/ou determinação do fabricante do equipamento) para o processamento dos resultados das amostras.

Ações em caso de não conformidade

Se os resultados dos exames realizados não apresentarem-se conforme os padrões e/ou mostraram-se insuficientes, informar ao bioquímico para que este avalie os resultados e/ou solicite novas amostras para refazer os exames;

Se perceber que algum equipamento está fora dos padrões para a realização dos exames, informar imediatamente ao bioquímico para que o mesmo providencie a normalização do mesmo; Comunicar ao bioquímico todas e quaisquer alterações e/anomalias apresentadas durante a execução dos exames; Comunicar a chefia imediata toda e qualquer alteração apresentada pelos equipamentos do laboratório para que a mesma solicite o conserto dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.5 Liberação Do Resultado Dos Exames

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.4
		Emissão
		Revisão

LIBERAÇÃO DO RESULTADO DOS EXAMES	No:	Data:

Executante

Bioquímico.

Resultados esperados

Assegurar que os resultados foram realizados dentro dos protocolos exigidos por cada tipo e exame e garantir a veracidade dos mesmos.

Recursos Necessários

Resultados dos exames processados pelos equipamento (por tipo de exame).

Atividades

Receber do técnico de laboratório o resultado do exame;

Conferir se a leitura final do resultado está dentro dos protocolos exigidos para a realização do exame (por tipo de exame);

Encaminhar o resultado do exame para a digitação do mesmo;

Conferir se a digitação do exame está correta;

Assinar o resultado do exame;

Encaminhar o resultado do exame para a recepção.

Cuidados

Atenção na conferência do resultado do exame, verificando se o mesmo corresponde aos protocolos exigidos; Ter agilidade no envio do resultado do exame para digitação; Atenção ao conferir a digitação do laudo exame, verificando se o mesmo está correto.
Ações em caso de não conformidade Se perceber que o resultado do exame apresenta dados insuficientes, solicitar nova coleta de amostra; Se houver erros na digitação do laudo, devolver para nova digitação com as devidas correções; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.6 Entrega De Laudos De Exames

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.5
		Emissão
		Revisão

ENTREGA DE LAUDOS DE EXAMES	No:	Data:
Executante Auxiliar administrativo.		
Resultados esperados Garantir que os laudos dos exames serão entregues mediante protocolo, conforme as normas da insituição.		
Recursos Necessários Laudo do exame, livro de protocolo e caneta.		
Atividades Receber o laudo assinado pelo bioquímico; Protocolar o laudo do exame para ser encaminhado, conforme o setor de solicitação (internamento e/ou emergência); Protocolar o laudo do exame para entregar ao paciente (PSF's e/ou ambulatório); Entregar o resultado do exame ao paciente, após a assinatura do protocolo; Encaminhar para o setor solicitante do exame (internamento e/ou emergência), mediante protocolo o resultado do exame.		
Cuidados		

Atenção ao protocolar o laudo do exame, evitando entregar o resultado do exame ao paciente errado; Agilidade na entrega do laudo do exame nos setores de internamento e emergência; Somente entregar o resultado do exame, mediante protocolo.
Ações em caso de não conformidade Se perceber que protocolou um resultado de forma indevida, providenciar a correção; Se não puder se ausentar do local de trabalho para entregar os resultados dos exames solicitados no internamento e/ou emergência, comunicar a chefia imediata para que a mesma providencie a entrega dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.7 Limpeza E Higienização Do Laboratório

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	POP.6
		Emissão
		Revisão

LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DO LABORATÓRIO	No:	Data:

Executante

Auxiliar de limpeza e higienização.

Resultados esperados

Garantir que o laboratório está devidamente limpo e higienizado, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Carro de limpeza e EPI's.

Atividades

Colocar EPI's;

Proceder a limpeza e higienização do setor seguindo os protocolos sanitários exigidos.

Cuidados

Nunca iniciar uma tarefa de limpeza e higienização sem antes colocar os EPI's adequados.

Ações em caso de não conformidade

Na falta de algum EPI e/ou algum produto para a execução das tarefas, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.8 Preparo Do Material De Coleta (Tubos) – Hematologia

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório	POP.7	
		Emissão	
PREPARO DO MATERIAL DE COLETA (TUBOS) – HEMATOLOGIA		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de laboratório.			
Resultados esperados Assegurar que os tubos utilizados para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Tubos de coleta com tampa, anti-coagulante, etiqueta e caneta.			

Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Observar se os tubos de coleta estão devidamente higienizados; Colocar dentro do tubo de coleta a solução anti-coagulante (EDTA): A proporção de anti-coagulante é de 50 ml (1 gota) para 5 ml de sangue total, preparado na proporção de 10%; Etiquetar os tubos antes de encaminhá-los para a sala de coleta, devidamente fechados com tampas.
Cuidados Não iniciar o manuseio com os tubos de coleta sem antes proceder a higienização correta das mãos; Observar com bastante atenção se os tubos de coleta estão devidamente limpos, antes de receberem o anti-coagulante; Respeitar a proporção especificada: 50 ml (1 gota) de anti-coagulante para 5 ml de sangue total, na proporção de 10%; Não se esquecer de etiquetar os tubos de coletas antes de enviá-los para a sala de coleta fechados com suas respectivas tampas; A quantidade de sangue não precisa ser exata, mas sim aproximada. A homogeniização deve ser imediata.
Ações em caso de não conformidade Na falta de algum dos itens necessários ao preparo do material para coleta de sangue, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;

Se perceber alguma avaria nos tubos de coleta, informar a chefia imediata para que esta tome providências para a substituição dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.9 Preparo Do Material De Coleta (Lâminas – Esfregaço) – Hematologia

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório	POP.8	
		Emissão	
PREPARO DO MATERIAL DE COLETA (LÂMINAS – ESFREGAÇO) – HEMATOLOGIA		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de laboratório.			
Resultados esperados			

Assegurar que as lâminas utilizadas para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários Lâminas laminadas novas, fita adesiva e lápis.
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Verificar se as lâminas estão devidamente higienizadas (desengorduradas, sem corrosão, sem mofo e secas); Verificar a integridade das lâminas (bordos íntegros e marcados); Colocar em uma das lâminas um pedaço de fita adesiva no extremo oposto à franja; Colocar na lâmina que contém a fita adesiva, a amostra colhida e com a ajuda de outra lâmina nova e limpa realizar o esfregaço; Esperar o esfregaço secar; Colocar (com o lápis) na fita adesiva as informações necessárias: nome do paciente, registro do mesmo e tipo de exame.
Cuidados Nunca iniciar o manuseio das lâminas sem a devida higienização das mãos; Observar com atenção ao estado de integridade e higienização das lâminas (desengorduradas, bordos íntegros, se corrosão, sem mofo) e se as mesmas estão secas; Só utilizar lâminas novas e com bordos íntegros para fazer os esfregaços; Ter bastante atenção no momento da identificação da lâmina evitando possíveis erros; Para todas as coleta de sangue:

As agulhas utilizadas para coleta de material (sangue) deverão ser sempre descartáveis (25/8 ou 30/9); Para a realização de punção digital, usar lancetas descartáveis ou agulhas do tipo BENSAÚDE de ponta regulável e que deverá ser conservada em álcool iodado no início da coleta; O papel filtro utilizado para a realização do tempo de sangramento deverá ser dividido em pequenas tiras e guardados em caixa limpa com tampa ou placa de PETRI; O algodão para coleta deverá ser cortado em pequenos chumaços e guardados em recipiente apropriado com tampa; Antes de realizar a coleta de sangue, a assepsia do local deverá ser feita com um chumaço de algodão embebido em álcool absoluto, álcool a 70% ou álcool iodado.
Ações em caso de não conformidade Na falta de algum dos itens necessários para a realização dos esfregaços, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; Se perceber alguma avaria nas lâminas de esfregaço, informar a chefia imediata para que esta tome providências para a substituição dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.10 Preparo De Material De Coleta (Tubo De Hemólise) – Hematologia

<table>
<tr><td rowspan="2">UNIDADE DE SAÚDE</td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Laboratório</td><td colspan="2">POP.9</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PREPARO DE MATERIAL DE COLETA (TUBO DE HEMÓLISE) – HEMATOLOGIA</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No :</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante

Técnico de laboratório.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados

Assegurar que os tubos de hemólise utilizados para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários

Tubos de hemólise.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Certificar-se se os tubos de hemólise foram quimicamente higienizados;

Certificar-se se os tubos de hemólise que passaram por limpeza rigorosa (teste de coagulação) não apresentam restos de detergente, sabão ou arranhões;

Encaminhar para a sala de coleta os tubos de hemólise.</td></tr>
</table>

Cuidados Nunca iniciar o manuseio dos tubos de hemólise sem a higienização correta das mãos; Ter bastante atenção, observando se os tubos foram higienizados quimicamente; Ter bastante atenção ao estado dos tubos onde serão realizados teste de coagulação, certificando-se que estes não apresentam arranhões e/ou restos de detergente/sabonete.
Ações em caso de não conformidade Se perceber alguma alteração nos tubos, quer por higienização inadequada, quer por avaria, informar a chefia imediata para que esta solicite a substituição dos mesmos; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.11 Coleta De Sangue Capilar

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório	POP.10
		Emissão

COLETA DE SANGUE CAPILAR	Revisão	
	No :	Data:

Executante

Técnico de laboratório.

Resultados esperados

Assegurar que a coleta de sangue capilar será feita da forma correta e dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Algodão, álcool absoluto (ou à 70% ou iodado), lanceta descartável e/ou agulha do tipo BENSAÚDE.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão antes de iniciar o procedimento;

Realizar a assepsia do local onde será feita a coleta do sangue (face lateral da polpa digital, lóbulo da orelha ou calcanhar se for recém-nascido) friccionando suavemente para evitar traumatismo intenso;

Puncionar o local com lanceta ou com a agulha de BENSAÚDE;

Enxugar a primeira gota de sangue que sair;

Colher as outras gotas de sangue;

Colocar um algodão no local onde foi realizada a coleta de sangue, pressionando suavemente para estancar a saída de sangue;

Realizar os esfregaços necessários com as gotas de sangue colhidas, após a primeira gota e/ou encaminhar o material para realização de exame de dosagem.		
Cuidados O sangue capilar pode ser utilizado para a preparação de esfregaços e também em alguns casos, para a obtenção de pequena quantidade de sangue destinada à execução de exames isolados como contagem de glóbulos ou hematócrito ou ainda dosagem de hemoglobina. Nunca iniciar a coleta de material sem a devida higienização das mãos; A coleta de material jamais deve ser feita em região que apresente edema ou cianose; Desprezar a primeira gota de sangue que sair no momento da coleta; Somente utilizar as gotas de sangue subseqüentes à primeira para a realização de esfregaços e/ou exames de dosagem; Deixar o sangue que o sangue flua facilmente, qualquer que seja a região escolhida.		
Ações em caso de não conformidade Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

1.11.12 Coleta De Sangue Venoso

<table>
<tr><td>UNIDADE DE SAÚDE</td><td>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Laboratório</td><td colspan="2">POP.11
Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">COLETA DE SANGUE VENOSO</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No :</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante
Técnico de laboratório.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados
Assegurar que a coleta de sangue venoso será feita da forma correta e dentro dos padrões sanitários exigidos.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários
Garrote, seringa descartável, algodão embebido em álcool absoluto (à 70% ou iodado), lâminas de esfregaço, tubo e/ou frasco, anti-coagulante, etiqueta e caneta.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades
Higienizar as mãos com água e sabão;
Identificar previamente todos os tubos/frascos e lâminas de esfregaço com o nome do paciente, registro e tipo de exame a ser realizado;
Colocar o garrote de maneira que ele possa ser solta com facilidade;</td></tr>
</table>

Realizar a assepsia do local onde o sangue vai ser colhido, com algodão embebido em álcool absoluto;

Puncionar o local com o bisel da agulha voltado para cima, procurando fazer uma penetração com um golpe seco;

Manter a seringa imóvel e aspirar ao sangue lentamente, sem provocar espuma;

Soltar o garrote logo após a punção, mas sempre antes do término da coleta;

Comprimir a região onde o sangue foi colhido com um chumaço de algodão, durante alguns minutos;

Colocar algumas gotas de sangue (com o auxilio da agulha da seringa) na lâmina destinadas a confecção de esfregaço;

Colocar anti-coagulante dentro do frasco e/ou tubo antes de colocar o sangue colhido;

Colocar o sangue dentro do tubo e/ou frasco (somente a seringa, sem agulha) deixando o mesmo correr suavemente pelas paredes do tubo/frasco, evitando a formação de espuma;

Encaminhar os frascos/tubos e lâminas com o sangue colhido para a realização dos exames.

Cuidados

Nunca iniciar a coleta de sangue venoso sem a higienização correta das mãos;

Somente começar a coleta do sangue após a identificação do frasco/tubo e da lâmina para esfregaço, contendo o nome do paciente, o número do registro e o tipo de exame a ser realizado;

Somente iniciar a coleta se o paciente estiver bem acomodado e psiquicamente preparado;

O material para a realização da coleta de sangue deverá estar sempre esterilizado e se possível descartável; A escolha do local para a punção deverá ser feita em função da quantidade necessária, do material a ser utilizado e do calibre do vaso e ser puncionado; Colocar o garrote de forma que ele possa ser solto facilmente, apertando o suficiente para bloquear o retorno venoso, mas sem bloquear o fluxo arterial; Lembrar-se que estase prolongada altera o material colhido, provocando hemoconcentração de microcitose;
Atenção ao puncionar o local evitando movimentos de rotação ou lateral da agulha para não dilacerar tecidos; Lembrar-se que a penetração da agulha traumatizando em excesso os tecidos possibilita a aspiração de suco tissular junto ao sangue facilitando a sua coagulação, mesmo que parcial;
Atenção para manter a seringa imóvel durante a aspiração do sangue (que deve ser lentamente) para evitar que se forme espuma; Lembrar-se que a espuma formada durante a coleta ou durante a colocação no tubo provoca hemólise e agregação de plaquetas, alterando a sua concentração no sangue colhido; Nunca esquecer de comprimir por alguns minutos, o local onde o sangue foi colhido com um chumaço de algodão; Atenção para colocar, com ajuda da agulha da seringa, algumas gotas de sangue nas lâminas destinadas a realização de esfregaço; O material deve ser transferido imediatamente da seringa para o frasco/tubo (que já deverá conter o anti-coagulante) sem a agulha e deixando correr suavemente pelas paredes do frasco/tubo, evitando a formação de espuma; Ter bastante atenção para evitar os seguintes erros:

Na coleta de sangue capilar: excesso de pressão no local, massagem excessiva, edema/ cianose; Na coleta de sangue venoso: estase prolongada devido ao garrote, edema/cianose, aglutinação de células ou pequenos coágulos devido a demora na mista com o anti- coagulante, mistura inadequada da amostra sanguínea, hemólise devido a trauma na agitação.
Ações em caso de não conformidade Se o paciente não estiver psiquicamente bem para a realização do exame, informar ao médico e/ou enfermeira da unidade, solicitando orientações; Se durante e/ou após a coleta do sangue ocorrer alguma das alterações acima assinaladas, informar à chefia imediata do serviço solicitando orientações; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprovação Assinatura do representante Data:

1.11.13 Protocolo - POP.LAB.001 COAGULOGRAMA.

1. OBJETIVO

Padronizar a realização dos testes de averiguação da hemostasia.

2. APLICAÇÃO

Este POP aplica-se às sessões de coleta e hematologia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Tromboplastina – Fator tecidual (fator III) da cascata de coagulação

3.2. Protrombina – Fator II da cascata de coagulação

3.3. Hemostasia- Todo fenômeno que está relacionado em manter o sangue fluido dentro dos vasos sanguíneos, ou seja, sem extravasar (hemorragia) e sem formar coágulos (trombose).

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Compõe o Coagulograma o T.S, o T.C, a P.F.C e a contagem de Plaquetas. A contagem de plaquetas deve ser obtida no aparelho de contagem de células sanguíneas. Os valores de referência para plaquetas de adultos são:

150.000 – 600.000/mm^3

4.1. **Tempo de Sangramento (TS)**

4.1.1. A temperatura do dedo deve estar à mesma do corpo.

4.1.2. Fazer assepsia na polpa digital com álcool 70%.

4.1.3. Realizar a incisão com a lanceta.

4.1.4. Sem forçar o sangramento, disparar o cronômetro assim que o sangue começar a sair.

4.1.5. Tocar o papel de filtro apenas para secar a gota, sem tocar na lesão de 30 em 30 segundos.

4.1.6. Quando o sangue deixar de manchar o papel parar o cronômetro.

4.1.7. O resultado é o tempo em que o papel foi tocado (NORMAL DE 1 A 4 MINUTOS).

4.2. **Tempo de coagulação (TC)**

4.2.1. Preparar dois tubos e enumerá-los 1 e 2.

4.2.2. Após a assepsia e com o cronômetro zerado, fazer a punção venosa e assim que o sangue surgir na agulha disparar o cronômetro.

4.2.3. Após colher o sangue colocar no tubo nº1 +/- 1mL de sangue e depois no nº2 a mesma quantidade de sangue e em seguida colocá-los no banho maria a 37ºC.

4.2.4. Colocar o restante do sangue nos outros tubos: soro, glicose, hemograma, etc.

4.2.5. Quando o cronômetro marcar 3 minutos pegar apenas o tubo nº1 e virá-lo a 90º de 1 em 1 minuto até que não escorra sangue na parede do tubo.

4.2.6. A partir deste minuto de 30 em 30 segundos virar o tubo nº2, e assim que não mais escorrer sangue na parede do tubo, o resultado é o tempo em que o tubo foi virado. (NORMAL DE 6 A 12 MINUTOS).

4.3. **Prova de fragilidade capilar = laço (pfc)**

4.3.1. Verificar se existe petéquias no braço.

4.3.2. Avaliar a pressão do paciente.

4.3.3. Somar a máxima (sistólica) e a mínima (diastólica) e dividir por 2.

Ex. (13 x 8) = 21/2 = 10,5

(10 x 7) = 17/2 = 8,5

4.3.4. Insuflar o manguito mantendo em torno deste resultado por 5 minutos cronometrados.

4.3.5. Após este tempo retirar o manguito e observar a formação de petéquias.

4.3.6. Resultado - PRESENÇA = POSITIVO

AUSÊNCIA = NEGATIVO

4.4. **TAP\TTPA - Tempo de ativação da Protrombina/ Tempo de Tromboplastina Parcialmente Ativada**

4.4.1. Colher plasma em tubo com citrato de sódio (tampa azul) de acordo com o POP.LAB.021;

4.4.2. Retirar os reagentes de uso da geladeira para que atinjam a temperatura ambiente;

4.4.3. Centrifugar por 5 minutos a 3400 rpm;

4.4.4. Separar o plasma e colocar em tubos plásticos, caso não faça o exame imediatamente o plasma é estável por até 4 horas entre 02 e 08°C;

4.4.5. Ligar o coagulômetro;

4.4.6. Aguardar que o aparelho atinja a temperatura de 37ºC;

4.4.7. Acrescentar 50uL de plasma em duas cubetas de análises contendo esfera metálica;

4.4.8. Pipetar 50uL do reagente A na cubeta para leitura de TTPA;

4.4.9. Selecionar incubação e colocar as cubetas para TAP e TTPA e os reagentes de TAP e TTPA (Reagente B) para incubar, aguardando o tempo de acordo com a bula do KIT;

4.4.10. Após o término da incubação, selecionar o TAP e inserir a cubeta na câmara de leitura;

4.4.11. Pipetar 100 uL do reagente TAP direto no fundo da cubeta;

4.4.12. Aguardar a leitura e impressão e anotar o resultado na planilha específica;

4.4.13. Selecionar o TTPA e inserir a cubeta na câmara de leitura;

4.4.14. Pipetar 50 uL de cloreto de cálcio (Reagente B) direto no fundo da cubeta;

4.4.15. Aguardar leitura e impressão do resultado e anotá-lo em planilha específica;

4.4.16. Digitar os resultados no programa sistema de informática;

4.4.17. Liberar o laudo para impressão.

4.4.18. Valores de referência:

TAP - O Plasma Normal varia de acordo com a curva de calibração do TAP, Atividade de Protrombina – 70 a 100 %

TTPA - 30 a 45 segundos.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Coagulômetro

5.2. Seringas

5.3. Agulhas

5.4. Lancetas

5.5. Papel de Filtro

5.6. Cronômetro

5.7. Garrote

5.8. Esfignonanômetro

5.9. Banho Maria e Tubos de vidro

5.10. Tubos Citratados

5.11. Cubetas com Esferas Metálicas e Pipetas Automáticas de 50 e 100 uL.

6. EPI

Para as atividades realizadas no laboratório é necessário o uso de jalecos, capotes, luvas descartáveis, máscaras e óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE

As atividades relacionadas ao Coagulograma\TAP e TTPA estão sob a responsabilidade do R.T do laboratório e dos profissionais da equipe técnica que realizarão esses testes.

8. QUANDO EXECUTAR

Quando for solicitado o Coagulograma\TAP e TTPA.

9. REGISTROS

Os resultados são registrados na planilha do Coagulograma\TAP e TTPA do sistema de informática, digitados, liberados e anexados à solicitação médica e arquivados.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Sempre que houver coletas de múltiplos tubos, seguir a recomendação do POP.LAB.021;

Evitar a dupla punção, pois pode alterar os valores do TAP.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Coagulograma pode ser realizado de forma simples como descrito acima, ou ser acompanhado dos exames de TAP e/ou TTPA;

Para pacientes em terapia com anticoagulantes orais deve-se considerar como valores de referência para RNI – 2,0 a 3,5;

Sempre que houver troca de KIT e/ou Lote, é necessário realizar a curva de calibração do TAP, para obtenção do valor o Plasma Normal. Seguindo o que determina a bula do KIT e o manual do aparelho.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual do Clotimer;

Bulas dos KITS Clot, Winner e Labtest.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.14 Protocolo - POP.LAB.002 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA REAGENTE.

1. OBJETIVO

1.1. Garantir a qualidade da água reagente utilizada na lavagem de materiais, nos aparelhos de bioquímica e no preparo de reagentes.

2. APLICAÇÃO

Este POP aplica-se ao laboratório da Unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Condutivímetro – Aparelho que afere a condutividade da água.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. A amostra utilizada é a água reagente a ser analisada

4.2. Limpar o condutivímetro com água destilada e secar com papel toalha

4.3. Ligar o aparelho e calibrar, utilizando uma solução calibradora de resultado conhecido ou ao vento (neste último caso o resultado é zero).

4.4. Submergir a parte inferior do condutivímetro (onde fica o sensor) em um recipiente contendo a água a ser analisada, previamente homogeneizada

4.5. O resultado da condutividade é expresso em Ás (microsiemens) e a referência é < 01 Ás.

4.6. Na prática o resultado do aparelho deve ser zero.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Condutivímetro

5.2. Osmose reversa

5.3. Deionizador

5.4. Destilador

5.5. Béquer.

6. EPI

6.1. Luvas descartáveis

6.2. Mascaras descartáveis

6.3. Jaleco

6.4. Óculos

6.5. Capote

7. RESPONSABILIDADE

7.1. A responsabilidade pela aplicação deste POP é do R.T do laboratório.

7.2. Compartilhado entre todos os colaboradores envolvidos nos procedimentos descritos neste POP.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. O monitoramento da água será realizado diariamente.

9. REGISTROS

9.1. FOR.LAB.017 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA REAGENTE.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC**: Em caso de não conformidade com a qualidade da água.

10.1.1. **AÇÃO:** Repetir o procedimento com uma nova amostra.

10.1.2. Caso persista o resultado, verificar a condição do equipamento testado.

10.1.3. Se estiver tudo conforme com o reagente e com o condutivímetro, abrir uma ordem de serviço solicitando a manutenção corretiva do aparelho em questão.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A água é o principal reagente utilizado nos laboratórios.

11.2. Traços de íons ou metais aceleram ou inibem várias reações, principalmente as enzimáticas e prejudicam o desempenho de vários reagentes, controles e calibradores.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Mendes, M. e. et al. A importância da qualidade da água reagente no laboratório clínico • J Bras Patol Med Lab • v. 47 • n. 3 • p. 217-223 • junho 2011.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass. 2º Aprovador

1.11.15 Protocolo - POP.LAB.003 CONFECÇÃO E COLORAÇÃO DE ESFREGAÇOS SANGUINEOS.

1. OBJETIVO

1.1. Garantir a qualidade esfregaços sanguíneos utilizados no exame microscópico do hemograma.

2. APLICAÇÃO

2.1. Aplica-se a atividade de confecção e coloração de esfregaços sanguíneos.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Esfregaço Sanguíneo

3.1.1 É o nome que se dá à gota de sangue que após ser colocada sobre uma lâmina, é estendida sobre a mesma, com auxílio de uma lâmina extensora.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Confecção de Esfregaço Sanguíneo

4.1.1. Rotular a lâmina na porção correspondente à cabeça, anotando o registro de exame ou escrever os dados na parte fosca da lâmina.

4.1.2. Colocar uma gota de aproximadamente 10 Ál a um centímetro da extremidade da lâmina.

4.1.3. Usando uma lâmina extensora colocada com uma inclinação de 45° em relação à primeira, aproximá-la da gota, permitindo que o sangue toque e espalhe-se pelo vértice das margens da lâmina.

4.1.4. E deslizá-la rapidamente em sentido contrário com movimento uniforme.

4.1.5. Deixar secar ao ar.

4.2. Coloração de Esfregaço Sanguíneo.

4.2.1. Após a secagem da extensão sanguínea, submergi-la no fixador;

4.2.2. Cronometrar o tempo de dez segundos. É fundamental que este tempo seja rigorosamente marcado e seguido à risca.

4.2.3. Durante estes dez segundos não há necessidade de se executar qualquer movimento.

4.2.4. Após o tempo de dez segundos, retirar a lâmina do fixador e deixar escorrer durante cinco segundos (também devidamente cronometrado).

4.2.5. O corante pode escorrer para dentro da própria cuba que contém o corante.

4.2.6. Após o escorrimento de cinco segundos, submergir a lâmina no corante ácido (vermelho).

4.2.7. Seguir exatamente o procedimento descrito para o fixador.

4.2.8. Colocar a lâmina no corante básico (Azul) e deixar por 20 segundos (também devidamente cronometrado).

4.2.9. Após o tempo de coloração, retirar a lâmina do corante e deixar escorrer durante cinco segundos.

4.2.10. Este tempo também deve ser devidamente cronometrado.

4.2.11. Após este tempo, lavar a lâmina em água corrente abundante e deixar secar bem.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Lâminas de vidro

5.2. Lâmina extensora

5.3. Corante rápido tipo Panótico

5.4. Suporte para lâminas

5.5. Homogeneizador

6. EPI

6.1. Jalecos

6.2. Luvas descartáveis

6.3. Máscaras

6.4. Óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. A aplicação deste POP é de responsabilidade do R.T do laboratório

7.2. E equipe responsável pela realização das colorações sanguíneas.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que o profissional responsável pela realização do hemograma necessitar da confecção do esfregaço, para realização do exame microscópico.

9. REGISTROS

9.1. FOR.LAB.004 CONTROLE DE COLORAÇÃO HEMATOLOGICA.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. Novos esfregaços serão realizados sempre que o profissional que realiza a microscopia achar necessário.

10.2. Seguir orientações da planilha FOR.LAB.004 CONTROLE DE COLORAÇÃO HEMATOLOGICA.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Fatores que interferem na confecção de esfregaços sanguíneos

11.1.1. Lâminas sujas e engorduradas.

11.1.2. Volume de sangue na lâmina.

11.1.3. Lâmina extensora desgastada.

11.1.4. Velocidade do movimento com a extensora.

11.1.5. Ângulo formado entre a extensora e a lâmina.

11.1.6. Suavidade e uniformidade no movimento.

11.2. Fatores que interferem na coloração de esfregaços sanguíneos

11.2.1. Esfregaços mal feitos.

11.2.2. Corantes velhos

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1. http//www.newprov.com.br

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.16 Protocolo - POP.LAB.004 HEMOGRAMA.

1. OBJETIVO

1.1. Garantir a qualidade do exame de hemograma.

2. APLICAÇÃO

2.1. Esse POP aplica-se à sessão de Hematologia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Hemograma – Exame que analisa as células sanguíneas qualitativamente e quantitativamente.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Verificar o nível dos reagentes do contador eletrônico de células sanguíneas.

4.2. Ligar o aparelho e esperar o término da limpeza inicial.

4.3. Verificar se a limpeza foi eficiente, analisando se os resultados obtidos foram zerados.

4.4. Passar o sangue controle no aparelho após prévia homogeneização de cinco minutos, conferir com a bula do sangue controle e preencher o FOR.LAB.028 CONTROLE INTERNO DE EQUIPAMENTOS.

4.5. Homogeneizar a amostra previamente identificada por cinco minutos utilizando um homogeneizador de tubos.

4.6. Levar a amostra de sangue até o aparelho eletrônico de contagem de células sanguíneas, identifica-la e introduzir a agulha deste no tubo para absorver a amostra.

4.7. Fixar o resultado impresso pelo aparelho à ficha de hemograma.

4.8. Proceder a leitura das lâminas dos exames com resultados alterados, previamente confeccionadas e coradas de acordo com o POP.LAB.003 CONFECÇÃO E COLORAÇÃO DE ESFREGAÇOS SANGUÍNEOS. Utilizando um microscópio óptico, através das objetivas de 40 vezes e de 100 vezes, realizando a contagem diferencial de células brancas e a observação da série vermelha e plaquetária.

4.9. Anotar a contagem das células e as observações feitas sobre as séries sanguíneas na ficha de hemograma;

4.10. Encaminhar a ficha de hemograma para digitação e liberação.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Homogeneizador de tubos;

5.2. Lâmina extensora;

5.3. Lâmina de vidro;

5.4. Contador eletrônico de células sanguíneas;

5.5. Microscópio óptico.

6. EPI

6.1. Jaleco

6.2. Capotes

6.3. Luvas descartáveis

6.4. Máscaras descartáveis

6.5. Óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. A responsabilidade pela execução desse POP é do R.T do laboratório.

7.2. Toda equipe técnica relacionada à análise das amostras biológicas.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que for realizar o exame de hemograma.

9. REGISTROS

9.1. Os resultados são registrados em planilha específica do hemograma do sistema de informática, digitados e liberados. As planilhas são arquivadas conforme o POP.LAB.013 RECEPÇÃO E EXPEDIÇÃO.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC:** Em caso de não conformidade nos resultados.

10.1.1. **AÇÃO:** Todo processo deve ser repetido com a mesma amostra e caso necessário deve coletar nova amostra para confirmação do resultado.

10.2. **NC:** Os resultados dos controles estejam foram do desvio padrão esperado.

10.2.1. **AÇÃO:** calibrar o aparelho de acordo com o manual.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. A avaliação microscópica das lâminas de hemograma só será realizada em casos que os resultados estejam alterados e em que os laudos liberados pelo aparelho estejam confusos e precisam de confirmação, de acordo com análise crítica do profissional responsável pela liberação do exame.

11.2. Na falta de sangue controle comercial, o controle interno do contador hematológico será realizado uma vez por semana com uma amostra de paciente com resultado conhecido, com laudo liberado pelo laboratório de apoio.

11.3. A reprodutibilidade será monitorada com amostras de pacientes da rotina do dia anterior e repassadas no dia vigente.

11.4. Sendo que o coeficiente de variação aceitável é de 10%.

11.5. Os resultados das amostras dos pacientes que servirão de controle semanal devem ficar registrados no sistema de informática do laboratório de apoio.

11.6. A reprodutibilidade dos resultados diários deve ser monitorada pelo preenchimento da planilha FOR.LAB.005.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. Manual de instrução do contador hematológico BC 5150.

12.2. Hematologia Laboratorial – Paulo César Noum e Flávio Augusto Naoum.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.17 Protocolo - POP.LAB.006 ROTINA DIÁRIA DO LABORATÓRIO

1. OBJETIVO

Orientar a equipe quanto à rotina diária do laboratório, de como proceder frente aos principais processos do setor.

2. APLICAÇÃO

2.1. Este documento é aplicado no âmbito do laboratório da Unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Assepsia - é o conjunto de medidas que utilizamos para impedir a penetração de microrganismos num ambiente que logicamente não os tem, logo um ambiente asséptico é aquele que está livre de infecção.

3.2. Descontaminação - é o processo que consiste na remoção física de elementos contaminantes ou na alteração de sua natureza química, através de métodos quimiomecânicos, transformando-os em substâncias inócuas e, assim, tornando-os mais seguros para serem manuseados ou tocados.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Limpeza das bancadas

4.1.1. A limpeza das bancadas (Assepsia) é realizada no início e no término do expediente, utilizando como desinfetante, o álcool a 70%.

4.1.2. Primeiro retirar as sujidades com auxílio de papel toalha e detergente enzimático.

4.1.3. Espalhar o álcool a 70% com o auxílio de papel toalha, realizando um movimento unidirecional, procurando atingir toda a superfície da bancada.

4.2. Verificação/Limpeza/Descontaminação de Equipamentos e Acessórios

Proceder a assepsia dos garrotes com álcool a 70% após uso, entre as trocas de pacientes.

Verificar a temperatura dos Banhos-Maria, das geladeiras e estufa e preencher as planilhas de monitoramento específicas.

Verificar a necessidade de trocar ou acrescentar água aos Banhos-Maria e/ou proceder sua limpeza.

Semanalmente, nas sextas-feiras, proceder a limpeza dos mesmos.

Verificar as condições físicas dos equipamentos.

Limpar o microscópio óptico no início e no final do expediente diurno: com auxílio de gaze ligeiramente embebida em álcool absoluto limpar as lentes e componentes de vidro, se ocorrer contaminação com fluidos biológicos, retire o excesso e proceda a descontaminação com álcool a 70%. As partes do microscópio que não sejam ópticas, devem ser limpas com pano sem pelo ou gaze ligeiramente embebida em detergente neutro.

As caixas térmicas devem ser limpas/descontaminadas semanalmente nas sextas feiras e após o uso: proceda à lavagem das superfícies interna e externa com auxílio de esponja e detergente neutro.

Enxague, seque e aplique álcool a 70%, friccionando por três vezes e aguarde a secagem.

Ligar os aparelhos e computadores, verificando o funcionamento de acordo com o manual de instrução.

A manutenção diária dos equipamentos de análises clínicas deve seguir o manual de instrução de cada aparelho.

4.3. Verificação do estoque

Verificar diariamente o estoque de insumos, avaliando a quantidade necessária para rotina e prazo de vencimento.

Fazer a requisição de insumos e enviar ao almoxarifado.

Preencher a planilha FOR.LAB.016 CONTROLE DE LOTE VENCIMENTO DE INSUMOS

Organizar os insumos para facilitar o uso, de forma lógica e prática.

Repor o estoque de insumos para a rotina do outro dia.

Anotar na embalagem a data de abertura dos KITS.

4.4. Organização do arquivo interno

Verificar o arquivo interno de documentos do laboratório, sendo responsabilidade de toda equipe manter a organização do mesmo.

4.5. Controle de Qualidade

Tocar diariamente os controles internos das análises realizadas no laboratório, validando e intervindo para corrigir as não conformidades.

Preencher as planilhas de monitoramento.

4.6. Envio de amostras e recebimento de resultados

Quando houver demanda de exames que não realizamos na unidade, verificar se estão contratados e enviar as amostras aos laboratórios de apoio, para realização dos mesmos.

Protocolar o envio, monitorando as condições de transporte das amostras.

Monitorar e buscar os resultados dos exames, cujas as amostras foram enviadas aos laboratórios de apoio, de acordo com o prazo de entrega estipulado em contrato.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Materiais de limpeza

Materiais de escritório

Equipamentos sistema de informática.

6. EPI

Luvas descartáveis

Máscaras descartáveis

Óculos de proteção

Jaleco e/ou capote.

7. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade pela aplicação deste POP é de toda equipe do laboratório da Unidade.

8. QUANDO EXECUTAR

Na rotina diária do laboratório

9. REGISTROS

Formulários de registro do laboratório e sistema de informática.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Abrir chamado no sistema de informática para os aparelhos que necessitam de manutenção.

Em caso de pane nos aparelhos, falta de insumos, pane no sistema elétrico ou de fornecimento de água, seguir os planos de contingência do laboratório e da engenharia clínica: FOR.LAB.011 PLANO DE CONTINGÊNCIA LABORATÓRIO. e FOR.MAN.007 PLANO DE CONTINGÊNCIA ENGENHARIA CLÍNICA.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

As análises dos indicadores e o mapeamento de riscos do laboratório, deve fazer parte da rotina diária do laboratório.

Os POP'S e as bulas dos KITS devem estar disponíveis para consulta na rotina.

Informações mais específicas de cada processo do laboratório da Unidade, estão definidas nos seus respectivos POP'S.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

12.1. RDC 302.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	o ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.18 Protocolo - POP.LAB.007 MICOLÓGICO DIRETO - RASPADO DE LESÇO

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de pesquisa de fungos em micoses superficiais de pele, unha, pelo e couro cabeludo.

2. APLICAÇÃO

Esse POP aplica-se às sessões de microbiologia e coleta de amostras biológicas.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Micológico direto – Procedimento de pesquisa direta de fungos

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Pele.

4.1.1. Localizar as lesões a serem pesquisadas;

4.1.2. Limpar as lesões com álcool a 70% antes de iniciar a coleta e esperar secar;

4.1.3. Raspar as lesões com o auxílio de um bisturi sobre uma lamina de vidro;

4.1.4. Colocar KOH a 20% sobre a amostra e cobrir com uma lamínula;

4.1.5. Esperar 15 minutos para clarear a amostra;

4.1.6. Realizar a análise microscópica da amostra em objetiva de 10 e 40 vezes;

4.1.7. Anotar os resultados e passar para digitação e impressão.

4.2. Unha.

4.2.1. Localizar as lesões;

4.2.2. Observar se a coleta deve ser sobre ungueal ou subungueal;

4.2.3. Realizar a limpeza do local da lesão com álcool a 70% e esperar secar;

4.2.4. Promover a raspagem da unha sobre uma lamina;

4.2.5. Cobrir a amostra com KOH a 20% e uma lamínula;

4.2.6. Esperar 15 minutos para clarear a amostra;

4.2.7. Realizar a análise microscópica da amostra em objetiva de 10 e 40 vezes;

4.2.8. Anotar os resultados e passar para digitação e impressão.

4.3. Couro cabeludo e pelo.

4.3.1. Localizar as lesões a serem pesquisadas;

4.3.2. Limpar as lesões com álcool a 70% antes de iniciar a coleta e esperar secar;

4.3.3. Raspar as lesões com o auxílio de um bisturi sobre uma lamina de vidro, colher os pelos quebradiços e/ou pelos com nódulos com auxílio de uma pinça;

4.3.4. Cobrir amostra com KOH a 20% e uma lamínula;

4.3.5. Esperar por 15 minutos o clareamento da amostra;

4.3.6. Realizar a análise microscópica da amostra em objetiva de 10 e 40 vezes;

4.3.7. Anotar os resultados e passar para digitação e impressão.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Laminas de vidro,

5.2. Lamínulas,

5.3. Bisturi n°23,

5.4. KOH a 20%,

5.5. Microscópio óptico.

6. EPI

Os EPIs recomendados para a área técnica do laboratório da Unidade são o jaleco, luvas descartáveis, máscaras descartáveis e óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade pela execução desse POP é do R.T do laboratório, bem como de toda equipe técnica do laboratório da Unidade.

8. QUANDO EXECUTAR

Sempre que for realizar o procedimento de pesquisa direta de fungos.

9. REGISTROS

Os resultados são registrados em planilha específica do Micológico Direto do sistema de informática, digitados e liberados. As planilhas são arquivadas conforme o POP Recepção/Expedição.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Nos casos em que for constatado a presença de creme e/ou pomada na hora da coleta da amostra ou da observação microscópica, instruir o paciente quanto ao preparo para coleta e remarcar o exame.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Resultados

11.1.1. Positivo – Um resultado positivo pode ser caracterizado pela presença de pseudohifas, hifas e/ou esporos na amostra examinada, sendo que o laudo deve conter a descrição das estruturas que forem observadas.

11.1.2. Negativo – Um resultado negativo é caracterizado pela ausência das estruturas citadas acima e deve ser laudado como negativo ou que não foram observadas estruturas fungicas na amostra analisada.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICAS

Referência Bibliográfica: Manual de coleta de amostras microbiológicas do ministério da saúde.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.11.19 Protocolo - POP.LAB.034 LIMPEZA DE MATERIAIS LABORATORIAIS

1. OBJETIVO

1.1. Utilizar técnicas que assegurem a boa qualidade da lavagem de materiais do laboratório, evitando a contaminação de reações e acidentes com vidrarias.

2. APLICAÇÃO

2.1. Esse POP aplica-se à sessão de lavagem de materiais do laboratório da Unidade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Água destilada: Água que sofre o processo de destilação, com objetivo de torná-la pura quimicamente, eliminando os sais nela dissolvidos e outros compostos.

3.2. Água deionizada: é a água bidestilada submetida ao processo de osmose reversa e troca iônica, para remoção de íons. Portanto, a água deionizada é a água numa das formas mais puras, sendo muito utilizada para finalidades científicas que necessitam de tal grau de pureza.

3.3. Curvetas: Recipientes utilizados nas reações de dosagens bioquímicas.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Lavagem de vidrarias

4.1.1. Descartar sobras de material

4.1.2. Enxaguar com água corrente

4.1.3. Lavar com solução de detergente enzimático neutro, utilizando esponja e escova

4.1.4. Colocar recipientes sujos como lâminas Kcell e cubetas de coagulômetro, de molho em detergente enzimático, evite utilizar substância com ação abrasiva, pois pode riscar o vidro

4.1.5. Colocar de molho em hipoclorito de sódio por 30 minutos

4.1.6. Enxaguar em água corrente e colocar de molho em água deionizada ou destilada por pelo menos 30 minutos;

4.1.7. Certifique-se de que o nível de água é suficiente para imergir toda a pipeta.

4.1.8. Levar para secar em estufa a 100°C por 01 hora.

4.1.9. Desligar a estufa e deixar esfriar antes de guardar.

4.1.10. Materiais novos - devem ser lavados antes do uso, pois são levemente alcalinos durante a reação.

4.1.11. Durante a lavagem, pode-se esfregar as partes do vidro com uma escova.

4.1.12. Vidros riscados são propensos a quebrar durante o uso. Qualquer marca na superfície uniforme do vidro é um ponto de quebra em potencial, especialmente nos casos de aquecimento do mesmo.

4.1.13. Coloque as pipetas, pontas para baixo, em cuba, jarra alta ou balde imediatamente após o uso. Não jogue para não lascar ou quebrar as bordas, tornando-as impróprias para medidas precisas.

4.2. Curvetas dos Equipamentos de dosagens bioquímicas.

4.2.1. Inverter as Curvetas na pia com um movimento forte em direção ao ralo, para retirar o excesso de reagente.

4.2.2. Enxaguar em água corrente cada pocinho da curveta.

4.2.3. Colocar as Curvetas de molho no detergente enzimático por 40 minutos.

4.2.4. Enxaguar em água corrente.

4.2.5. Enxaguar por 03 vezes com água destilada ou deionizada.

4.2.6. Colocar para secar em temperatura ambiente.

4.3. Outros materiais plásticos

4.3.1. Descartar sobras de material

4.3.2. Enxaguar com água corrente

4.3.3. Lavar com solução de detergente enzimático neutro.

4.3.4. Colocar de molho em hipoclorito de sódio por 30 minutos.

4.3.5. Enxaguar em água corrente e colocar de molho em água deionizada ou destilada por 30 minutos.

4.3.6. Deixar secar a temperatura ambiente.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Balde de 05 Litros

5.2. Bacia Plástica

5.3. Bandeja

5.4. Almotolia

5.5. Esponja

5.6. Escova de Cabo Curto

5.7. Detergente Enzimático

5.8. Hipoclorito de Sódio a 01%

5.9. Deionizador e/ou Destilador

5.10. Estufa de Secagem

6. EPI

6.1. Jaleco

6.2. Capote

6.3. Luvas Descartáveis

6.4. Máscaras descartáveis

6.5. Óculos de proteção

6.6. Luvas de Borracha

7. RESPONSABILIDADE

7.1. A responsabilidade pela execução desse POP é do R.T do laboratório

7.2. E de toda equipe técnica do laboratório da Unidade.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Na rotina de limpeza de materiais do laboratório da Unidade.

9. REGISTROS

9.1. Planilha de controle de temperatura da estufa de secagem - FOR.LAB.003 CONTROLE DE TEMPERATURA - ESTUFA.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. **NC:** Caso haja suspeita de contaminação das reações devido à lavagem das vidrarias.

10.1.1. **AÇÃO:** Monitorar todo procedimento, verificando se o responsável técnico está seguindo as recomendações deste POP (se necessário treiná-lo), verificar os lotes dos detergentes se não estão vencidos, avaliar a água reagente de acordo com o POP.LAB.002 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA REAGENTE e se a estufa está atingindo a temperatura necessária de secagem.

10.1.2. Caso não seja constatado nenhuma falha nos procedimentos descartar erro na lavagem dos materiais.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Preparo dos reagentes

11.1.1. Detergente Enzimático – 01 ml de detergente enzimático para 01 litro de água destilada ou deionizada, caso mude a marca e o lote, verificar no rótulo do produto o preparo.

11.1.2. Hipoclorito de sódio – 100 ml de hipoclorito de sódio a 01% para 10 litros de água destilada ou deionizada.

11.2. Curvetas

11.2.1. Segurar as Curvetas na parte superior das mesmas para evitar que manche a parte do meio por onde a luz atravessa, prejudicando a leitura das reações bioquímicas.

12. REFERENCIAS NORMATIVAS/BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. Emissor	Ass.1º Aprovador	Ass.2º Aprovador

1.12 MANUAL NORMAS E ROTINAS - DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Nos dias de hoje, todas as pessoas em toda parte têm acesso a uma profusão e amplitude de informações médicas e de cuidados de saúde que a maioria dos profissionais não teria facilidade em encontrar há uma geração atrás. O problema atual parece ser excesso de informação, em vez de pouca informação.

Em face dessa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação, por outro, ao padronizar condutas e detalhar rotinas a partir da expertise de nossos competentes profissionais, a Coleção de Manuais do hospital foi atualizada, revisada nos títulos já existentes na Coleção anterior e concebidos alguns novos títulos para a atual Coleção, o que melhorará a comunicação entre os profissionais desta Maternidade.

Além de favorecer a excelência na assistência, visa propiciar que o outro braço de nossa Missão, que é a de Ensino, seja facilitada, com a disseminação das práticas preconizadas na Instituição. Também pretende tornar acessíveis a todas as equipes as rotinas multiprofissionais e administrativas vigentes.

Nosso desejo é que esta Coleção esclareça e capacite os profissionais e contribua para resultados favoráveis àqueles que nela depositam confiança para terem seus partos, cuidados neonatais, cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos.

1.12.1 NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Os exames de ultrassom realizados são:

- Obstétrico
- Pélvico
- Transvaginal
- Abdominal
- Mamas
- Dopplerfluxometria

- Morfológico (médicos da empresa terceirizada)
- Órgãos isolados
- Ultrassonografia em Neonatologia (Transfontanela, Abdominal, Renal, Quadril e Cardíaca)

Obs. Os médicos da empresa terceirizada realizam apenas os exames agendados da REDE (exames de USG obstétrico morfológico, obstétrico, pélvico e transvaginal, USG de próstata aos sábados, e de MMII quando necessário).

Os médicos do hospitalrealizam a assistência na área do Pronto Socorro, da Vitalidade Fetal, da Mastologia, Neonatologia, de todos os exames marcados pelo Ambulatório e das pacientes internadas.

1.12.2 EQUIPAMENTOS DO SETOR DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Ultrassonografia: Possui 4 equipamentos, sendo 1 portátil de uso preferencial na Unidade Neonatal.

Radiologia: Possui 3 aparelhos de RX portáteis, 1 Mamógrafo digitalizado da empresa terceirizada e 2 processadoras.

1.12.3 AGENDAMENTO DE EXAMES

Os exames de mamografia, densitometria óssea e ultrassonografias das pacientes do Ambulatório são agendados pela Central de Agendamento ambulatorial .

1.12.4 ULTRASSONOGRAFIA

A ultrassonografia é um método diagnóstico baseado em ondas sonoras de alta freqüência que são emitidas através do transdutor que desliza sobre a pele/mucosa.

Possibilita o estudo dinâmico de diversos órgãos e/ou estruturas, com técnicas específicas para o estudo de cada região de interesse.

Em razão dos procedimentos intervencionistas atuais de diagnóstico e tratamento, a ultrassonografia é atualmente um dos métodos mais utilizados para a realização dos mesmos.

O exame ultrassonográfico deve ser realizado por médico especialista.

1.12.4.1 FUNÇÕES

Supervisor técnico responsável pelos auxiliares administrativos

Este profissional, que pertence à empresa terceirizada, coordena o fluxo da marcação de exames/horário/médico, organizando e cuidando do entrosamento com as necessidades das Clínicas de Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neonatologia, Vitalidade e Medicina Fetal e Pronto Socorro.

A marcação dos exames das UBS (REDE) é realizada pela empresa terceirizada via SIGA. (Sistema de Informação para Gestão da Assistência da Saúde).

Mantém contato permanente com a Central de Agendamento do hospital para manter um fluxo ordenado de pacientes, visando à diminuição de absenteísmo.

Checa a planilha diária dos exames internos, advindos do ambulatório, para efeito de estatística da empresa terceirizada e também da Maternidade.

A marcação de mamografia, densitometria óssea e ultrassonografia dos casos de pacientes do Ambulatório, é realizada via SIGA pela Central de Agendamento Ambulatorial.

É responsável pelo banco de dados (estatística mensal dos exames realizados no setor).

Auxiliares administrativos

O quadro atual destes funcionários pertence à empresa terceirizada. São responsáveis pelo atendimento da paciente no balcão do Setor e de forma cordial e atenciosa devem fazer a identificação criteriosa do RH da paciente, verificando nome e número para evitar troca de exames e prontuários.

Checar esses dados com a agenda diária, alinhando os prontuários em sequência para o atendimento médico.

Conferir o cartão da paciente com os dados e colocar no prontuário para aguardar a chamada.

Quando solicitado pelo médico a complementação das mamografias e ou encaminhamento para complementação com USG e PAAF ou biópsia, a empresa terceirizada faz a convocação da paciente por telefone.

No caso da agenda diária das pacientes do Pronto Socorro, deve haver cuidado para seguir a ordem de marcação do livro do PS, conforme a chegada do Boletim de Atendimento, para evitar conflitos com horário. Observar que o médico avalia a gravidade de cada caso.

Na solicitação de comprovante de horário para a paciente, é a recepção que deve preencher os dados e entregar, com uma cópia carbonada do impresso no prontuário da paciente.

Auxiliares de Enfermagem/ Atendente de sala

Estas profissionais pertencem ao quadro da SMS, havendo uma profissional da empresa terceirizada.

Realizam a chamada das pacientes, cumprimentar e se identificar, conferir o seu cartão e o pedido médico do exame, acompanhando as mesmas até a sala de exame, entregando o seu prontuário ao médico. Fazem a orientação das pacientes, retirando duvidas na sala de espera dos exames.

Tranquilizar a paciente, orientando-a para a colocação do avental e o posicionamento no decúbito correto de acordo com a orientação médica.

Acompanhar o médico durante todo o exame, fazendo anotações necessárias para o laudo.

Ao término de cada exame auxiliar a paciente para a limpeza do gel na pele e fazer a limpeza da mesa com a troca dos lençóis descartáveis para o próximo exame.

Observar que a paciente pode ter um acompanhante durante a realização de seu exame, nos exames de rotina. Nas pacientes menores de idade é permitido (mãe, avó, ou esposo). Nos casos de exames do Pronto Socorro, não há o

acompanhante, pois o diagnóstico será interpretado pelo plantonista e comunicado à família.

Após a realização do exame, o laudo é carimbado pelo médico. Anexá-lo no prontuário para a próxima consulta, ficando uma cópia para vistoria e arquivo.

Em caso de exames de pacientes das UBS, o laudo também é realizado com cópias, sendo entregue a original para a paciente, e outra ficando para vistoria e arquivo, sempre assinados e carimbados pelo médico.

Verificar nos plantões a necessidade de materiais indispensáveis para a realização de exames (gel, luvas, preservativos, produtos para assepsia, agulhas, laminas, seringas de 10 e 25 ml, álcool 99,5%, xilocaina, povidine, gazes e compressas e o material específico para as biópsias de mama), para não ocorrer interrupção do atendimento.

Encaminhar os materiais de punção e biópsias para o Setor de Anatomia Patológica, após a devida documentação no livro de registro (nome da paciente com RH e tipo de exame realizado).

Conferir os impressos de cada sala e o material permanente (aparelhos de ultrassom e carrinho de emergência).

Realizar diariamente ao final de cada plantão a limpeza dos aparelhos.

LIMPEZA DOS APARELHOS:

- A limpeza de todo o material permanente deve ser realizada com compressa umedecida apenas em água ou detergente.
- No término da agenda limpar com compressa úmida não estéril o teclado e o painel de controle.
- O transdutor do aparelho de ultrassom após cada exame deve ser limpo com papel toalha ou compressa úmida retirando o excesso de gel com delicadeza. Ter cuidado para o gel não secar na película do transdutor.
- Não usar álcool ou outros produtos ácidos. Os cabos dos transdutores podem ser limpos com detergentes.

Enfermeira responsável pelo Setor

Providenciar a escala mensal das auxiliares de enfermagem do setor, distribuindo a profissional nos horários de plantão e de sala: 02 (duas) salas. Cuidando principalmente da cobertura da sala de exames do Pronto Socorro e dos ambulatórios de intervenção.

Preencher o impresso próprio da escala mensal com o nome completo dos funcionários, registro funcional, COREN e horário.

Escalar as folgas de acordo com o numero de domingos e feriados do mês. Esta escala deve estar entregue ao Setor até o dia 10 de cada mês para a avaliação dos funcionários e posteriores trocas de folga ou de plantão.

Colocar na escala dos funcionários, pelo menos um plantão no sábado ou domingo por mês.

Fazer a escala anual de férias dos funcionários, com o nome completo, registro funcional e COREN. Esta escolha de datas deve ser realizada, preenchida e entregue ao Setor de Recursos Humanos no ano anterior. Avaliar sempre a possibilidade de aceitar a escolha do período de férias solicitado por cada funcionário, lembrando as equipes que esta escala não pode levar a prejuízo ao funcionamento das atividades do Serviço. Fazer a orientação técnica da limpeza diária dos transdutores de ultrassom, para a conservação dos aparelhos.

Manter um ambiente de hierarquia respeitosa em todo o setor, levando à realização dos objetivos de atendimento ao paciente com satisfação.

Lembrar que estimulando o entrosamento com todos os setores que enviam pacientes para o Setor de Imagem, este fluxo de pacientes será bem coordenado.

Chefia do Serviço de Diagnóstico por Imagem

Promover a interface entre a empresa terceirizada e o HMEC.

Colocar o cumprimento do contrato entre a empresa terceirizada e a SMS como norte das funções do Setor.

Verifica mensalmente os dados de produção constando os tipos de exame e sua quantidade, como também se a empresa terceirizada está exercendo as suas funções adequadamente, e enviar a informação para a Diretoria do HMEC.

Zelar para que os objetivos do hospital sejam cumpridos no trabalho diário, ou seja, a missão do atendimento ao paciente com qualidade colocando o ensino como característica do Serviço.

Médico Ultrassonografista

Receber a paciente e checar nome e outros dados do pedido de exame e do prontuário, como história clínica, exame físico e outros itens, que levarão à sua conclusão no diagnóstico imagenológico.

Quando solicitado dá orientações para a paciente.

Permite a presença de (01) um acompanhante em cada exame.

Fazer a orientação para a paciente, sempre no exame transvaginal, quanto à colocação delicada do transdutor e do preservativo.

Nos exames com intervenções (biópsias) explicar, após ler o consentimento informado com a paciente, eliminando duvidas, e entregar as orientações pós-procedimento.

Fazer o laudo dos exames com cópias, que serão usadas para aferição dos mesmos. Estas cópias são arquivadas junto ao pedido de solicitação do exame, pois é um documento comprobatório da sua realização. Este laudo deve ser elaborado de forma objetiva, com letra legível, e carimbado com o CRM, inclusive as cópias.

Obs. O responsável pela empresa terceirizada deverá informar para o Ambulatório de Mastologia os resultados de mamografia com laudo de BIRADS 3,4 e 5, onde estas pacientes serão convocadas via Regulação para consulta no Ambulatório de Mastologia. Os casos com laudo de BIRADS 0 (zero) são convocados pelo Setor de Imagem e já é realizado o exame de ultrassonografia das mamas complementar nos respectivos ambulatórios dos médicos mastologistas.

1.12.5 ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA

A ultrassonografia permite a observação detalhada das modificações morfológicas das estruturas pélvicas podendo ser estudadas pela via abdominal, endovaginal e mais recentemente a ultrassonografia tridimensional contribuindo para o melhor esclarecimento das características funcionais e não funcionais em ginecologia.

Avaliação normal:

- **Útero:**

É de fácil avaliação tanto pela via abdominal quanto a endovaginal, sendo esta de melhor acuraria. A via pélvica abdominal atualmente só é usada em caso de paciente virgo ou em complementação a via endovaginal em caso de úteros volumosos. O volume do útero varia de acordo com a idade e paridade. Seu cálculo é feito pela fórmula da elipsóide:

Diâmetro longitudinal x diâmetro ântero-posterior x diâmetro transverso x 0,52

Valores normais do útero

Útero	(valores normais em cm^3)
Infância	< 10
Hipoplásico	10 a 25
Adolescência	10 a 40
Nulípara	25 a 90
Menopausa	20 a 70
GI	Até 120
GII	Até 140
GIII	Até 160
G IV ou mais	Até 180

O colo uterino apresenta comprimento entre 3 a 5 cm.

- **Endométrio:**

Em relação ao endométrio é importante saber que ele se modifica ao longo do ciclo menstrual e seus valores também, como descritos abaixo.

Valores normais do endométrio	
Menstrual	3 a 5 mm
Proliferativo: hipoecóico	4 a 5 mm
Periovulatório: trilaminar	7 a 14 mm
Secretório: hiperecogênico	6 a 14 mm

- **Ovários:**

Os ovários são encontrados geralmente ao lado do útero, mas também podem estar atrás. São estruturas que apresentam mobilidade a pressão e com dimensões variadas de acordo com a idade e fase do ciclo menstrual.

Valores normais do endométrio	
Ovários	**(valores normais em cm^3)**
Infância	ate 2
Adolescência	2 a 5
Menacne	3 a 9
Menopausa	1 a 5

Folículos peri-ovulatórios: 18 a 22 mm
Cisto: maior que 30 mm ou 3 cm.

Alterações uterinas:

- **Malformações Uterinas:**

Classe 1: agenesia ou hipoplasia uterina: útero muito rudimentar, sem cavidade endometrial com volume < 20 cm3 e com relação corpo/colo > que 2,diferenciando-se de útero infantil onde a relação corpo/colo é > 1; Classe 2: útero unicorno: com apenas um corno;

Classe 3: útero didelfo: separação completa com 2 corpos e 2 colos uterinos;

Classe 4: útero bicorno: diferencia-se do difelfo por apresentar algum grau de fusão miometrial ou apenas fusão no colo;

Classe 5: útero septado: semelhante ao bicorno com exceção que não ocorre a separação miometrial. É o tipo menos favorável a gestação; Classe 6: útero arqueado: é uma variante da normalidade.

– Alterações Miometriais:

Adenomiose: ocorre perda do delineamento do endométrio e em alguns casos pequenos cistos no miométrio (principalmente parede posterior) com aumento uterino difuso.

Leiomiomas: tem aspecto variável, mais comumente são hipoecóicos e bem delimitados. Podem ser intramurais (no miométrio), submucosos (na cavidade) ou subserosos (na superfície peritoneal do útero). Geralmente quando maiores devido a sua má vascularização se tornam heterogêneos e até calcificados. Quando são hiperecogênicos e muito homogêneos deve ser feito diagnóstico diferencial com hamartomas como lipomioma ou angiomolipoma. O estudo Doppler apresenta distribuição predominantemente periférica na vascularização do mioma.

Sarcomas: são raros e muito semelhantes aos nódulos uterinos não sendo possível seu diagnóstico preciso à ultrassonografia. Geralmente são volumosos com crescimento rápido na pós-menopausa e são muito vascularizados ao Doppler.

Malformações arteriovenosas: podem ser vistas com múltiplas estruturas serpiginosas, anecóides na pelve e podem ser confundidas com cistos ovarianos multiloculados. O diagnóstico é feito com Doppler colorido mostrando abundante fluxo sanguíneo nas estruturas anecóicas e com fluxo arterial de alta velocidade e baixa resistência e fluxo venoso de alta velocidade às vezes indistinguível do fluxo arterial.

– Anormalidades do Endométrio:

Carcinomas: o principal achado é o espessamento na pós-menopausa o qual tem aspecto ecogênico com perda da delimitação da camada basal, podendo ser

heterogêneo com áreas císticas ou homogêneo e regular. Ao Doppler podemos ter fluxos internos e aumento da velocidade e redução da resistência nas artérias uterinas, mas geralmente estes achados são tardios, não sendo possível aguardar alterações ao Doppler para confirmar o diagnóstico.

Hiperplasia: encontramos espessamentos homogêneos ou heterogêneos principalmente no climatério com duas características quase sempre presentes: basal endometrial perfeitamente delineada e perda da linha ecogênica da justaposição entre as mucosas endometriais. Apesar de ter características típicas é necessária a complementação do estudo com histeroscopia, biópsia ou curetagem uterina.

Pólipos: Tem aspecto ecogênico e seu diagnóstico deve sempre ser confirmado na primeira fase do ciclo. Quando volumosos ou múltiplos seu diagnóstico pode ser de difícil diferenciação com miomas submucosos, hiperplasias e/ou carcinomas. O uso do Doppler pode ser útil quando há presença de pedículo vascularizado ou com intensa vascularização central podemos suspeitar de malignização. Para melhor clareza diagnóstica deve ser feita complementação com histerossonografia ou ultrassom 3D.

Calcificações: quando encontradas são resultado de sequelas de alterações vasculares, inflamatórias, doença granulomatosas, lesões mecânicas como curetagens e corpos estranhos e DIU.

Cistos: são raros e quase sempre sem significado.

DIU: atualmente considera-se normal quando está acima do orifício interno do colo uterino, não sendo mais necessária a mensuração da distância.

- **Alterações do Colo Uterino:**

Pólipos endocervicais: imagens hiperecogênicas vegetantes com pedículo os quais podem apresentar fluxo ao Doppler.

Cistos de retenção: imagens císticas ao ultra-som que podem variar de alguns milímetros a 4 cm.

- **Alterações Ovarianas e anexiais:**

Cistos funcionais: são os cistos foliculares e cistos lúteos. Podem atingir até 3 cm,raramente ultrapassam 5 cm.

Cistos hemorrágicos: geralmente é hiperecóico e pode simular massa sólida, com parede lisa com reforço acústico posterior. Ao Doppler não se visibiliza fluxo interno.

Síndrome dos ovários policísticos: os ovários apresentam aumento do volume com múltiplos folículos que não ultrapassam 10 mm de diâmetro os quais se encontram preferencialmente periféricos.

Endometriose: tem características variadas podendo não apresentar nenhuma alteração até a presença de imagens císticas de conteúdo denso com ou sem septações e calcificações em seu interior. Quanto ao Doppler este se apresenta com altos índices de resistência (IR> 0,5) e fluxo escasso na maioria dos endometriomas em contraste com fluxo de baixa resistência (IR < 0,5) em cistos funcionais. No caso de endometriose profunda é importante a complementação com ultrassom transvaginal com preparo intestinal *Doença inflamatória pélvica aguda:* a imagem da ultrassonografia é variável de acordo com a intensidade e pode ser útil para diagnóstico diferencial com cistos hemorrágicos ou rotos. Em quadros leves o exame ultrassonográfico é normal. Em casos mais graves podem ser detectadas massas tubovarianas com contornos irregulares e pouco definidos e líquido livre.

Ao Doppler temos aumento da vascularização com baixa resistência.

Torção ovariana: é um quadro agudo, com massa quase sempre benigna. Os achados ultrassonográficos são variáveis e o exame por Doppler colorido pode mostrar ausência de fluxo no ovário afetado, portanto a presença de fluxo arterial ou venoso ou de ambos não exclui o diagnóstico de torção.

Doença inflamatória pélvica: pode não ter sinais ultrassonográficos em uma fase inicial. À medida que evolui aparecem os sinais mais comuns que são espessamento ou líquido no endométrio, líquido com partículas em suspensão, aumento do volume ovariano com margens indistintas, tubas uterinas com líquido até a presença de massa multiloculada complexa com septações

variáveis e ecos internos dispersos em seu interior. O Doppler não se mostra útil.

Tumores ovarianos

2000 foram publicados os primeiros trabalhos de um grupo multicêntrico, chamado International Ovarian Tumor Analysis Group (IOTA), visando padronizara descrição de parâmetros texturais e vasculares nas massas anexiais e correlacionando com os achados histopatológicos. Vários parâmetros texturais,foram estudados como: bilateralidade, espessura da parede, septações, projeções papilares, áreas sólidas, ecogenicidade, dimensões e volume e outros com ascite. Entre relação aos parâmetros vasculares, destaca-se de o mapeamento em cores da massa a ser estudada. A presença de vasos, a sua localização, a quantidade, e o padrão de pulsatilidade (o menor valor do índice de resistência (IR) e índice de pulsatilidade (IP) encontrados na massa) podem ser úteis na diferenciação entre os tumores benignos e malignos, melhorando a sensibilidade e a acurácia da avaliação ultrassonográfica.

CLASSIFICAÇÃO DE IOTA - INTERNATIONAL OVARIAN TUMOR ANALYSIS

	Características	Potencial de Malignidade
Tipo 1	Anecóide, sem componentes sólidos	0%
Tipo 2	Cisto unilocular com massa vegetante ou espessamento de + de 3mm de espessura	45%
Tipo 3	Septações múltiplas sem componente sólido	1,5%
Tipo 4	Septações múltiplas com massa vegetante ou espessamento de + de 3cm de espessura	50 %
Tipo 5	Mais de 80% apresenta-se sólido	60%
Tipo 6	Inclassificável	

Tabela 1: Classificação de IOTA (2000)

Em 2009, Amor F et al classificaram as massas anexiais, por meio do léxico Gynecologic Imagin Reporting Data System (GI-RADS), que significa Laudo de Imagem Ginecológica e Sistema de Dados propondo uma nova de padronização de laudos como no BI-RADS com descrita na tabela 2:

CLASSIFICAÇÃO DE GI-RADS - LAUDO DE IMAGEM GINECOLÓGICA E SISTEMA DE DADOS

GI-RADS 1	Definitivamente Benigno. Ovários normais e ausência de massas anexiais.
GI-RADS 2	Muito provavelmente Benigno. Cistos ovarianos funcionais (foliculares, corpo lúteo e hemorrágicos)
GI-RADS 3	Provavelmente Benigno. Massas anexiais supostamente benignas como endometriomas, teratomas, cistos não funcionais uniloculares, hidrossalpíngeo, cisto para-ovariano, pseudo cisto peritonial.
GI-RADS 4	Provavelmente Maligno. Massas anexiais que não poderiam ser incluídas nos grupos acima e com 1 a 2 achados sugestivos de malignidade (projeções papilares, septações espessas, áreas sólidas, vascularização central, ascite e IR < 0,50
GI-RADS 5	Muito provavelmente Mmaligno. Massas anexiais com 3 ou mais achados sugestivos de malignidade listados para GI -RADS 4.

Tabela 2 - GI-RADS (2009)

Devemos sempre lembrar que os principais diagnósticos diferenciais dos tumores ovarianos são os cistos funcionais que são altamente frequentes, e que com controle ecográfico em 2 a 3 semanas podemos elucidar esta dúvida. Também deve ser mencionado que o rim pélvico o mioma pediculado e algumas massas intestinais fazem parte do diagnóstico diferencial dos tumores ovarianos e devemos lançar mão de outros métodos diagnósticos quando for necessário.

1.12.6 PREPARO PARA ULTRASSONOGRAFIA

( ) USG Obstétrico no primeiro trimestre

Via vaginal: não é necessário nenhum preparo.

Via abdominal: Tomar 05 copos de água 01 hora antes do exame.

( ) USG Pélvico, renal e de vias urinárias

Tomar 05 copos de água 01 hora antes do exame.

( ) USG Abdominal

Ficar em jejum por 06 horas até o horário do exame.

Tomar 05 copos de água 01 hora antes do exame.

( ) USG Transvaginal

Não há necessidade de estar com a bexiga cheia.

1.12.7 ROTINA NA REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA

As pacientes atendidas são oriundas da REDE, marcadas no sistema SIGA e dos ambulatórios do HMEC, agendadas pela Central de Agendamento.

São disponibilizadas 65 vagas/dia de segunda a sábado, sendo 53 vagas para UBS e 12 vagas para pacientes do Ambulatório, divididas em 2 períodos: manhã e tarde. Total por mês: 1.560 vagas para exames de mamografia, das 07:00h as 19:00h.

O técnico de mamografia, da empresa terceirizada, orienta as pacientes no preenchimento da ficha para a mamografia e orienta a respeito do resultado. Para as pacientes do HMEC, o laudo estará no prontuário e para as pacientes das UBS, os laudos serão encaminhados a UBS de origem, sendo retirados pela Supervisão de Saúde.

TECNICO DE RADIOLOGIA:

- Confere os dados do cartão (RH e nome da paciente) com o pedido da mamografia.
- Confere os dados do prontuário.
- Orienta e ou preenche o questionário da mamografia.
- Checa o preparo da paciente (evitar talco e desodorante) e pega os exames anteriores da paciente para comparação.
- Encaminha a paciente para a sala de realização do exame, com apoio psicológico quando necessário.
- Registra em livro próprio os exames de mamografia.

1.12.8 ROTINA NA REALIZAÇÃO DA DENSITOMETRIA ÓSSEA

Este exame foi implantado no Setor pela empresa terceirizada. São realizados 08 exames/dia para pacientes das UBS e do HMEC. Total de 192 vagas/mês.

O técnico e o aparelho pertencem a terceirizada.

Obs. Este exame não é realizado em gestantes e o limite de peso para a realização da composição corporal é de 100 kg.

Tempo de realização do exame é de 20 minutos.

Orientar a paciente para trazer exames anteriores, se houver.

1.12.9 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM ROTINAS AMBULATÓRIO - EXAMES

1.12.9.1 POP 15 Auxílio de Biópsia de Mama Guiado por Ultrassom

15.1 Definição:

Retirada de fragmentos da lesão suspeita através de uma pistola automática que dispõe de uma agulha, que ao disparar corta o material e o recolhe. Este procedimento é guiado por ultrassonografia.

15.2 Objetivo:

Colher material de uma ou mais lesões mamárias suspeitas para avaliação histopatológica.

15.3 Contra-indicação:

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

15.4 Executante:

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

15.5 Material:

- Agulha 13x4,5
- Agulha para biópsia.
- Álcool a 70%.

- Avental para paciente.
- Anestésico.
- Caixa térmica.
- Esparadrapo.
- Formol.
- Gazes estéreis.
- Lápis.
- Lençol.
- Livro de registro de exames.
- Luvas de procedimento.
- Máscara cirúrgica.
- Micropore.
- Óculos de proteção.
- Seringa de 3 ou 5 ml.

15.6 Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

01 Reunir material necessário para realização do procedimento.

02 Chamar o paciente e confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante.

03 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.

04 Higienizar as mãos (POP 42);

05 Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental.

06 Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca.

07 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame.

08 Recolher e acondicionar os fragmentos de biópsia em frascos com formol(1/3 do frasco), previamente identificados com

data da coleta, nome do paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico e unidade de saúde.

09 Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo.

10 Higienizar as mãos;

11 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado.

12 Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado.

13 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico.

14 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortante.

15 Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

Observações:

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

Referências Bibliográficas:

Biópsia de Mama. Disponível em: www.mamaimagem.com.br . Último acesso em:

30/11/2015.

Protocolo de biópsia de mama. Disponível em: hcrp.fmrp.usp.br. Acesso em: 05 Fev 2014

1.12.9.2 POP 16 Auxílio a Ecorcardiograma Transtorácico

16.1 Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas do coração e dos grandes vasos, e fluxo sanguíneo nos mesmos, durante o procedimento.

16.2 Objetivo

Avaliar o funcionamento do coração, do ponto de vista anatômico e funcional.

16.3 Contraindicação

Não há contraindicação para este procedimento.

16.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

16.5 Material

- Luvas;
- Gel para ultrassonografia;
- Balança;
- Esfigmomanômetro;
- Estestoscópio;
- Lençol (se necessário); · Avental (se necessário); · Álcool 70%.

16.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

02 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

03 Reunir material necessário para o exame;

04 Higienizar as mãos (POP 42);

05 Verificar peso (POP 52) e altura (POP 59) e aferir pressão arterial (POP 12);

06 Posicionar paciente na maca, em decúbito lateral direito e membro superior esquerdo flexionado atrás da cabeça;

07 Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestirse, se necessário;

08 Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 em seguida, repor lençol de papel limpo;

09 Higienizar as mãos;

10 Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo.

11 Entregar o laudo para paciente;

12 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

16.7 Observação

- O procedimento de ecocardiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza do transdutor microconvexo ao término de cada exame com

  gaze, água e sabão.

16.8 Referências bibliográficas

Feigenbaum ecocardiografia / Harvey Feigenbaum, William F. Armstrong, Thomas Ryan ; traduzido por Lélis Borges de Couto. – Rio de Janeiro : Guanabara e Koogan, 2007

Graziano MU et al, **Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia** .Rev. Latino-Am.

Enfermagem vol.21 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

1.12.9.3 POP 17 Auxílio à Eletroencefalografia em Vigília

17.1 Definição

Registro da atividade elétrica cerebral através da colocação de eletrodos superficiais no escalpe para detecção de possíveis

anormalidades associadas à uma ampla gama de sinais e sintomas neurológicos.

17.2 Objetivo

Avaliar pacientes com fenômenos paroxísticos (epilépticos ou não).

Avaliar encefalopatias toxico-metabólicas, infecciosas e degenerativas (demências).

Classificar e seguir as varias modalidades de epilepsias.

17.3 Contraindicação

Relativas: seborreia excessiva, infecção de pele no couro cabeludo e pediculose.

17.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

17.5 Material

- Luvas
- Fita métrica;
- Lápis para demarcar pontos dos eletrodos;
- pasta para EEG;
- espátula;
- separador de cabelos;
- papeis cortados para fixação dos eletrodos (lençol de papel);
- gaze;
- cuba rim; · água morna; · álcool 70%.

17.6 Descrição do procedimento Ação de enfermagem

01 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentarse e explicar o procedimento que será realizado (longa duração, necessita de cooperação, não mexer a

cabeça, manter os olhos fechados), sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

02 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

03 Verificar se o paciente está com preparo necessário (cabelos limpos e secos).

04 Higienizar as mãos (POP 42);

05 Reunir material necessário para realização do procedimento; **06** Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo.

07 Preencher o protocolo do exame EEG com seu respectivo número, entregá-lo ao paciente ou seu acompanhante, orientando quanto ao seu retorno.

08 Preencher no sistema a ficha do paciente, contendo nome completo, data de nascimento, numero do prontuário, numero do exame, nome do médico(a) solicitante e origem. No campo observação, anotar informações relevantes como: cicatriz cirúrgica e sua localização; afundamento de crânio; tremores espontâneos em membros e face.

09 Inspecionar os cabelos do paciente quanto a umidade, gel, cremes ou pediculose. Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame o mesmo deverá ser remarcado.

10 Iniciar a montagem dos eletrodos, utilizando-se o sistema 10-20 de colocação utilizando-se montagens mono e bipolares. Separar os cabelos e marcar com lápis específico os locais para aplicação de pasta condutora e respectivos eletrodos. O método utiliza quatro pontos padronizados: 1) raiz do nariz (*nasiun*),

2) protuberância occipital (*inium*), ambos no mesmo plano sagital,

11 3) ponto pré-auricular (depressão na raiz do zigoma anteriormente ao *tragus*).Os pontos são encontrados utilizando 10 e 20 % das medidas encontradas.

12 Demarcar medidas ântero-posterior. Medir a distância entre o *nasiun* e *iniun* passando pelo vértex, na linha média. Cinco pontos são então marcados ao longo desta linha, designados como pólo frontal (Fp), frontal (F), central (C), parietal (P) e occipital (O).

13 Marcar o primeiro ponto (Fp) a 10 por cento da distância *násiun-íniun*, marcá- lo logo acima do *násiun*.

14 Marcar segundo ponto (F) a 20 por cento da mesma distância e marcá-lo acima do Fp.

15 Marcar os pontos central (C), parietal (P) e occipital (O), na linha média a cada 10 por cento da distância *násiun-íniun*. Todos esses pontos marcados na linha média são seguidos de "z" no nome do eletrodo (PGND, Fz, Cz, Pz).

16 Medir linha coronal central, da distância os pontos pré-auriculares, passando pelo ponto central já determinado com a medida ântero-posterior. Dez por cento desta medida acima do ponto pré-auricular, marcar o ponto temporal médio (T3, T4) e 20 por cento acima do temporal médio está o ponto central (C3, C4).

17 Marcar linha ântero-posterior passando agora sobre a região temporal, frontal e occipital, medindo-se a distância entre o ponto da linha média Fpz e o ponto occipital também da linha média, Oz, passando-se pelo ponto temporal já previamente determinado.

18 Marcar 10 por cento da medida, a partir da posição do Fpz, assim como a partir do ponto occipital da linha média Oz.

19 Desta forma, marcar outros dois pontos "Fp" (1 e 2), um à direita e outro à esquerda e ainda dois outros pontos "O" (1 e 2), também um à direita e outro à esquerda. Os pontos temporal anterior e posterior (T5, T6) estão na posição 20 por cento da distância a partir dos pontos Fp e O determinados nesta linha.

20 Marcar pontos remanescentes, frontal (F3, F4, F7, F8)) e médio parietal (P3 e P4) estão posicionados ao longo da linha coronal frontal e parietal respectivamente, eqüidistante entre a linha média e a linha temporal. Sendo que, os eletrodos ímpares ficam posicionados à esquerda e pares, a direita.

21 Ao iniciar o exame, verificar se as configurações estão corretas no sistema. **22** Fazer logo em seguida, na captação elétrica, o teste de impedância.

23 Com a luz apagada, pedir para o

---

24 paciente fechar os olhos.

25 Iniciar a gravação observando o traçado e o paciente, clicar "vigília", após 30 seg. pedir para abrir os olhos.

26 Clicar "olhos abertos", após 30 seg. pedir para o paciente fechar os olhos e clicar "olhos fechados". Em seguida, o maior tempo em vigília, clicar "vigília", observando o traçado. Sempre que necessário parar a gravação para recolocar ou trocar os eletrodos.

27 Observar se o paciente responde aos comandos verbais, orientá-lo antes de iniciar o estado de hiperventilação para que não haja deslocamento dos eletrodos. Solicitar que o paciente inspire e espire pela boca. Clicar hiperventilação.

28 Clicar estado de pós hiperpnéia, ao término de hiperventilação. Pedir para o paciente respirar normalmente.

29 Orientar paciente a manter os olhos fechados durante a fotoestimulação e em seguida clicar na opção flashestimulação.

30 Ao término da fotoestimulação, clicar pós flashestimulação.

31 Clicar também durante a gravação alguns eventos, bocejo, tosse, tremors espontâneos, sono espontâneo.

32 Ao término da gravação, pedir para o paciente abrir os olhos, acender a luz da sala, pegar a cuba rim contend água morna.

33 Tirar os eletrodos um a um, cuidadosamente, limpar a cabeça do paciente com gaze embebida em água morna e após gaze seca, removendo toda a pasta restante. Limpar também os eletrodos com gaze e água morna e secar com gaze seca.

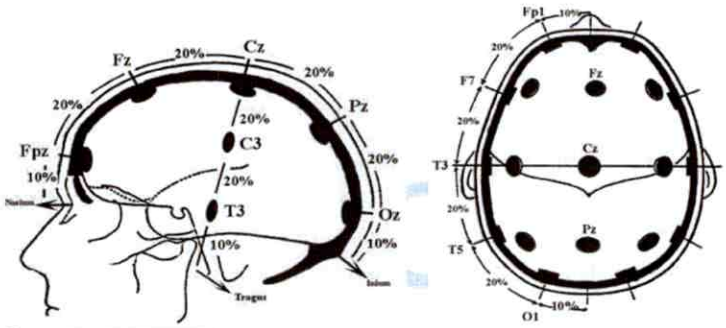
34 **31** Pedir para o paciente sentar, observer possível tontura, ajudar a descer da maca, se necessário, e se estiver bem dispensá-lo.

35 Retirar lençol de papel, realizar limpeza da maca com álcool 70%, repor lençol de papel limpo;

36 Higienizar as mãos;

37 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação



17.7 Referências bibliográficas

http://www.ibc.gov.br acesso em 27 de janeiro de 2014

American Electroencephalographic Society. **Guideline twelve: guidelines for long-term monitoring for epilepsy**. J Clin Neurophysiol, 11(1):88-110, 1994. Berger H. Ueber das Elektroenkephalogramm des Menschen. Archiv Psychiatr Nervenkr 1929, 87:527-570.

Jasper HH. The ten-twenty electrode system of the international federation.

Electroenceph Clin Neurophysiol 1958;10:370-375.

Morris III H, Lüders H. Electrodes. In: Gotman J, Ives JR, Gloor P. (eds).

Electroenceph Clin Neurophysiol 1985;(Suppl. 37):3-26.

Garzon E. Conventional EEG – **The 10/20 system and the rationale for the use of the 10/10 system in**: http://www.lasse.med.br/mat_didatico/lasse1/textos/eliana03.html Último acesso 30/11/2015.

1.12.9.4 POP 18 Auxílo a Eletroneuromiografia

18.1 Definição

Método de estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognóstico de lesões do sistema nervoso periférico.

18.2 Objetivo

Localizar lesão no sistema nervoso periférico, prover informações sobre fisiopatologia da lesão, avaliar grau de comprometimento e o curso temporal da lesão.

18.3 Contraindicação

O exame está contraindicado em pacientes com marcapasso, cateter intracardíaco, plaquetopenia abaixo de 50.000/mm, uso de anticoagulante e medicamentos anticolinesterásicos, pele com solução de continuidade e erisipela.

18.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

18.5 Material

- Luvas;
- Gel;
- Lençol (se necessário);
- Avental (se necessário);
- Eletrodos para eletroneuromiografia;
- Álcool 70%;
- Gaze;
- Esparadrapo microporoso.

18.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

02 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

03 Higienizar as mãos (POP 42);

04 Reunir material necessário para realização do procedimento;

05 Posicionar o paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade;

06 Retirar excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;

07 Realizar curativo oclusivo, se algum ponto permanecer sangramento; **08** R etirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com alcool 70% por 30 segundos. Em seguida repor lençol de papel limpo;

09 Higienizar as mãos;

10 Devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;

11 Entregar o laudo para paciente;

12 Desprezar perfuro-cortantes no descarpack, se restar algum; **13** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

18.7 Observação

O procedimento de eletroneuromiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.

18.8

18.9 Referências bibliográficas

Graziano MU et al, **Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia**.Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.2

Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

1.12.9.5 POP 21 Auxílio de Teste Ergométrico

21.Definição

Método diagnóstico de doenças cardiovasculares, de determinação prognóstica, avaliação da resposta terapêutica, da tolerância ao esforço e de sintomas compatíveis com arritmias ao exercício.

Objetivo

Avaliar resposta clínica, hemodinâmica, autonômica, eletrocardiográfica, metabólica e, eventualmente, ventilatória ao exercício.

21.1 Contraindicação

Gerais: embolia pulmonar; enfermidade aguda, febril ou grave; limitação física ou psicológica; intoxicação medicamentosa; distúrbio hidroeletrolíticos e metabólicos não corrigidos.

Relativas: Dor torácica aguda; estenoses valvares moderadas e graves; insuficiências valvares graves; taquiarritmias e arritmias ventriculares complexas; afecções não cardíacas capazes de agravamento pelo TE.

Contraindicações de alto risco: IAM não complicado; angina estável estabilizada; lesão conhecida e tratada de tronco de coronária esquerda ou equivalente; arritmias ventriculares complexas; arritmias com repercussões clínicas e hemodinâmicas sob controle; síncopes por provável etiologia arritmogênica ou bloqueio atrioventricular de alto grau; presença de desfibrilador implantado; insuuficiência cardíaca compensada Classe Funcional III (NYHA); lesões valvares estenóticas moderadas e graves em indivíduos assintomáticos e nas insuficiências valvares graves; hipertensão pulmonar; cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva; insuficiência respiratória, renal ou hepática.

3 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

- Luvas;
- Esfigmomanômetro,
- Estestoscópio;

- Álcool 70%;
- Gaze;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);
- Cuba rim;
- Eletrodo descartável;
- Avental (se necessário).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Conferir lacre do carrinho de urgência

02 Verificar funcionamento da balança

03 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

04 Orientar paciente a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, caso esteja de acordo com a realização do exame. Em caso de impossibilidade de leitura pelo paciente, ler e explicar o termo para paciente e carimbar a impressão digital;

05 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente. Paciente deve estar usando roupas confortáveis que não limitem movimentos, mulheres devem estar vestindo top ou sutiã, homens devem estar com o tórax tricotomizado (caso não estejam, proceder com a tricotomização), deve estar calçando tênis ou sapato confortável. Verificar se ingeriu refeição leve, deve estar portando receita de medicação em uso;

06 Conferir preparo específico com paciente;

07 Orientar o paciente quanto ao procedimento, aferir pressão arterial (POP 12), pesar (POP 51) e medir estatura (POP 48).

08 Registrar os dados e apresentá-los ao cardiologista, juntamente com a receita para confirmar a realização do exame.

09 Reunir material necessário para o exame;

10 Higienizar as mãos (POP 42);

11 Se exame confirmado, oferecer avental e limpar com gaze e álcool 70% os locais onde serão colados os eletrodos. Se

necessário, realizar tricotomia do tórax; **12** Monitorizar paciente com eletrodos nas seguintes localizações:

- (RA) na região acrômio-clavicular D,
- (LA) na região acrômio-clavicular E,
- (RL) em crista ilíaca D,
- (LL) em crista ilíaca E,
- (V1) no 2° espaço intercostal a D,
- (V2) no 2° espaço intercostal a E,
- (V3) entre V2 e V4,
- (V4) na linha hemiclavicular no 3° espaço intercostal, · (V5) na linha axilar anterior no 3° espaço intercostal, e
- (V6) na linha axilar média no 3° espaço intercostal.

13 Auxiliar paciente a subir na esteira, posicionando o manguito no braço esquerdo, preferencialmente.

14 Acompanhar exame para auxiliar em eventuais intercorrências;

15 Ao término do exame, retirar o manguito do braço do paciente, auxiliar paciente a descer da esteira.

16 Encaminhar o paciente para se vestir, devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo.

17 Higienizar as mãos;

18 Entregar o laudo para paciente;

19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- Procedimento é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Antes de iniciar os exames, em cada plantão, realizar teste operacional do desfibrilador da seguinte forma:
- Ligar o botão 1 em Lig Monitorizar, selecionar o botão "menu" abaixo da tela, selecionar "outros", selecionar "teste operacional".
- Surgirá na tela um aviso de que está saindo do modo de funcionamento normal, selecionar "aceitar".

- Aparelho entrará no **módulo de Teste Operacional**, em seguida girar o botão 1 até 150J, e o teste será iniciado.
- Verificar se o **módulo de teste** está conectado. Quando solicitado pressionar o botão 2 Carregar.
- Quando solicitado pressionar o botão 3 Choque. Em seguida o teste será finalizado.
- Quando o teste for finalizado pressionar o botão que indica Imprimir Teste Operacional.
- Assinar o teste impresso e arquivar na pasta de Testes Operacionais. · Desligar o desfibrilador, mantendo-o sempre ligado na tomada. a.

Referências bibliográficas

Meneghelo RS, Araújo CGS, Stein R, Mastrocolla LE, Albuquerque PF, Serra SM ET AL/ Sociedade Brasileira de Cardiologia. **III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico**. Arq Brás Cardiol 2010; 95(5 supl.1); 1-26

1.12.9.6 POP 22 Auxílio a Ultrassonografia

1 Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas durante o procedimento.

Objetivo

Avaliar órgãos e estruturas internas do corpo humano .

Contraindicação

Não há contraindicação absoluta para realização deste procedimento. Existem contraindicações relativas pertinentes a cada tipo de exame. Porém, sugere-se evitar a ultrassonografia em pacientes com febre, processo inflamatório no local do

exame, transvaginal no período menstrual, e exame com Doppler no primeiro trimestre gestacional. Por questões legais, não se pratica ultrassonografia transvaginal em pacientes virgens.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

- Luvas;
- Gel para ultrassonografia;
- Lençol (se necessário);
- Avental (se necessário);
- Preservativo sem lubrificante (para exame transvaginal); · Álcool 70%.

22.6 Descrição do procedimento Ação de enfermagem

1. Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
3. Conferir se o paciente fez preparo específico para cada tipo de exame;
4. Reunir material necessário para o exame;
5. Higienizar as mãos (POP 42);
6. Posicionar paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade.
7. Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necesário;
8. Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos, repor lençol de papel limpo;

9. Higienizar as mãos;
10. Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo.
11. Entregar o laudo para paciente;
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

22.7 Observação

- Procedimento de ultrassonografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza dos transdutores linear e convexo ao término de cada exame com gaze, água e sabão, e do transdutor endocavitário, com gaze, água e sabão, e após friccionar com álcool 70% por 30 segundos.

22.8 Referências bibliográficas

RUMACK, SR . CHABONEAU, W.J . **Tratado de Ultrassonografia Diagnóstica**

[tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga..et al – Rio de Janeiro : Elsevier, 2006

MASSELLI, IB; WU, DSK. **Manual básico de ultrassonografia** / Ivan Barraviera Masselli; PINHEIRO, ANDRADE, HA. Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP, 2013.

GREAZIANO, MU et al, Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia . Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Aprovado por**

1.12.9.7 POP 29 Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolaou)

29.1 Definição

O exame de prevenção pela técnica de Papanicolaou ou citologia oncótica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvice uterina que permite a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, vem sendo utilizado largamente, desde sua descoberta, em 1943. É um exame bastante aceito pela comunidade científica e de relevância para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e fácil realização [4].

29.2 Objetivo

- Realizar coleta de citologia oncótica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino.
- Coletar material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino.

Contraindicação

Observar sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação. Em Serviços com acesso à citologia oncótica , colposcopia , biópsia, etc. o teste de Schiller perde sua importância. Gestantes não coletar material da endocérvice.

29.3 **Executante**
Enfermeiro

Material

- EPIs: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Espéculo inoxidável estéril ou Espéculo descartável estéril;
- Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação;
- Espátula de Ayres;
- Escova cervical;

- Solução de fixação apropriada;
- Recipiente para acondicionamento das lâminas;
- Gaze;
- Pinça Cheron;
- Solução de Lugol;
- Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames;
- Livro de registro;
- Lápis para identificação da lâmina; · Camisola/Avental; · Lençol.

29.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Chamar a paciente, confirmar o nome, apresentar-se, recepcionado -a.

02 Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, dentre outros);

03 Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;

04 Preencher formulário de solicitação do exame;

05 Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, FF e código do CS), colocando- a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;

06 Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;

07 Higienizar as mãos (POP 42);

08 Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;

09 Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;

10 Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;

11 Calçar as luvas de procedimento;

12 Realizar o exame da região vulvar, anotando se houver lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias;

13 Escolher o espéculo adequado (vide observações);

14 Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15º), fazendo uma rotação de 90º mantendo- o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;

15 Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;

16 Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

Coleta Ectocervical

01 Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360º ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;

02 Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;

Coleta Endocervical

01 Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360º;

02 Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;

Teste de Schiller:

Preparar a pinça Cheron com uma gaze na ponta e embebê-la em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:

Positivo: quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino. Resultado Alterado.

Negativo: quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol. Resultado Normal.

Fixação

01 Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecamento (máfixação) que impossibilita a leitura do exame.

02 São três as formas de fixação.

Polietilenoglicol (mais recomendada)

Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido.

Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.

Álcool á 95%.

A lâmina com material deve ser submersa no álcool a 95%, em vidros de boca larga.

Propinilglicol

01 Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20cm. Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente colocando em balde próprio;

02 Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;

03 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

04 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

05 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);

06 Registrar o procedimento em planilha de produção;

07 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

29.7 Observação

- Em condições normais deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos (Ministério da Saúde).
- Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:

a) As lâminas devem ser acondicionar as lâminas no recipiente próprio

(caixa de madeira ou plástico) para transporte;

b) Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;

c) Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;

d) Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço;

- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrasson) dois dias antes do exame.
- Evitar lubrificar o espéculo com agente oleoso.
- Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espéculo com solução salina (SF 0,9%).
- Em paciente virgem, a coleta deverá ser realizada por profissional médico.
- Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Realizar coleta em mulheres histerectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não realizar coleta do fundo de saco apenas.
- Recomenda-se que os enfermeiros (homens) realizem o procedimento acompanhados por um profissional de

enfermagem evitando a exposição do paciente e do profissional.

- **Tamanho do espéculo:**

Tamanho	Indicação
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;
Médio	Mulheres com IMC normal;
Grande	Multíparas, Obesas.

29.8 Referências bibliográficas

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 381**. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou. 2011.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de

Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria de Saúde. **Manual de normas de rotinas de procedimentos para a enfermagem: assistência de enfermagem.** Campinas, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÙDE. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama**. DF: Brasília, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Aprovado por**

1.12.9.8 POP 31 Coleta de Exames Laboratoriais

31.1 Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento em Unidades de Saúde descentralizadas ao Laboratório Municipal de Campinas.

31.2 Objetivo

Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

31.3 Contraindicação

Distúrbios de coagulação.

31.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

31.5 Material

- EPIs
- Tubos para coleta de sangue à vácuo
- Kit estéril para urocultura
- Frasco preparador para exame parasitológico de fezes
- Kit não estéril para Urina I

- Frasco preparador para exame protoparasitológico de fezes.
- Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa).
- Caixa vermelha sem gelo reciclável (para hemoderivados.) os quais deverão ser separados em estantes pela cor da tampa.
- Gelo reciclável
- Caixa para descarte de material pérfuro-cortante
- Livro de registro para controle de exames realizados.

31.6 Descrição do procedimento

01 Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;

02 Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.

03 Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame.

04 Separar a guia de requisição de exames.

05 Verificar quais exames foram solicitados.

06 Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames.

07 Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta, etc).

08 Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do Formulário.

09 Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos adequados para os exames solicitados (vide Manual do

Laboratório Municipal);

10 Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.

11 Para os exames coletados em casa, checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada (Vide versão atualizada do Manual de Coleta do Laboratório Municipal de Campinas) e devidamente fechada.

12 Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame.

13 Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;

14 Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;

15 Acondicionar o material colhido em residência na caixa térmica indicada;

16 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

17 fornecer etiqueta com número do exame para controle;

18 Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;

19 Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

Na sala de coleta:

01 Chamar o paciente pelo seu nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.

02 Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto e conferir os exames solicitados e os tubos.

03 Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.

04 Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado (vide Manual do Laboratório Municipal de Campinas);

05 Higienizar as mãos utilizando água e sabão (POP 42) ou utilizer o álcool 70°(vide procedimento no Manual de coleta do Laboratório Municipal de Campinas).

06 Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.

07 Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a.

08 Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado.

09 Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados.

10 Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30 °.

11 Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.

12 Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI: 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2ºtubo de tampa amarela com Gel Ativador, 3ºtubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA).

13 Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo a posição inicial.

14 Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.

15 Descartar a agulha em caixa própria para resíduos pérfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização com hipoclorito 1% por 30 minutos.

16 Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente.

17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.

18 Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;

19 Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;

20 Registrar o procedimento em planilha de produção;

21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

31.7 Observação

- Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.
- O descarte das etiquetas excedentes é de responsabilidade do profissional que coletou o exame.
- Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.
- Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.
- Recomenda-se que o profissional que coletou o exame assine e carimbe o formulário único.
- Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço
- Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio (POP 27).
- Para coleta de cada exame, e para orientar o paciente quando este for realizar coleta em residência ver descrição do procedimento no Manual das Unidades Básicas - COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS - 2010/2012 do Laboratório Municipal de Patologia Clínica de Campinas.

- Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria nº 77 MS/GM 12/01/2012.
- Exames de Microbiologia: Importante lembrar que amostras para exames de A fresco de Secreção vaginal-Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe)-Grupo 15 e Cultura de fezes –Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.
- RDC 302 (item 6.1.7): "A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente". O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.
- Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

31.8 Referência bibliográfica

BRASIL. Portaria nº77 MS/GM de 12/01/2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual das Unidades Básicas – Coleta de Exames Laboratoriais** 2010/2012. Campinas/SP, 2012. PREFEITURA MUNICIPAL DO PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimentos Operacionais Padrão para as Unidades Básicas de Saúde** – Colombo/PR, 2012. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Coleta de Exames Laboratoriais**. Campinas/SP, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde.

Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:

Assistência de Enfermagem.

Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde,

1º Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais, SP. 2006.

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Fluxograma para coleta de sangue, 2015**

1.12.9.9 POP 41 Realização de Eletrocardiograma

41.1 Definição

Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma.

41.2 Objetivo

Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

41.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

41.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

41.5 Material

- Eletrocardiógrafo;
- Papel milimetrado;
- Cardio clip;
- Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção;
- Álcool a 70%;
- Algodão seco ou gaze;
- Gel condutor;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário); · Lençol.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

01 Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução

02 Checar a prescrição;

03 Reunir o material;

04 Higienizar as mãos (POP 42);

05 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

06 Checar o funcionamento do eletrocardiográfico;

07 Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente;

08 Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;

09 Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados;

10 Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;

11 Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;

12 Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante;

13 Ligar o eletrocardiógrafo;

14 Inserir papel milimetrado no local indicado.

15 Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;

16 Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);

17 Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (RA) em membro superior direito;

Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo; **Cabo preto (RL)** em membro inferior direito;

Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.

18 Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;

Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;

Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;

Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular; **Cabo preto (V5)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior; **Cabo roxo (V6)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.

19 Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;

20 Apertar o botão "segue";

21 Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;

22 Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos; **23** Retirar eletrodos e cardioclips;

24 Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;

25 Retirar e/ou destacar folha do ECG;

26 Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;

27 Deixar o paciente confortável;

28 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

29 Higienizar as mãos (POP 42);

30 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);

31 Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

32 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Observação

- paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;

- Realizar tricotomia, caso seja necessário;
- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

Referências bibliográficas

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VASCONCELOS, C. C. C. S. **Eletrocardiograma**. Natal, 2010.

FISCHBACH, F. T. **Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

1.13 SERVIÇOS DE APOIO

1.13.1 ALMOXARIFADO E FARMÁCIA

Este setor é de responsabilidade tanto do hospital quanto da empresa terceirizada, cada qual suprindo as salas de exame e agendas sob sua responsabilidade.

A requisição é feita pela Chefia de Enfermagem, devendo ser realizada em impresso próprio.

O material é entregue no Setor, armazenado e utilizado com controle criterioso da data de validade de cada um.

1.13.2 CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

Deve controlar rigorosamente a data de validade do material esterilizado do Setor, que é utilizado para os procedimentos de intervenção.

O material vencido é relacionado em impresso de Controle diário de material esterilizado (cubas rim, caixas de curativos, compressas e campos fenestrados) e entregue na CME, assim como o utilizado diariamente.

1.13.3 ROTINAS ADMINISTRATIVAS

Incluem a passagem de plantão, relatório de enfermagem, o livro de registro e a planilha.

A equipe de enfermagem deve abrir o relatório diariamente para registrar as intercorrências, e o sumário ao final de cada plantão, com o nome legível e assinatura com COREN.

Comunicar ao Medico Ultrassonografista do Pronto Socorro a presença de exames pendentes: pronto socorro, pré-parto, casa da gestante, alojamento conjunto e algum outro exame que foi pedido na emergência.

1.13.4 LIMPEZA TERMINAL

Há um funcionário fixo para a limpeza de área de toda a Unidade, onde diariamente retira o lixo e mantém a área limpa.

É responsável pelo abastecimento diário do material (papel toalha, papel higiênico e sabão dispensador).

Na limpeza terminal semanal é solicitado o auxilio de mais um funcionário. **Obs.** Há uma empresa responsável pelo serviço.

1.13.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amor F, Vaccaro H, Alcázar JL, León M, Craig JM, Martinez J.Gynecologic imaging reporting and data system: a new proposal for classifying adnexal masses on the basis of sonographic findings. J Ultrasound Med. 2009 Mar;28(3):285

Pastore AR. Massas anexiais complexas. In Pastore AR & Cerri GG, Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia, 2ª ed.Editora Revinter- RJ, 2010, p.1053-59.

Rumack CM, Wilson SR, Chrboneau JW. Ultrassonografia Ginecológica. In Tratado de Ultrassonografia Diagnóstica,3ªediçao.Editora Elsevier- Rio de Janeiro,2006 p.527-87.

Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, Paladini D, Van Calster B, Vergote I, Van Huffel S, Valentin L. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Jun;31(6):681-90

Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I; International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group.Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000 ;16:500-5.



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

INSTITUTO CEMS

Santa Helena de Goiás -2023

ANEXO – PROTOCOLOS ENFERMAGEM

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

Sumário

1 Protocolos de enfermagem nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico 3518

1.1 INTRODUÇÃO 3518

1.2 MANUAL DE ROTINAS INTERNAÇÃO / ENFERMARIAS 3519

1.2.1.1 Rotina Enfermaria Clinica Medica E Cirúrgica 3519

1.2.1.2 Responsabilidades e Deveres 3521

1.2.1.3 Protocolo - POP.075.GE AFERIÇÃO DE PULSO ART E DOS MOVIMENTOS RESP EM PEDIATRIA 3538

1.2.1.4 Protocolo - POP.023.GE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS..... 3541

1.2.1.5 Protocolo - POP.003.GE BALANÇO HIDRICO 3549

1.2.1.6 Protocolo - POP.026.GE ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO 3552

1.2.1.7 Protocolo - POP.039.GE CONFORTO E SEGURANÇA DO PACIENTE 3562

1.2.1.8 Protocolo - POP.042.GE HIGIENE ÍNTIMA 3566

1.2.1.9 Protocolo - POP.035.GE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS 3570

1.2.1.10 Protocolo - POP.046.GE PREPARO DO CORPO PÓS - MORTE 3582

1.2.1.11 Protocolo - POP.027.GE REGISTRO DE ENFERMAGEM..... 3588

1.2.1.12 Protocolo - POP.093.GE USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL 3599

1.2.1.13 Protocolo - POP.069.GE VISITA HOSPITALAR 3603

1.2.1.14 PRIORIZAÇÃO E CADASTRO DE PACIENTES NA RECEPÇÃO3607

1.2.1.15 SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 3610

1.2.2 CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA... 3614

1.2.2.1 ORIENTAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS NA ALTA HOSPITALAR3618

1.2.2.2 TRANSFERÊNCIAS INTERNAS 3624

1.2.2.3 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR(IM) 3627

1.2.2.4 ALTA DAS ENFERMARIAS 3631

1.2.2.5 HEMOTRANSFUSÃO 3634
1.2.2.6 MEDICAMENTOS MULTIDOSES 3639
1.2.2.7 Priorização Clínica Na Sala De Medicação 3641
1.2.2.8 Curativo de ferida cirúrgica limpa 3643
1.2.2.9 Armazenamento dos frascos de insulina..... 3646
1.2.2.10 ESCALA DE FUGULIN 3649
1.3 NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA UTI 3652
1.3.1.1 NORMAS E ROTINAS DAS UTIS ADULTO 3652
1.3.2 PROTOCOLO UTI 3686
1.3.2.1 Protocolo - POP.060.DT ADMISSÃO E ALTA DA UTI ADULTO 3686
1.3.2.2 Protocolo - POP.061.DT ADMISSÃO E ALTA DA UTI PEDIÁTRICA. 3691
1.4 NORMAS E ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO..... 3695
1.4.1.1 MAPEAMENTO DE MACROPROCESSO 3695
1.4.1.2 MANUAL DE ROTINAS: 3696
1.4.1.3 Responsabilidades e Deveres 3702
1.4.2 PROTOCOLO - CENTRO CIRÚRGICO 3707
1.4.2.1 SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA 3707
1.4.2.2 ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA..... 3710
1.4.2.3 CHECK LIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA..... 3712
1.4.2.4 ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA 3713
1.4.2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA 3715
1.4.2.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA 3719
1.4.2.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA 3723
1.4.2.8 CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA 3726
1.4.2.9 CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES 3732
1.4.2.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO..... 3734
1.4.2.11 DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE..... 3737

1.4.2.12 DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA 3740

1.4.2.13 RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA 3743

1.4.2.14 POSICIONAMENTO DO PACIENTE PARA CIRURGIA 3747

1.4.2.15 ADMISSÃO E ALTA DO CENTRO CIRURGICO 3753

1.4.2.16 PREPARO E DESMONTAGEM DA SALA CIRURGICA 3757

1.4.2.17 JEJUM PARA PROCEDIMENTO SOB ANESTESIA..... 3763

1.4.2.18 ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL PARA EXAME ANATOMOPATOLOGICO 3766

1.4.2.19 HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA CIRÚRGICA 3769

1.4.2.20 TRICOTOMIA 3772

1.4.2.21 APLICAÇÃO DO CHEK LIST DE CIRURGIA SEGURA 3777

1.4.2.22 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19 3784

1.4.2.23 CIRURGIA SEGURA 3789

1.4.2.24 ESTOQUE MÁXIMO CARRINHO DE EMERGÊNCIA DO CENTRO CIRURGICO..... 3799

1.4.2.25 CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE- CENTRO CIRÚRGICO, CENTRO OBSTÉTRICO E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO 3804

1.4.2.26 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA 3809

1.4.2.27 MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 3814

1.4.2.28 Circulação de sala operatória..... 3818

1.4.2.29 Solicitação de insumos e medicamentos..... 3819

1.4.2.30 Elaboração do mapa cirúrgico..... 3819

1.4.2.31 Instrumentação Cirúrgica 3820

1.4.2.32 Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica 3820

1.4.2.33 Alta do centro cirúrgico 3820

1.4.2.34 Encaminhamento de materiais para exames..... 3821

1.4.2.35 Limpeza e desinfecção do Centro Cirúrgico..... 3821

1.4.2.36 Controle da checagem do cardioversor e carro de emergência 3821

1.4.2.37 Controle de psicotrópicos..... 3822

1.4.2.38 Controle de equipamentos 3822

1.4.2.39 Escala de trabalho e divisão de tarefas 3822
1.4.2.40 Alta por óbito 3822
1.4.2.41 Passagem de plantão 3823
1.4.2.42 Realização de exames laboratoriais 3823
1.4.2.43 Realização de cuidados e procedimentos 3823
1.4.2.44 Registro em prontuário 3823
1.5 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME) 3824
1.5.1 Normas Da Central De Materiais E Esterilização 3824
1.5.2 Estrutura Organizacional 3824
1.5.3 Embalagens Para A CME 3827
1.5.4 Transporte De Material Sujo 3828
1.5.5 Recepção De Material Sujo Pela Área Suja 3829
1.5.6 Recepção E Esterilização De Material Lavado Autoclavável 3831
1.5.7 Recepção E Esterilização De Material Lavado Em Solução 3833
1.5.8 Recepção De Materiais Esterilizados Na Sala De Acondicionamento 3835
1.5.9 Recebimento De Material/Artigo Médico-Hospitalar 3836
1.5.10 Limpeza De Motores E Serras 3838
1.5.11 Limpeza De Equipamentos Pneumáticos 3839
1.5.12 Limpeza De Equipamentos Elétricos 3842
1.5.13 Limpeza De Materiais Específicos 3844
1.5.14 Limpeza De Materiais De Assistência Respiratória 3847
1.5.15 Limpeza Dos Artigos Tubulares 3848
1.5.16 Utilização Do Protetor Auricular 3850
1.5.17 Secagem De Artigos / Materiais Médico-Hospitalares 3851
1.5.18 Lubrificação De Materiais / Artigos Médico-Hospitalares 3853
1.5.19 Utilização De Ar Comprimido 3855
1.5.20 Desinfecção De Materiais 3856
1.5.21 Utilização E Limpeza Da Máscara Facial 3858
1.5.22 Limpeza E Desinfecção Do Analisador De O2 (Assistência Respiratória) 3860
1.5.23 Limpeza E Desinfecção Do Cabo De Laringoscópio (Assistência Respiratória 3861

1.5.24 Limpeza Da Lâmina Do Laringoscópio (Assistência Respiratória) 3862

1.5.25 Limpeza Da Máscara (Assistência Respiratória) 3864

1.5.26 Limpeza E Desinfecção De Ambús, Nebulizadores, Cânulas De Guedel E Inladores 3865

1.5.27 Empacotamento De Materiais 3867

1.5.28 Uso De Fita Adesiva Indicadora 3868

1.5.29 Esterilização De Próteses 3870

1.5.30 Montagem Da Carga Da Autoclave 3871

1.5.31 Desmontagem Da Carga Esterilizada Da Autoclave 3874

1.5.32 Armazenagem E Distribuição Dos Materiais Esterilizados 3875

1.5.33 Transporte De Material/Artigo Estéril 3878

1.5.34 Utilização Da Incubadora Attest Rápido 3879

1.5.35 Calibração Da Incubadora TeSte Rápido 3881

1.5.36 Utilização Da Seladora 3883

1.5.37 Limpeza Diária Da Autoclave 3884

1.5.38 Desinfecção Da Cme 3886

1.5.39 Procedimento: Recebimento de Artigos Sujos no CME 3888

1.5.40 Procedimento: Limpeza Manual de Artigos Sujos no CME 3889

1.5.41 Procedimento: Secagem dos Artigos após Limpeza Manual 3892

1.5.42 Procedimento: Desinfecção de Artigos não críticos com álcool a 70% 3893

1.5.43 Procedimento: Preparo de instrumental cirúrgico 3895

1.5.44 Procedimento: Preparo de material de consumo (compressas, ataduras, faixas de Smarch, algodão ortopédico e malha tubular) 3896

1.5.45 Procedimento: Preparo de material termossensível para ser encaminhado para empresa de esterilização externa 3898

1.5.46 Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado. 3900

1.5.47 Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado. 3902

1.5.48 Procedimento: Teste biológico e Teste biológico Desafio 3903

1.5.49 Procedimento: Teste Bowie & Dick 3905

1.5.50 Procedimento: Manuseio da Autoclave SERCON (autoclave 01) 3906

1.5.51 Procedimento: Manuseio da Autoclave CISA (autoclave 02) 3908

1.5.52 Procedimento: Armazenamento e distribuição de material estéril 3909

1.5.53 CME – Controle de data limite de utilização 3911

1.5.54 CME – Leitura de teste Biológico 3912

1.5.55 CME – Leitura do integrador químico Classe 05 3914

1.5.56 CME – Limpeza de Instrumentos para esterilizar 3915

1.5.57 CME – Empacotamento dos materiais 3917

1.5.58 Desinfecção química de material 3919

1.5.59 MACRO FLUXO DA CME 3924

1.5.60 ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME 3924

1.5.61 PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME 3927

1.5.62 RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO 3933

1.5.63 FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO 3937

1.5.64 LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA 3940

1.5.65 LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS 3943

1.5.66 PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE 3946

1.5.67 ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO 3949

1.5.68 LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA 3953

1.5.69 PROCESSAMENTO DOS AMBUS 3956

1.5.70 PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES 3959

1.5.71 LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX) 3965

1.5.72 LIMPEZA E PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH 3970

1.5.73 LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES 3974

1.5.74 PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI 3977

1.5.75 PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS 3981

1.5.76 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS .. 3985

1.5.77 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME 3989

1.5.78 PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS 3992

1.5.79 LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS 3995

1.5.80 IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO 3998

1.5.81 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME 4001

1.5.82 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME 4004

1.5.83 ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME 4007

1.5.84 LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME 4010

1.5.85 MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME 4013

1.5.86 TRATAMENTO DE EXPLANTES 4016

1.5.87 Controle de data limite de utilização 4019

1.5.88 Leitura de teste Biológico 4020

1.5.89 Limpeza de Instrumentos para esterilizar 4023

1.5.90 Empacotamento dos materiais 4025

1.5.91 Desinfecção química de material 4028

1.6 SCIRAS 4031

1.6.1 Protocolo - REGIMENTOINTERNO SCIRAS 4031

1.6.2 Protocolo - PRO.003.SCIRAS USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO 4036

1.6.3 Protocolo - PRO.007.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA 4059

1.6.4 Protocolo - PRO.008.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL 4064

1.6.5 Protocolo - PRO.009.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO 4070

1 Protocolos de enfermagem nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico

1.1 INTRODUÇÃO

Os Protocolos Operacionais Padrão – POP's constituem importante ferramenta para organização do Serviço de Enfermagem nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo à passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro que lhes auxilia nas tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada pela Equipe de Multidisciplinar que compõe o Núcleo de Qualidade do Instituto CEM com base nas diretrizes e normatizações do MS, Conselhos de Classe e Associações de Especialistas. Ressaltamos que todos os Protocolos serão revisados e adequados à realidade dos Serviços do Hospital, no primeiro trimestre de vigência do contrato.

Os Protocolos Assistenciais utilizados pelo INSTITUTO CEM baseiam-se nos protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde, entre outros, aqueles citados e atualizados pelas sociedades de especialidade,

> *A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!*

Cada sociedade de especialidade médica divulga, periodicamente, novos protocolos que passam a serem os utilizados pela comunidade médica e hospitalar no Brasil.

Ainda assim, é necessário, periodicamente, atualizá-los conforme a evolução da medicina ocorre nas diversas especialidades em termos de materiais, medicamentos, técnicas cirúrgicas etc.

De toda a forma, para efeito da presente proposta, entendemos que a apresentação dos protocolos assistenciais abaixo relacionados, e indicados para cada unidade de saúde.

Os protocolos clínicos são apresentados de acordo com as características dos serviços implementados nas unidades assistenciais abaixo relacionadas:

1.2 MANUAL DE ROTINAS INTERNAÇÃO / ENFERMARIAS

1.2.1.1 Rotina Enfermaria Clinica Medica E Cirúrgica

- TODOS OS COLABORADORES DEVERÃO USAR EPIs E REALIZAR A TROCA SEMPRE QUE NECESSARIO;
- RECEBER E PASSAR PLANTÃO A EQUIPE DO SETOR, ATENTANDO AS COMORBIDADES, NECESSIDADES, INTERCORRENCIAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS;
- VERIFICAR E TESTAR OS EQUIPAMENTOS (ESFIGMOMANOMETRO, ESTETO, TERMOMETROS, GLICOSIMETRO, OXIMETROS);
- SOLICITAR JUNTO A FARMACIA HOSPITALAR OS INSUMOS NECESSARIOS PARA O PLANTÃO;
- SOLICITAR JUNTO A EQUIPE DO CC MATERIAIS QUE SEJA NECESSARIO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS PROCEDIMENTOS DO PLANTÃO OU QUE ESTEJAM FALTANDO NO SETOR;
- APRAZAR PRESCRIÇÕES MEDICA, SEMPRE OBSERVANDO AS NECESSIDADES E BEM ESTAR DOS PACIENTES;
- RECEBER O PACIENTE: VERIFICAR DOCUMENTOS PARA INTERNAÇÃO QUE SÃO: TERMO DE INTERNAÇÃO ASSINADO; AIH; EXAMES (SE HOUVER) OU SE HOUVER PEDIDO DEVE SER REALIZADO ANTES DA ENTRADA DO PACIENTE; PRESCRIÇÃO MEDICA.

- ATENTAR A SEGURANÇA DO PACIENTE: IDENTIFICAÇÃO BEIRA LEITO, IDENTIFICAÇÃO EQUIPO, IDENTIFICAÇÃO DO AVP OU AVC, IDENTIFICAÇÃO DAS SONDAS; IDENTIFICAÇÃO DOS CURATIVOS.
- VERIFICAR OS SINAIS VITAIS, (SOP2, FC, FR, T, PA, DOR) MANTER A FREQUENCIA CONFORME A ESCALA DE MEWS.
- REALIZAR A ADMISSÃO DO PACIENTE NO SISTEMA MV.
- REALIZAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA E ORIENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS RESPONSAVEIS.
- IDENTIFICAÇÃO DAS MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS: SOROS COM ROTULOS APROPRIADOS, COM INFORMAÇÕES DE COMPPLENTO E ADIÇÃO DE MEDICAÇÕES, QUANTIDADE, FLUXO DE ADIMINISTRAÇÃO; EQUIPOS COM DATA, HORA E ASSINATURA; PUNÇÃO COM DATA, Nº DO CATETER E ASSINATURA.
- APÓS RECEBER ALTA REGISTRAR NO PRONTUARIO SISTEMA MV;
- CASO O MÉDICO SOLICITE TOMOGRAFIA, O MESMO DEVERÁ ENCAMINHAR A (APAC) AO NIR;
- TODOS OS PACIENTES QUE SERÃO ADMITIDOS E INTERNADOS, DEVEM DEIXAR COM O FAMILIAR OS ADORNOS E OUTROS PERTENCES. CASO APAREÇA OS PERTENCES ACIONAR A ASSISTENTE SOCIALPROTOCOLOS ENFERMAGEM

1.2.1.2 Responsabilidades e Deveres

Coordenador De Enfermagem – Enfermaria/Internação

DADOS DO CARGO	
Cargo	**COORDENADOR (A) DE ENFERMAGEM**
Área	**ASSISTENCIAL**
Função	**COORDENADOR (A) DE ENFERMAGEM**
Unidade/Setor	**2º / 3º / 4º ANDAR**
CONHECIMENTOS REQUERIDOS	
Escolaridade	**Curso Superior Completo**
Tempo de experiência	**01 ano**
ORGANOGRAMA	
Consultar o Organograma Corporativo atual.	
COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	
Conhecimentos intermediários de informática (pacote office); Conhecimento de Normas e procedimentos de biossegurança; Prevenção de lesão por pressão; Tratamento de feridas; Exame Físico; Nutrição parental, cuidados pré e pós-anestésicos; Conhecimento de Gestão por competências e de processos; Conhecimento de Controle de Infecção hospitalar;	
COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS	
Comprometimento de normas de procedimento e de conduta; Relacionamento interpessoal satisfatório; Cooperação; Produtividade; Proatividade; Pontualidade; Capacidade de resolutividade.	

DESCRIÇÃO SUMÁRIA

Planejar, organizar, coordenar e supervisionar os serviços de enfermagem e de suas atividades técnicase auxiliares, bem como o funcionamento do setor.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES INERENTES AO CARGO

Cumprir e garantir o cumprimento do Código de Ética de Enfermagem, portarias, resoluções, decretos,pareceres técnicos, normas e rotinas, ordens de serviço do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSOe do Departamento de Enfermagem;

Realizar o planejamento e implementação de todos os processos, fluxos, atividades a fim de garantir ofuncionamento de todo o setor;

Acompanhar in loco, por meio de dados/ indicadores a execução dos processos e fluxos do setor e elaborar plano de ação para que haja correto funcionamento dos serviços;

Atuar de maneira técnica na administração/ gestão do setor fazendo uso de ferramentas administrativas tais como: mapa de processos, mapa de riscos, cadeia cliente/ fornecedor/cliente, fluxogramas, análise de causa raiz de problemas (diagrama de Ishikawa ou 5 por quês), brainstorming, matriz de gravidade,urgência e tendência,

guiando-se sempre por modelo de gestão estratégica com validade acadêmica conforme alinhamento do setor de qualidade;

Planejar, implementar e garantir ações que visam alcançar os objetivos e metas da alta gestão do hospital;

Propor inovações no campo administrativo e assistencial com objetivo de tornar o setor referência na execução de suas atividades-fim;

Organizar e acompanhar o sistema de recebimento e divulgação das comunicações verbais e não verbais do setor;

Participar das reuniões convocadas pelas Coordenações setoriais, Gerência Assistencial e Diretorias quando solicitado;

Realizar reuniões da equipe de enfermagem sob sua responsabilidade; Realizar o levantamento das necessidades de educação específicos do Setor; Providenciar levantamento das necessidades específicas do Setor;

Coletar e analisar dados referentes a atividades mensuráveis com elaboração de plano de ação para oajuste dos processos que forem necessários;

Controlar entrada e saída de documentos através de protocolo;
Controlar assiduidade, pontualidade, responsabilidade e disciplina de cada colaborador; Deliberar quanto a pedidos de folga, faltas, atestados e licenças médicas;

Comunicar-se com os demais setores por meio de memorandos e e-mails;
Ler relatórios de ocorrências de cada plantão e tomar medidas que visem a resolução de problemasapontados;

Passar e acompanhar visitas aos pacientes;

Manter contato com a equipe multidisciplinar e solicitar atendimento quando necessário; Verificar se os acadêmicos estão devidamente identificados e acompanhados do supervisor; Ter controle de pacientes internados através de lista nominais e localização dentro da Unidade; Avaliar o nível de assistência prestada pelos colaboradores aos pacientes;

Realizar vigilância contínua quanto a paramentação nos pacientes isolados e no uso adequado de EPI's; Garantir a execução da assistência de enfermagem através do uso de teoria de enfermagem e da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) sempre observando os princípios e diretrizes da Ética e do conhecimento técnico científico;

Fazer supervisão geral dos curativos; Garantir o abastecimento de mat/med para todo o setor; Participar do controle de infecção hospitalar;

Acompanhar as desinfecções terminais e concorrentes dos leitos; Verificar e requisitar manutenções prediais e/ou em equipamentos médicos sempre que necessário; Produzir, atualizar e organizar todo material de consulta da Unidade: normas, manuais, livros e outros documentos;

Produzir, atualizar e organizar os formulários utilizados no prontuário do paciente; Produzir relatórios do Setor sempre que necessário;

Controlar o material de consumo e permanente da Unidade e providenciar sua reposição ou manutenção;

Elaborar escala de plantão e encaminhar para serviço de nutrição, Departamento de Pessoal e serviço de Segurança até o dia 15 de cada mês;

Executar outras atividades administrativas ou técnicas solicitadas pela gerência Assistencial e/ ou Diretorias desde que estejam em seu escopo de conhecimento.

APROVAÇÕES

Data de emissão	**Gestor da Área Gestor de Recursos Humanos**
Data de revisão	**Gestor da Área e Gestor de Recursos Humanos**
Data da ciência	**Ciente do colaborador(a)**

Enfermeiro Setor Internação

DADOS DO CARGO	
Cargo	**ENFERMEIRO (A)**
Área	**ASSISTENCIAL**
Função	**ENFERMEIRO (A)**
Unidade/Setor	**UNIDADES DE INTERNAÇÃO**
CONHECIMENTOS REQUERIDOS	
Escolaridade	**Curso Superior Completo/Graduação e desejável especialização em Enfermagem registro profissional**
Tempo de experiência	**06 meses**
ORGANOGRAMA	
Consultar o Organograma Corporativo atual.	
COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	
Conhecimentos de informática (pacote office) **Conhecimento de Normas e procedimentos de biossegurança e controle de infecção Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE** **Segurança do Paciente** **Assistência de Enfermagem Pré-operatória** **Assistência de enfermagem à pacientes em situação de urgência e emergência; Conhecimento em classificação de risco**	

Conhecimento de Gestão de Pessoas;

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

Comprometimento de normas de procedimento e de conduta; Relacionamento interpessoal satisfatório;

Cooperação;

Produtividade;

Proatividade;

Pontualidade;

Capacidade de resolutividade. Capacidade analítica e de negociação Organização e planejamento Autodesenvolvimento

Autocontrole

Tomada de decisão e visão estratégica Conservação de patrimônio

DESCRIÇÃO SUMÁRIA

Planejar, supervisionar, coordenar e organizar os serviços de enfermagem e os técnicos e auxiliares de enfermagem do HERSO. Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis e adotar medidas de precaução padrão de biossegurança.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES INERENTES AO CARGO

Supervisionar o serviço de Enfermagem.

Fornece toda a documentação legal, Diploma e registro do Conselho Regional de Enfermagem; Colaborar ativamente com a SCIRAS e Núcleo de Segurança do Paciente

Sugerir temas e participações para Educação Permanente;
Supervisão do serviço de Enfermagem em cada plantão, diurno e noturno;
Realizar passagem de plantão no início e no final de cada plantão, descrevendo o quadro clínico de cada paciente, bem como as pendências no atendimento.

Realizar admissão, alta, transferência de paciente, anamnese, avaliação diária beira leito e verificar se há alterações, bem como registrar a evolução/ intercorrência em prontuário.

Participar dos cursos, palestras e outras atividades científicas no Hospital;
Observar o funcionamento dos serviços afins sobre higienização, desinfecção e manutenção de máquinas e equipamentos;

Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas do Hospital; Executar a sistematização da Assistência de Enfermagem;

Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem; Observar e orientar a adaptação dos colaboradores de Enfermagem;

Administrar de forma imparcial os conflitos que surgirem em conjunto com a chefia imediata do setor; Executar e fazer cumprir os Protocolos de Enfermagem;

Participar das atividades relacionadas à categoria de enfermagem; Atualizar sobre inovações na categoria de enfermagem;

Cumprir o Regimento Interno da Enfermagem; Integrar com todo o serviço do hospital;

Realizar a checagem/ conferência dos equipamentos médico hospitalares quanto à sua funcionalidade e solicitar reparos e manutenções sempre que necessário; Realizar o preenchimento e conferência de todos os cadernos de registro do setor; Acompanhar manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos médico hospitalares; Executar quaisquer outras atividades conforme solicitação da coordenação do setor desde que não contrariem o código de ética de enfermagem. Substituir nas alas, em caso de ausência de outros enfermeiros ou de acordo com a demanda.

APROVAÇÕES	
Data de emissão	Gestor da Área Gestor de Recursos Humanos
Data de revisão	**Gestor da Área e Gestor de Recursos Humanos**
Data da ciência	**Ciente do colaborador(a)**

Comprometimento de normas de procedimento e de conduta; Relacionamento interpessoal satisfatório; Cooperação;

Produtividade;

Proatividade;

Pontualidade;

Capacidade de resolutividade; Capacidade analítica e negociação; Organização e planejamento

Auto desenvolvimento;

Autocontrole;

Tomada de decisão e visão estratégica;

Conservação de patrimônio.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA

Planejar, supervisionar, coordenar e organizar os serviços de enfermagem e os técnicos e auxiliares de enfermagem do HERSO. Assessora nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis e adotar medidas de precaução padrão de biossegurança.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES INERENTES AO CARGO

Supervisionar o serviço de Enfermagem.

Fornece toda a documentação legal, Diploma e registro do Conselho Regional de Enfermagem; Colaborar ativamente com a SCIRAS e Núcleo de Segurança do Paciente

Sugerir temas e participações para Educação Permanente;

Supervisão do serviço de Enfermagem em cada plantão, diurno e noturno;

Realizar passagem de plantão no início e no final de cada plantão, descrevendo o quadro clínico de cada paciente, bem como as pendências no atendimento.

Realizar admissão, alta, transferência de paciente, anamnese, avaliação diária beira leito e verificar se há alterações, bem como registrar a evolução/ intercorrência em prontuário.

Participar dos cursos, palestras e outras atividades científicas no Hospital;

Observar o funcionamento dos serviços afins sobre higienização, desinfecção e manutenção de máquinas e equipamentos;

Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas do Hospital; Executar a sistematização da Assistência de Enfermagem;

Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem; Observar e orientar a adaptação dos colaboradores de Enfermagem;

Administrar de forma imparcial os conflitos que surgirem em conjunto com a chefia imediata do setor; Executar e fazer cumprir os Protocolos de Enfermagem;

Participar das atividades relacionadas à categoria de enfermagem; Atualizar sobre inovações na categoria de enfermagem;

Cumprir o Regimento Interno da Enfermagem; Integrar com todo o serviço do hospital;

Realizar a checagem/ conferência dos equipamentos médico hospitalares quanto à sua funcionalidade e solicitar reparos e manutenções sempre que necessário;

Realizar o preenchimento e conferência de todos os cadernos de registro do setor; Acompanhar manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos médico hospitalares;

Executar quaisquer outras atividades conforme solicitação da coordenação do setor desde que não contrariem o código de ética de enfermagem.

Substituir nas alas, em caso de ausência de outros enfermeiros ou de acordo com a demanda.

APROVAÇÕES

Data de emissão	Gestor da Área Gestor de Recursos Humanos

Data de revisão	Gestor da Área e Gestor de Recursos Humanos
Data da ciência	Ciente do colaborador(a)

ENFERMEIRO CURATIVO

DADOS DO CARGO	
Cargo	ENFERMEIRO CURATIVO
Área	ASSISTENCIAL
Função	ENFERMEIRO CURATIVO
Unidade/Setor	HERSO/ CURATIVO
CONHECIMENTOS REQUERIDOS	
Escolaridade	Graduação completa em Enfermagem.
Tempo de experiência	Experiência mínima de 06 (seis) meses,
ORGANOGRAMA	
Consultar o Organograma Corporativo atual.	

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

O candidato deverá possuir Graduação completa em Enfermagem. Registro de quitação com as obrigações junto ao órgão responsável, junto ao COREN-GO, até a data da admissão). Experiência mínima de 06 (seis) meses, como Enfermeiro(a), em Clínica Médica e/ou Cirúrgica. Desejável experiencia com curativos. Informática Básica.

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

Comprometimento de normas de procedimento e de conduta; Relacionamento interpessoal satisfatório;

Cooperação;

Produtividade;

Proatividade;

Pontualidade;

Capacidade de resolutividade.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES INERENTES AO CARGO

Enfermeiro(a) (Ambulatório) Atribuições: Executar procedimentos técnicos de competência do Enfermeiro na assistência ao paciente; interpretar, cumprir, e/ou fazer cumprir as prescrições médicas, de enfermagem e/ou de outros membros da equipe multiprofissional; participar da elaboração de normas, rotinas, e da padronização de procedimentos e estabelecimento de fluxos dos processos relacionados ao serviço. Demais atividades correlatas dos processos relacionados ao serviço. Demais atividades correlatas.

APROVAÇÕES

Data de emissão	**Gestor da Área Gestor de Recursos Humanos**
Data de revisão	**Gestor da Área e Gestor de Recursos Humanos**
Data da ciência	**Ciente do colaborador(a)**

ENFERMAEIRO DIARISTA

DADOS DO CARGO	
Cargo	**ENFERMEIRO (A)**
Área	**DIARISTA**
Função	**ENFERMEIRO DIARISTA (A)**
Unidade/Setor	**UNIDADES DE INTERNAÇÃO**
CONHECIMENTOS REQUERIDOS	
Escolaridade	**Curso Superior em Enfermagem e desejável Completo/Graduação especialização registro profissional**
Tempo de experiência	**06 meses**

ORGANOGRAMA

Consultar o Organograma Corporativo atual.

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

Promover, juntamente ao Gestor imediato, um ambiente que proporcione melhorias contínuas no processo assistencial, realizando interface com as demais áreas, a fim de garantir o cumprimento dos objetivos estipulados pela Instituição e o bom atendimento ao usuário;

Tratativa de Ponto;

Treinamentos da Equipe de Enfermagem;

Conhecimento de Normas e procedimentos de biossegurança e controle de infecção;

Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE

Segurança do Paciente

Assistência de Enfermagem Pré-operatória

Assistência de enfermagem à pacientes em situação de urgência e emergência;

Conhecimento de Gestão de Pessoas;

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

TECNICO DE ENFERMAGEM

DADOS DO CARGO	
Cargo	TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Área	ASSISTENCIAL
Função	TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Unidade/Setor	HERSO
CONHECIMENTOS REQUERIDOS	
Escolaridade	ENSINO TÉCNICO COMPLETO EM ENFERMAGEM
Tempo de experiência	06 MESES
ORGANOGRAMA	
Consultar o Organograma Corporativo atual.	

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

Conhecimentos de informática (pacote office ou broffice) Normas e procedimentos de biossegurança; Administração de Medicamentos;

Tratamento de Feridas.

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

Comprometimento de normas de procedimento e deconduta;Relacionamento interpessoal satisfatório; Cooperação;

Produtividade;Proatividade;

Pontualidade;

Capacidade de resolutividade.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA

Desenvolver atividades auxiliares e técnicos nos serviços de enfermagem, participação em programas que visem a preservação, manutenção, recuperação e elevação de bom nível de saúde da coletividade, bem como atividades de apoio ou tratamento médico e cirúrgico sob supervisão enfermeiro.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES INERENTES AO CARGO

Assistir ao Enfermeiro: no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades deassistência de enfermagem;

Na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave; Na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;

Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante aassistência de enfermagem;

Prestar assistência de enfermagem conforme sua qualificação;

Prestar assistência de enfermagem de acordo com as prescrições médica e de enfermagem;

Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º do Decreto nº 94.406/87 (verificar sinais vitais e medidas antropométricas, aspiração e atuar na Ressuscitação cardiopulmonar);

Atender às solicitações do Enfermeiro Supervisor

Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

Executar tratamentos específicos, prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem: ministrar medicamentos por via oral e parenteral, realizar controle hídrico, fazer curativos simples, aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio, executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas, efetuar controle de pacientes e de comunicantes em doenças infectocontagiosa, colher material para exames laboratoriais, prestar cuidados de enfermagem no pré e no pós-operatórios, prestar cuidados de higienização ao paciente e zelar pela sua segurança, alimentaro paciente ou auxiliá-lo, zelar pelo material e equipamento de trabalho, manter a unidade limpa e organizada, participar de todas as atividades de enfermagem, quando solicitado, auxiliar o Enfermeiro nas atividades inerentes às ações de assistência de enfermagem, preparar o corpo pós-morte;

Atender às solicitações do Enfermeiro Supervisor.

APROVAÇÕES

Data de emissão	Gestor da Área Gestor de Recursos Humanos
Data de revisão	Gestor da Área e Gestor de Recursos Humanos

Data da ciência	Ciente do colaborador(a)

1.2.1.3 Protocolo - POP.075.GE AFERIÇÃO DE PULSO ART E DOS MOVIMENTOS RESP EM PEDIATRIA

OBJETIVO

Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na instituição do tratamento. Detectar alterações no funcionamento cardíaco, vascular, metabólico e respiratório. Acompanhar a curva de variação da frequência respiratória e do pulso.

APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem

DEFINIÇÕES

Contagem da frequência e descrição das características do pulso e da respiração por minuto.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

- Informar ao acompanhante e paciente do procedimento e a sua finalidade
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou em posição confortável, adequada e segura.
- Mensurar a frequência e descrever as características do pulso arterial;
- Expor o local da artéria selecionada;
- Aproximar o relógio do campo visual;
- Colocar as polpas dos dedos indicador e médio sobre a artéria, comprimindo-a, moderadamente, até sentir a sua pulsação e contar a frequência das pulsações, observando o ritmo, e o volume do pulso. Manter os dedos posicionados sobre a artéria

- Contar o número de respirações durante um minuto, observando o tipo de respiração, a expansibilidade torácica, o ritmo, a profundidade e a presença de ruídos audíveis;
- Retirar os dedos da região;
- Proceder às anotações das medidas mensuradas no bloco de anotações;
- Posicionar a criança confortavelmente e segura no leito;
- Higienizar as mãos;
- Registrar as frequências respiratórias e do pulso em impresso próprio, constante do prontuário da criança.
- Proceder às anotações de enfermagem constando todas as características das frequências encontradas, assim como ocorrências adversas e medidas tomadas.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- Relógio com marcador de segundos
- Caneta
- Papel para anotações.
- EPI

Não se aplica

RESPONSABILIDADE

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

QUANDO EXECUTAR

Toda criança hospitalizada;

Crianças com alterações dos padrões respiratórios e/ou cardiovascular;

Antes e após transfusões de hemocomponentes;

Antes e após alguns procedimentos e cirurgias.

REGISTROS

FOR.SAME 001 FICHA DE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - SINAIS VITAIS.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Evitar aferir o pulso arterial e a frequência respiratória, quando criança estiver chorando e após procedimentos que causem dor, desconforto e atividades físicas.

Ação: Verificar o pulso apical, posicionando o diafragma do estetoscópio no ápice do coração (abaixo do mamilo esquerdo a altura do quinto espaço intercostal)

Em crianças dar preferência ao pulso braquial.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Aferir as frequências e características do pulso e da respiração, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos / Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, D.L. et al. Manual de Procedimentos em pediatria. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

SCHIMITZ, E.M. et al. A enfermagem em Pediatria e Puericultura. São Paulo: Atheneu, 2005.

STACCIARINI,T.S.G.;CUNHA.M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu,2014.

ANEXO

Não se aplica

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

4 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.4 Protocolo - POP.023.GE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

OBJETIVO

Verificar os sinais vitais do paciente para auxiliar no diagnóstico e tratamento, e para acompanhar a evolução da doença. Os sinais vitais evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal podendo indicar enfermidades.

APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem.

DEFINIÇÕES

Procedimento realizado em usuários que estão internados e/ou que chegam no acolhimento para serem atendidos.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Temperatura

- Explicar o procedimento para o paciente;
- Enxugar a axila do paciente ou orientá-lo a fazer;
- Higienizar as mãos e organizar o material;
- Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35º. C;
- Colocar o termômetro na axila de forma que fique o bulbo em contato com a pele;
- Pedir para que o paciente comprima o braço de encontro ao corpo, de preferência colocando a mão no ombro oposto;

- Retirar o termômetro após cinco minutos (ou de acordo com orientação do fabricante);
- Fazer a leitura e anotar o valor da temperatura;
- Limpar o termômetro com o algodão embebido em álcool;
- Desprezar o algodão sujo;
- Higienizar as mãos.

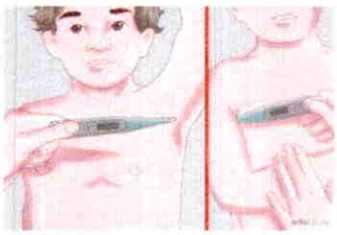
Técnica bucal

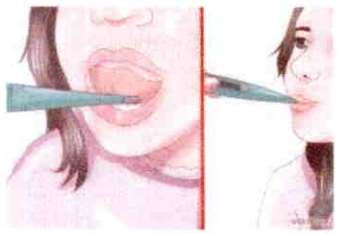
- Explicar o procedimento para o paciente;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35º.C colocando o termômetro embaixo da língua do paciente;
- Solicitar que o paciente cerre os lábios, firmando o termômetro no canto da boca;
- Após cinco minutos (ou de acordo com orientação do fabricante) retirar o termômetro;
- Fazer a leitura e anotar o valor da temperatura;
- Limpar o termômetro com o algodão embebido em álcool a 70% e guardá-lo;
- Desprezar o algodão sujo;
- Retirar as Luvas;
- Higienizar as mãos.

Técnica retal

- Explicar o procedimento para o paciente;
- Colocar o paciente na posição de Sims-decúbito lateral esquerdo com perna fletida;
- Higienizar as mãos;

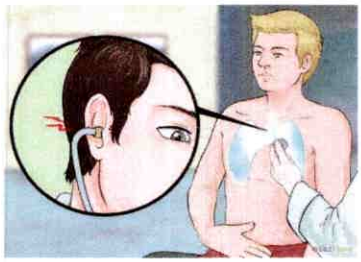
- Calçar as luvas;
- Lubrificar a ponta do termômetro introduzindo-a no reto;
- Retirar o termômetro após 5 a 7 minutos, fazer a leitura e anotar;
- Lavar o termômetro com água e sabão, passar álcool a 70% sob o termômetro e guardá-lo.
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;





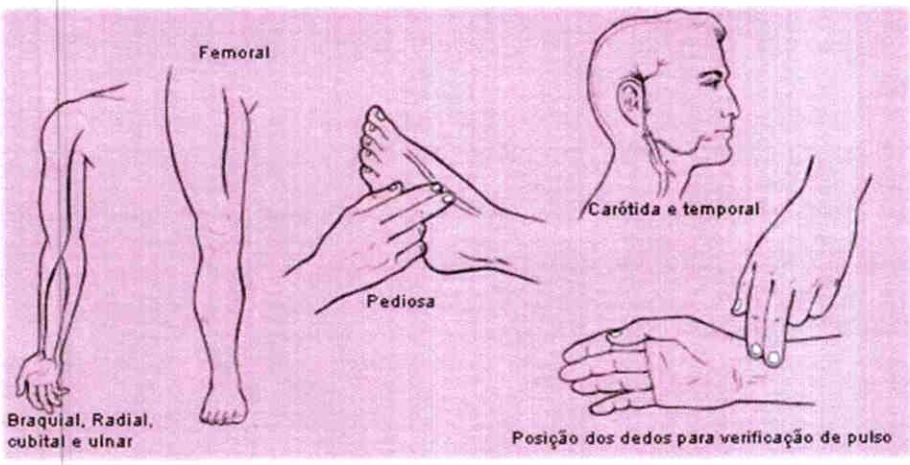
Respiração

- Explicar o procedimento para o paciente.
- Manter o paciente sentado ou deitado no leito.
- Ser natural, não deixando que o paciente perceba que sua respiração está sendo contada, pois pode causar-lhe ansiedade.
- Observar quando o tórax sobe e desce ou os movimentos do abdômen e contar durante um minuto.
- Anotar o número de movimentos respiratórios por minuto.



Pulso

- Explicar o procedimento para o paciente.
- Higienizar as mãos e organizar o material.
- Palpar o pulso radial ou os citados acima.
- Manter o paciente em posição confortável.
- Apoiar o braço se o pulso for o radial.
- Colocar o dedo indicador e anular no local e pressionar levemente, sem comprimir o local. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação pode ser confundida com a do paciente.
- Contar o número de batimentos do pulso em um minuto.
- Ou utilizar o aparelho oxímetro que também mostra o pulso;
- Anotar a frequência e o ritmo cardíaco;
- Higienizar as mãos.



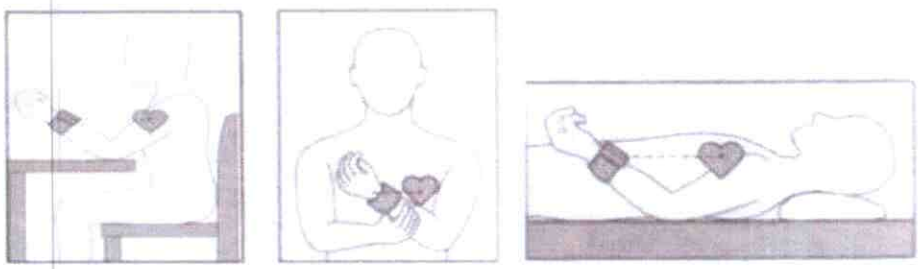
Pressão arterial

- Explicar o procedimento para o paciente;
- Higienizar as mãos e organizar o material;

- Palpar o pulso braquial ou radial;
- Colocar o manguito a 3 cm, aproximadamente, acima da fossa cubital, de modo que não fique muito apertado nem frouxo;
- Palpar novamente para obter pulso. Uma vez obtido continue a palpar inflando o manguito até a medida de o manômetro ficar 20 mmHg além do ponto em que o pulso não foi mais sentido na palpação;
- Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem.
- Fazer desinfecção das olivas e diafragma do estetoscópio com bola de algodão embebida em solução álcool. Em pacientes inconscientes e sem pulsação periférica- insuflar imediatamente até 200mmHg de pressão no manguito e proceder a verificação (pacientes graves), caso a pressão não seja audível, desinsuflar e imediatamente, insuflar até 250mmHg, ocorrendo o mesmo, proceder da mesma forma, indo até 300mmHg.
- Abrir lentamente a válvula e observar no manômetro o ponto em que é ouvido o primeiro batimento (pressão sistólica), e o ponto em que o som é ouvido por último (pressão diastólica).
- Retirar o ar, em caso de dúvida, repetir a operação 1(um) minuto após, para confirmar.

Limpando as olivas do estetoscópio com álcool a 70%;

- Verificar a pressão arterial no menor tempo possível a fim de impedir congestão venosa, pois o manguito age com um torniquete.
- Higienizar as mãos;



A B C

Oximetria

- Explicar o procedimento para o paciente;
- Higienizar as mãos e organizar o material;
- Colocar o aparelho oxímetro preferencialmente em qualquer dedo da mão;
- Observar a leitura da medida do aparelho;
- Limpar o aparelho
- Higienizar as mãos.



DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Algodão com álcool

5.2. Folhas de controle de enfermagem

5.3. Luvas de procedimentos

5.4. Relógio

5.5. Manguito de pressão arterial

5.6. Esfigmomanômetro

5.7. Termômetro

5.8. Oxímetro



EPI

Luvas de procedimento, máscara

RESPONSABILIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

QUANDO EXECUTAR

Quando o paciente for admitido na Unidade para consulta e/ou internação. Aprazamento de acordo com o quadro clínico do cliente e rotina da unidade.

REGISTROS

Anotação na ficha de atendimento, e/ou no prontuário de internação.

FOR.001.SAME Ficha de Anotação de Enfermagem-Sinais Vitais

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Quando não se verificar os sinais vitais.

Ação: Fazer o mais breve possível, treinar a equipe e esclarecer da importância na verificação desse sinal vital.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOZACHI, N. **O hospital manual do ambiente hospitalar,** Editora Real,Curitiba, 2005

SMITH-TEMPLE, J. Gui para procedimentos de enfermagem, Porto alegre: Artmed, 2004;

POTTER, PA.; PERRY. A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan,2006;

SMITH-TEMPLE, J. Gui para procedimentos de enfermagem, Porto Alegre:Artmed, 2004.

ANEXO

Não se aplica

1. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

2. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.5 Protocolo - POP.003.GE BALANÇO HIDRICO

OBJETIVO

Realizar rígido controle de infusões x eliminações, para avaliação da evolução clínica do paciente.

APLICAÇÃO

Será aplicado aos pacientes que tenham necessidade clínica de balanço hídrico.

DEFINIÇÕES

Balanço hídrico representa a monitoração detalhada de liquido administrados e eliminados por um paciente num determinado período.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Lavar as mãos com água e sabão

Usar impresso padronizado

Anotar todos os ganhos de 2/2 horas

Zerar bomba de infusão e realizar leitura de 2/2 horas

Registrar todos os volumes infundidos rigorosamente

Registrar perdas: Pesar fralda seca e depois com diurese para que o balanço hídrico seja fidedigno.

Pesar fralda com fezes pastosas, semilíquidas e liquidas

Paciente com Sondas Vesicais de demora, fazer a leitura no saco coletor de urina sistema fechado e depois desprezar diurese em comadre ou saco coletor descartável.

Paciente sem Sondas ou fraldas a diurese será desprezada em saco coletor

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Calculadora se necessário

Comadre

Balança

EPI

Máscara descartável

Luva de procedimento

Capote se necessário

RESPONSABILIDADE

O procedimento do balanço hídrico será realizado pelo técnico em enfermagem e supervisionado pelo enfermeiro.

O cálculo do balanço hídrico será realizado exclusivamente pelo ENFERMEIRO.

QUANDO EXECUTAR

O registro será feito pelo técnico em enfermagem a cada duas horas no período de 24 horas, assinar, carimbar a folha de registro.

REGISTROS

FOR.251.GE BALANÇO HÍDRICO

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: O procedimento deixar de ser executado ou registrado pela equipe de enfermagem

Ação: Educação continuada, orientação da equipe.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A medida e a anotação sistemática dos ganhos (ingestão, infusões, etc.) e perdas líquidos (urina, fezes, drenos, sondas e etc.) são muito importantes nos pacientes com doenças graves, sobretudo naqueles com tendência a reter líquidos, como nos portadores de disfunção cardíaca, renal, hepática, desnutrição com hipoproteinemia. O balanço hídrico é um cuidado básico de enfermagem geralmente indicados nos pacientes em estado mais grave.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006

ANEXO

Não se aplica.

1. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

2. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.6 Protocolo - POP.026.GE ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO

OBJETIVO

Padronizar o processo de Admissão, transferência, alta e óbito Hospitalar, acolhendo o paciente e seus familiares com cordialidade e atenção.

APLICAÇÃO

Equipe de enfermagem

DEFINIÇÕES

Considera-se a admissão o ato de realizar a internação do paciente em um leito hospitalar e pode ser classificada em eletiva, de urgência e de emergência, de acordo com o agravo do paciente.

A transferência é mobilização do paciente que pode ser interna (para outro leito, outra clínica ou ainda, para responsabilização de outra equipe médica) e externa, que diz respeito ao encaminhamento do paciente a outra Instituição de saúde.

A alta é a liberação do paciente após o período de internação e pode ocorrer em diversas situações: cura melhora inalteração do caso, para tratamento ambulatorial, administrativa, por indisciplina, evasão ou ainda, a pedido (KOCH et al, 1996). Significa a saída do paciente do hospital provisoriamente ou definitivamente (LIMA, 2000).

O óbito deve ser considerado como continuidade do atendimento de enfermagem ao paciente e a sua família, onde deverão receber os cuidados necessários de forma respeitosa e segura (LIMA, 2000).

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Admissão

Comunicar sobre a admissão e obter informações sobre o paciente e suas condições gerais (determina o leito apropriado, e prepará-lo para receber o paciente);

Providenciar uma prancheta para o paciente onde serão colocados os formulários de rotina (folha de indicações/evolução/tratamento, AIH, laudo médico para solicitação, pedido de exames, etc.);

Receber o paciente e o cuidador ou o familiar, identificando-se e encaminhá-los ao leito (realiza o acolhimento do paciente e do acompanhante com humanização e respeito);

Apresentar a unidade, a enfermaria e os companheiros de quarto, se houver (permite integração entre o paciente e os demais membros da enfermaria; favorece a adaptação do paciente à nova realidade);

Verificar a necessidade e possibilidade de um acompanhante ao paciente durante a internação;

Informar quanto às rotinas da clínica, local e horário para banho, refeições, recreação, visita médica e de familiares (garante adequado relacionamento interpessoal; integra o paciente no processo de decisão sobre seu tratamento; evita ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar condições de higiene e, se possível for encaminhar o paciente ao banho de aspersão e troca de roupas (visando a prevenção de disseminação de microorganismos, mantendo uma assistência individualizada);

Verificar os itens do prontuário, internação e a existência de resultados de exames prévios. Providenciar os encaminhamentos necessários para exames, pareceres, prescrição médica, serviço de nutrição e outros (verifica e adequar a documentação do paciente; garante adequado atendimento ao paciente de forma multidisciplinar);

Proceder o registro da admissão no livro de internação e admissão sobre as condições do paciente no prontuário do mesmo (contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Verificar os sinais vitais no ato da admissão e anotar no campo específico na folha de prescrição com hora da verificação (identifica alterações que necessitam serem corrigidas no ato da admissão; serve como guia para a implementação da assistência de enfermagem);

Realizar a avaliação do paciente (enfermeiro do plantão) suas necessidades e percepções, histórico, exame físico, diagnósticos de enfermagem e prescrição de enfermagem-Iniciar a

SAE (garantindo assistência de enfermagem com qualidade a partir do raciocínio clínico; determina o plano de ação ao paciente de acordo com suas necessidades mais urgentes);

Realizar todas as anotações dos dados coletados e dos procedimentos realizados no prontuário do paciente (servindo de subsídio para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Realizar a higienização simples das mãos em todas as situações de contato com o paciente, seus pertences, na realização de qualquer procedimento relacionado a ele (reduz a microbiota transitória e patogênica; evita infecção hospitalar pelo carreamento de microorganismos de forma cruzada; atua na profilaxia e controle de infecção hospitalar; é a ação isolada mais importante para prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde).

Transferência

Transferência interna – mudança de leito

Comunicar ao paciente/ acompanhante e justificar a necessidade da transferência. Evitar ou amenizar a ansiedade do paciente (evita ou ameniza a ansiedade do paciente);

Auxiliar paciente e acompanhante a transferir seus pertences e apresentar lhes à nova enfermaria (evita o extravio dos pertences; permite nova adaptação do paciente; garante conforto e segurança ao paciente);

Providenciar troca do número do leito na documentação do paciente (organiza o serviço; mantém documentação atualizada);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar a desinfecção e organização do leito desocupado pelo paciente (mantém a organização da unidade; previne infecção hospitalar; prepara o leito para nova admissão);

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Transferência externa – mudança de Unidade de Saúde

Comunicar o paciente e acompanhante e justificar necessidade da transferência (elucida sobre o procedimento, garantindo sua colaboração; facilita a compensação de limitações e dificuldades existentes para o paciente; evita ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar junto ao Sisreg a disponibilização de vaga (certifica da adequada transferência sem prejuízos ao acompanhante e ao paciente; mantém comunicação efetiva com instituição de saúde que acolherá o paciente);

Auxiliar o paciente a organizar seus pertences e verificar se todos os cuidados de enfermagem do período foram realizados e registrados (garante que todos os pertences serão encaminhados; facilita o transporte do paciente; encaminha o paciente confortável e assistido adequadamente; garante registro do atendimento do paciente);

Solicitar ao setor de transporte o encaminhamento do paciente (garante transporte adequado, seguro e confortável);

Entregar exames radiológicos, cópias de laudos e relatórios ao paciente, familiar ou profissional que o acompanhará (garante encaminhamento adequado da documentação do paciente; permite continuidade da assistência ao paciente);

Realizar o registro da transferência no livro de internação e no prontuário do paciente (estabelece a comunicação adequada entre a equipe multidisciplinar; mantém subsídios para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Organizar prontuário do paciente para posterior encaminhamento ao setor de faturamento (organiza a unidade e documentação; evita problemas administrativos; garante, em tempo hábil, o faturamento da internação do paciente);

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas;

Realizar a desinfecção e organização do leito desocupado pelo paciente (mantém a organização da unidade; previne infecção hospitalar; prepara o leito para nova admissão);

Retirar as luvas;

Higienizar as mãos.

Alta

4.1.1. Comprovar efetivação da alta, que deve ser dada por escrito e assinada pelo médico responsável, após ter realizado avaliação clínica e analisado exames laboratoriais e radiológicos, caso tenham sido solicitados (evita equívoco na prestação de orientações e nas anotações relevantes; propicia planejamento adequado para alta);

Comunicar ao paciente e acompanhante. Caso esteja desacompanhado comunicar família ou responsável (integra o paciente no processo de decisão sobre seu tratamento; evita ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar se todos os cuidados de enfermagem necessários foram realizados no período (caso necessário realizá-los);

Orientar paciente e/ou responsável sobre os cuidados após alta e esclarecer possíveis dúvidas sobre repouso, medicações, dieta, retorno ambulatorial e outros (garante manutenção dos cuidados pós-alta e a convalescença adequada; evita transtornos ao paciente e à sua família depois da saída do hospital);

4.1.2. Avisar o farmacêutico quando houver alta para que o mesmo possa orientar o paciente e o familiar sobre o uso dos medicamentos prescritos, reforçando as informações no caso de uso de Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina), antibióticos, medicamentos opióides e analgésicos; devolver medicação do paciente, caso os tenha deixado sob a guarda da farmácia no momento da internação;

4.1.3. Avisar a nutricionista sobre a alta para que possa educar o paciente e o familiar com relação aos cuidados nutricionais, e dieta após a alta.

4.1.4. Avisar a assistente social sobre a alta para realizar contato com familiares que receberá o paciente para continuidade do tratamento, caso necessário.

4.1.5. Entregar ao paciente ou ao acompanhante, seus exames radiológicos e medicações pessoais, caso existam (garante manutenção dos cuidados; garante que o retorno ambulatorial se processe de forma satisfatória); caso precisem dos

exames laboratoriais, encaminhar o acompanhante para solicitar segunda via no laboratório.

4.1.6. Avisar o serviço de recepção e portaria, por meio presencial ou via telefônica, das altas. Comunicando nome completo.

Orientar e verificar a remoção de todos os pertences (evita permanência ou extravio de pertences);

Encaminhar o paciente, caso necessite (garantir transporte adequado e seguro);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar desinfecção do leito (mantém a organização da unidade; previne infecção relacionada à assistência à saúde; prepara o leito para nova admissão);

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Realizar registro horário e condições da alta no livro de internação e no prontuário do paciente (estabelece a comunicação adequada entre a equipe; serve de subsídios para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve com respaldo ético e legal);

Proceder à organização do prontuário para encaminhamento ao faturamento (mantém organização da documentação do paciente; evita transtornos administrativos; garante, em tempo hábil, o faturamento da internação do paciente).

Alta a pedido (ação extra)

Orientar o solicitante e o paciente sobre os riscos da alta sem decisão médica para sua saúde e de sua família (garante orientação sobre os riscos; serve de respaldo legal);

Solicitar ao paciente e/ou familiar responsável que assine o Termo de Responsabilidade pela alta a pedido (respaldo legal; comprova isenção de responsabilidade em caso de agravos ao paciente após sua saída da Instituição);

Entregar exames radiológicos e medicações, objetos e pertences de uso pessoal do paciente, caso existam (evita transtornos por extravio destes materiais);

Avisar o médico responsável sobre o ato do paciente ou acompanhante (garante reconhecimento do fato aos membros da equipe);

Registrar o ocorrido com detalhes no relatório de enfermagem e no prontuário do paciente.

Óbito

Retirar a Declaração de Óbito do arquivo, após constatação do óbito, assinar no caderno de registro e entregar ao médico para ser preenchida (garante registro adequado e em tempo hábil do óbito; age com eficiência no cuidado pós-morte);

Providenciar remoção do corpo ao morgue (encaminhar adequadamente o corpo; realização do trabalho com eficiência);

Contatar familiares, caso não estejam na instituição, para comparecimento e recebimento de orientações e pertences (mantém assistência familiar; garante adequado relacionamento interpessoal com comunicação ampla);

Receber e orientar familiares ou responsáveis, observando os critérios de humanização e solicitude (mantém assistência à família; respeita os familiares no momento da perda e da dor);

Entregar os pertences do paciente e solicitar que o responsável assine, comprovando seu recebimento, no livro de ocorrências (dota a instituição de documentação legal; preza o valor sentimental de alguns pertences à família);

Preencher todos os dados relativos ao paciente no livro de óbitos;

Entregar a via amarela da Declaração de Óbito ao familiar mais próximo e solicitar que este assine no livro de óbitos (favorece o encaminhamento dos trâmites legais);

Anexar as vias, branca e rosa ao prontuário do paciente;

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar desinfecção do leito;

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Realizar registro do óbito no prontuário do paciente;

Organizar toda a documentação do paciente para encaminhar ao faturamento.

Preparo do corpo pós-morte

Manter ambiente tranquilo e reservado; se houver outro paciente na enfermaria, mude-o para um local tranquilo ou providencie um biombo (proporciona privacidade para realizar procedimento; evita transtornos psicológicos ao outro paciente; demonstra respeito à família);

Utilizar equipamento de proteção individual completo (oferecer segurança contra riscos susceptíveis de ameaçar a saúde e a segurança do trabalhador; evita contaminação caso microorganismos infectantes estejam presentes);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Proceder ao preparo do corpo com manobras lentas e cuidadosas (evitar acidentes);

4.1.7. Colocar o corpo em posição ereta e com bom alinhamento (previne problemas com o *rigor mortis*);

Retirar adornos e próteses e colocá-los em saco plástico, lacrar e identificar (evitar a perda e roubo dos pertences e facilitar sua devolução à família do paciente);

Remover qualquer dispositivo invasivo e proceder à higiene e curativo se necessário (evita escape de fluidos e secreções no encaminhamento);

Aproximar os lábios, fixando a mandíbula com atadura crepom. Proceder à fixação dos membros superiores e inferiores (evitar possíveis transtornos com o corpo após rigidez cadavérica);

Colocar fralda descartável (o relaxamento esfincteriano pode causar a saída de fezes e urina);

Identificar corpo, na altura do tórax, com os seguintes dados: nome, prontuário, clínica e hora do óbito (Manter a identidade do paciente; evita extravio do corpo);

Proceder à cobertura do corpo com lençol ou invólucro plástico para óbito – técnica em envelope e fixar bem (preserva o corpo contra danos e assegurar a privacidade; evita transtornos durante o encaminhamento do corpo);

Identificar o lençol ou o invólucro, na altura do tórax, com os mesmos dados anteriores (evita confusão na identificação do corpo);

Protocolar os pertences retirados do corpo em local onde a família que os receber possa assinar (garantir segurança à enfermagem e evitar extravio).

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Papel

Caneta

Carimbo

EPI

6.1 Não se aplica.

RESPONSABILIDADE

7.1 Equipe de enfermagem.

QUANDO EXECUTAR

8.1 A admissão sempre quando o usuário entrar para a internação; transferência sempre que o usuário necessitar de ser transferido para outra Unidade ou outro setor da mesma Unidade; alta sempre que o usuário deixar nossa Unidade, seja ela cedida ou por evasão e óbito.

REGISTROS

9.1 Será registrado nos prontuários dos pacientes internados e livros de registro de admissão, alta, transferência ou óbito.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **N.C.:** A falta de anotações em prontuário.

10.1.1 **AÇÃO:** Caso ocorra, solicitar que o profissional faça a anotação imediatamente. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos relatórios.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Não se aplica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Portaria MS 2.616 de 12 de maio de 1998- regulamenta as ações de controle d infecção hospitalar no país em substituição à Portaria MS 930/92; 1998.

ARAÚJO MJB de. Técnicas fundamentais de enfermagem. Rio de Janeiro: Bezerra Araújo; 1983.

ATKINSON LD; MURRAY ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 200_.

BORGES LF DE A E; KATAGUIRI LG; NUNES MJ; GONTIJO Filho PP. Contaminação nas mãos de profissionais de saúde em diferentes unidades de um Hospital Universitário brasileiro. Nursing2006;100(8):1000-3.

CASARIN SNA, et al. Enfermería y gerencia de caso. Ver Lat-Am Enf. 2001;9(4).

DALLY P; HARRINGTON H. Psicologia e psiquiatria na enfermagem. São Paulo: EPU; 1978.

KOCH RM, et al. Técnicas básicas de enfermagem. 14ª ed. Curitiba: Florence;1996.

LIMA IL de coordenadora. Manual do técnico e auxiliar de enfermagem. 6ª ed rev. Goiânia: AB; 2000.

NAKATANI AYK. Processo de enfermagem: uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização. (Dissertação). Ribeirão Preto; 2000.

PESSINI C; BARCHIFONTEINE C. Dedução de problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS/ Hospital das Clínicas. Manual de padronização de procedimentos de enfermagem. Goiânia; 2003.

ANEXO

Não se aplica.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

6. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.7 Protocolo - POP.039.GE CONFORTO E SEGURANÇA DO PACIENTE

OBJETIVO

Proporcionar conforto melhorando o bem-estar físico, mental, espiritual e psicológico.

APLICAÇÃO

Equipe de enfermagem e multiprofissional.

DEFINIÇÃO

Manter o paciente seguro e confortável.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

Travesseiros

Para colocá-los:

Colocar o travesseiro sobre a cama;

Suspender a cabeça do paciente;

Colocar o travesseiro do lado oposto;

Puxá-lo para debaixo da cabeça com a mão livre;

Procurar fazer com a cabeça e o pescoço fiquem bem apoiados no travesseiro;

Se o paciente usar dois travesseiros, não colocar exatamente um sobre o outro.

Para retirá-los:

Escorregar um braço sob a cabeça e com a mão na escápula, levantar um pouco o paciente;

Remover o travesseiro e colocá-lo sobre a cama com a mão livre, retirando vagarosamente o braço de sob a cabeça.

Para diminuir a tensão abdominal:

Flexionar os joelhos, colocando sob os mesmos um travesseiro, rolo ou cobertor enrolado e coberto com fronha ou lençol;

Para diminuir a tensão dos músculos intercostais;

Colocar sob os quadris um travesseiro pequeno e macio.

Para manter o paciente em decúbito lateral:

Virar o paciente para o lado;

Colocar travesseiros: Sob a cabeça, de modo a focar bem - adaptado ao pescoço e ombros;

Junto às costas; ao lado, para suporte do abdome; Entre os joelhos flexionados.

Posicionadores e protetores de espuma

Posicionador para cabeça, perna, calcâneo, tornozelo;

Posicionador para alinhamento bacia e coluna;

Argola para cabeça, entre joelhos e calcâneo;

Posicionar rolo para diversos locais.

Arco de proteção

Proteger uma determinada região do corpo, contra o peso das cobertas;

Isolar áreas lesadas do contato com a roupa (escoriações, queimaduras).

Argolas de Algodão: São usadas para diminuir a pressão dos olecranos, dos calcâneos e joelhos.

Fazer uma argola de 10 cm de diâmetro com algodão;

Cobrir o algodão, envolvendo com uma faixa de crepe.

Sacos de Peso: São usados para:

Elevar uma região do corpo;

Manter o membro em posição anatômica.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Travesseiros;

Sacos de peso;

Argolas de algodão;

Arco de proteção posicionado;

Protetores de espumas.

EPI

Não se aplica.

RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem.

QUANDO EXECUTAR

Sempre que necessário.

REGISTRO

O registro é feito em prescrições e em anotações de enfermagem.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Executar de imediato e reforçar a importância do procedimento.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

ANEXO

Não se aplica.

HISTORICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass. emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

1.2.1.8 Protocolo - POP.042.GE HIGIENE ÍNTIMA

3. OBJETIVO

Limpeza e conforto da paciente, prevenir o aparecimento de infecção, combater a infecção quando instalada.

4. APLICAÇÃO

O próprio paciente ou a enfermagem/acompanhante quando houver necessidade de auxílio.

5. DEFINIÇÃO

Remover sujidade do corpo utilizando o chuveiro.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Masculina

6.1.1. Conversar com o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
6.1.2. Preparar o ambiente;
6.1.3. Preparar o material;
6.1.4. Trazer o material, colocando a comadre na cadeira e a bandeja na mesa de cabeceira;
6.1.5. Higienizar as mãos;
6.1.6. Paramentar conforme precaução indicada;
6.1.7. Colocar biombos;
6.1.8. Calçar as luvas;
6.1.9. Colocar o impermeável e a toalha sob o paciente, para proteger a cama;
6.1.10. Retirar a calça do pijama;
6.1.11. Colocar a comadre sob o paciente protegendo-o com a roupa de cama;
6.1.12. Levantar o pênis com uma gaze e fazer uma pequena irrigação com água;
6.1.13. Ensaboar a região com gaze, afastando bem o prepúcio;
6.1.14. Irrigar toda a região, tirando o sabão;
6.1.15. Retirar a comadre, colocando-a na cadeira;
6.1.16. Enxugar com a toalha;

6.1.17. Vestir a calça do pijama;

6.1.18. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;

6.1.19. Providenciar a limpeza e a ordem do material;

6.1.20. Tirar as luvas e higienizar as mãos;

6.1.21. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

6.2. Feminina

6.2.1. Orientar a paciente sobre o cuidado;

6.2.2. Preparar o ambiente;

6.2.3. Separar e organizar o material a ser utilizado;

6.2.4. Trazer o material, colocando a comadre na cadeira e a bandeja na mesinha;

6.2.5. Higienizar as mãos;

6.2.6. Paramentar conforme precaução indicada;

6.2.7. Calçar luvas;

6.2.8. Colocar biombos;

6.2.9. Colocar a paciente em posição ginecológica, protegendo-a com a roupa de cama e cobrindo-a com uma toalha;

6.2.10. Colocar o impermeável, a toalha e a comadre sob a paciente;

6.2.11. Colocar gaze ou pano na região inguinal para evitar que a água escorra, molhando o leito;

6.2.12. Irrigar a vulva com água ou solução antisséptica;

6.2.13. Ensaboar e lavar a região vulvar e o períneo, com luva de banho, primeiro externamente, de cima para baixo e sem retornar para a região limpa;

6.2.14. Proceder do mesmo modo para lavar internamente a região vulvar;

6.2.15. Colocar o material usado no saco plástico para resíduos;

6.2.16. Irrigar a região vulvar com água limpa;

6.2.17. Enxugar com toalha a vulva;

6.2.18. Retirar a comadre colocando-a na cadeira;

6.2.19. Deixar a paciente confortável e o ambiente em ordem;

6.2.20. Providenciar a limpeza e a ordem do material;

6.2.21. Retirar as luvas e lavar as mãos;

6.2.22. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Algodão, gaze ou luva de pano;

Sabonete ou soluções medicamentosas prescritas;

Saco plástico para resíduos;

Luvas de procedimento;

Toalha;

Biombos;

Impermeável ou forro;

Jarro com água morna;

Comadre.

EPI

6.1. Utiliza-se luvas.

6.2. Touca;

6.3. Máscara;

6.4. Óculos de proteção;

6.5. Capote;

6.6. Luvas;

6.7. Observar qual a precaução indicada para adequação de EPI´s.

RESPONSABILIDADE

O próprio cliente ou a enfermagem quando houver necessidade de auxílio.

QUANDO EXECUTAR

Uma vez ao dia, ou sempre que necessário.

REGISTRO

Anotações de enfermagem no prontuário.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Não se aplica.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

12.1KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

12.2 POTTER, P. A; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

13.ANEXO

Não se aplica.

7. HISTORICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

8. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

1.2.1.9 Protocolo - POP.035.GE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO

1.1. O preparo e a administração de medicamentos pressupõem alguns princípios básicos que independem da via de administração do medicamento

APLICAÇÃO

2.1. Equipe de Enfermagem.

DEFINIÇÕES

3.1. Preparar e administrar medicação nos usuários.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

8.1. Higienizar as mãos;

8.2. Verificar paciente certo e medicação certa;

Certificar que todo o medicamento está contido no corpo da ampola, pois o estreitamento do gargalo faz com que uma parte do medicamento muitas vezes fique retida na sua parte superior. O mesmo cuidado deve ser observado com o pó liofilizado no frasco-ampola;

Observar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha; montar a seringa com agulha respeitando a técnica asséptica;

Desinfetar toda a ampola com algodão embebido em álcool 70%, destacando o gargalo; no caso de frasco-ampola, levantar a tampa metálica do frasco ampola;

Proteger os dedos com algodão embebido em álcool 70% na hora de quebrar a ampola ou retirar a tampa metálica do frasco ampola;

No caso do frasco ampola, aspirar o diluente, introduzir dentro do frasco e deixar que a força de pressão interna do frasco desloque o ar para o interior da seringa. Homogeneizar o diluente com o pó liofilizado sem sacudir;

O procedimento de introduzir o ar da seringa para o interior do frasco visa aumentar a pressão dentro do frasco, retirando facilmente o medicamento, visto que os líquidos se

movem de uma área de maior pressão para a de menos pressão; manter o frasco invertido para baixo, enquanto aspira o medicamento;

Proteger a agulha com o protetor e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro;

Antes da aplicação, realizar novamente a higiene das mãos;

Realizar a antissepsia da pele;

É importante realizar rodízio dos locais de aplicação, procurando, desta forma, evitar lesões nos tecidos do paciente;

Observar o uso da angulação de administração correta de acordo com a via e do número da agulha adequada à via, ao tipo de medicamento, à idade do paciente e a sua estrutura física;

Antes da administração do medicamento pelas vias subcutânea e intramuscular, deve-se aspirar para ter a certeza de que não houve punção de vaso sanguíneo. Caso haja retorno de sangue, retirar a punção, preparar novamente a medicação, se necessário, e proceder à administração;

Desprezar a seringa com a agulha juntas (não reencapar), em recipiente próprio para perfuro cortante.

8.3. Via Endovenoso-Intravenoso (EV/IV): É usada quando se deseja uma ação rápida do medicamento ou porque outras vias não são propícias. Sua administração deve ser feita com muito cuidado, considerando-se que a medicação entra direto na corrente sanguínea. As soluções administradas por essa via devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão. Para a administração de pequenas quantidades são satisfatórias as veias periféricas da prega (dobra) do cotovelo, do antebraço e do dorso da mão.

Procedimento:

Posicionar o paciente deitado ou sentado e administrar lentamente o medicamento (não deve haver presença de ar na seringa para prevenir embolia gasosa);

Inspecionar as condições da veia e selecionar a mais apropriada - garrotear o braço aproximadamente 10 cm acima da veia escolhida. Para facilitar a visualização da veia de mão e braço, orientar o paciente a cerrar o punho durante a inspeção e a punção venosa;

Inserir a agulha com ângulo de 15° a 30° mantendo a pele esticada e com bisel voltado para cima, facilitando a introdução. Observar o retorno de sangue, soltar o garrote e injetar o medicamento lentamente; ao retirar a agulha, comprimir o local.

8.4. Via Intramuscular (IM): Utilizada para administrar medicamentos irritantes por ser menos doloroso, visto que existe menor número de terminações nervosas no tecido muscular profundo. O volume a ser administrado deve ser compatível com a massa muscular, que varia de acordo com a idade, localização e estado nutricional. Considerando-se um adulto normal, o volume adequado no deltóide é de aproximadamente 2 ml, no glúteo, 4ml e na coxa, 3ml. Quantidades maiores que 3 ml devem sempre ser bem avaliadas, pois podem não ter uma absorção adequada. As complicações mais comuns da aplicação intramuscular são a formação de nódulos, abscesso, necrose e lesões de nervo.

Procedimento:

Preparar o medicamento (no caso de medicamento irritante, antes da aplicação, realizar a troca da agulha por outra nova);

Orientar o paciente para que adote uma posição confortável, relaxando o músculo (evita extravasamento do líquido e minimiza a dor);

Evitar a administração de medicamentos em áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, paresias (paralisia moderada, fraqueza de um membro) e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento;

Na aplicação, deve-se segurar o mais próximo do canhão para aumentar a estabilidade da agulha, evitando movimentos desnecessários e lesão muscular;

Inserir a agulha formando um ângulo de 90°, com o bisel lateralizado a fim de evitar lesão nas fibras musculares. Puxar o êmbolo e, caso não haja retorno de sangue, administrar a solução. Retirar a agulha num movimento único;

Comprimir e massagear o local se não houver contraindicação (para facilitar a distribuição do medicamento no tecido e minimizar a dor local).

8.4.1. Locais de aplicação:

As regiões do deltóide - posição sentada ou deitada;

Dorso-glútea - contra-indicada para aplicação em crianças, por situar-se próximo ao nervo ciático. O local indicado é o quadrante superior externo, cerca de 5 cm abaixo do ápice da crista ilíaca;

Ventro-glútea – indicada para qualquer idade, principalmente para crianças;

Antero-lateral da coxa – indica-se a aplicação no terço médio do músculo, em bebês, crianças e adultos.

8.4.2. Observação: Para a aplicação de medicamentos muito irritantes por via intramuscular, a técnica em Z é indicada, pois promove a vedação do trajeto e a manutenção do medicamento no espaço intramuscular. Neste caso, a pele é deslocada lateralmente para longe do local escolhido antes da injeção. Penetra-se a agulha no músculo, injetando a medicação lentamente. Retira-se a agulha e solta-se a pele, formando o Z. O local da injeção não deve ser massageado, pois pode provocar lesão tecidual.

8.5. Via Subcutânea (SC): É a administração de medicamentos no tecido subcutâneo, sendo sua absorção mais lenta que na via intramuscular. O volume aplicado pode variar de frações até 5 ml, sendo o mais usual a aplicação de até 3ml. Conhecida também como hipodérmica é indicada principalmente para hormônios (insulina), anticoagulantes (heparina), vacinas e outras drogas que necessitam de absorção mais lenta e contínua.

Procedimento:

Aplicar com ângulo de 90° e utilizar a agulha de 13x4,5;

Na introdução da agulha fazer uma prega no tecido subcutâneo para facilitar sua localização;

Fazer leve compressão sem friccionar ao retirar a agulha da pele (para promover a absorção gradativa do medicamento).

Locais de aplicação:

Face externa do braço;

Região glútea;

Face anterior e externa da coxa;

Região periumbilical;

Região escapular;

Região inframamária;

Flanco direito ou esquerdo.

8.6. Via Intradermica (ID): É a administração de medicamento na derme, sendo indicada para a aplicação de vacina BCG, e como auxiliar em testes diagnósticos e de sensibilidade.

Procedimento:

Realizar a limpeza da pele com água e sabão (para não haver interferência na ação da droga e nos testes de sensibilidade);

Para inserir a agulha, esticar a pele, facilitando a introdução do bisel, que deve estar voltado para cima (para atingir somente a epiderme, formando um ângulo de 15°);

Posicionar a agulha paralela à superfície da pele. Não é necessário aspirar, devido à ausência de vaso sanguíneo na epiderme;

O volume a ser administrado não deve ultrapassar a 0,25ml, por ser um tecido de pequena expansibilidade;

8.6.1.1. Identificar a formação de **pápula**, caracterizada por uma pequena elevação da pele no local onde o medicamento foi introduzido.

Local de aplicação:

Região escapular ou a face interna o antebraço, para testes de hipersensibilidade;

Região deltóide do braço direito para BCG.

Via Oral (VO) e Via Sublingual (VSL)

Abrir o comprimido, drágeas ou cápsulas, colocar em recipiente próprio (copinho ou protegido por gaze) sem tocá-los diretamente com as mãos;

Utilizar gaze, colheres, copo graduado, seringa ou conta-gotas para medir e acondicionar o medicamento (uma colher de café corresponde a 2 ml, a de chá a 4 ml, a de sobremesa a 10 ml e a de sopa a 15 ml);

Observar a dosagem prescrita. Se necessário, triturar e diluir o comprimido para administrá-lo;

Se um paciente recebe vários medicamentos simultaneamente, a prática mais segura é a de usar recipientes separados, possibilitando a identificação segura dos medicamentos que efetivamente o paciente recebeu, em casos de aceitação parcial ou perdas acidentais de uma parte deles;

Quando o medicamento é líquido, agitar o frasco do medicamento, manter o rótulo voltado para a palma da mão (para não molhar o rótulo), elevar o copo graduado na altura dos olhos e despejar a solução;

Se indicado, devido ao gosto desagradável de alguns medicamentos, pode ser necessária à sua diluição em suco, água ou leite;

Observar se o paciente não está com indicação de jejum, controle hídrico, além de fatores que influenciam a administração, como sonda nasogástrica, condições relativas à deglutição, náuseas, vômitos e outros;

No caso de administração de medicação sublingual, observar a colocação do medicamento sob a língua do paciente e orientar para que o deixe ali, sem mastigá-lo ou engoli-lo, até ser totalmente dissolvido; não oferecer líquidos com a medicação sublingual;

Higienizar o frasco com água corrente e sabão e enxugar antes de guardá-lo;

Identificar o paciente antes de administrar o medicamento;

Explicar ao paciente sobre o efeito dos medicamentos em uso. Isto facilita a sua participação na terapêutica;

Oferecer líquido ao paciente para deglutir o medicamento;

Permanecer junto ao paciente até que tome o medicamento observando se o mesmo deglutiu o medicamento.

8.7. Via Retal (VR): As formulações destinadas para uso retal podem ser sólidas ou líquidas. A formulação sólida, denominada supositório, possui formato e consistência que facilita sua aplicação, não devendo ser partido. Tem, por finalidades, administrar medicamentos com o objetivo de rápida absorção, aliviar constipação e preparar para cirurgia.

Procedimento:

Observar prescrição médica;

Lavar as mãos;

Preparar medicação prescrita, aquecendo a temperatura corporal, se necessário;

Preparar o material;

Identificar-se e checar o nome e o leito;

Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

Promover privacidade;

Colocar cliente na posição de SIMS;

Calçar as luvas;

Introduzir a medicação, segurando as nádegas para manter a medicação o maior tempo possível;

Oferecer a comadre, caso o paciente não possa locomover-se;

Proceder à higiene íntima, se necessário, deixando o paciente confortável;

Deixar o ambiente em ordem;

Desprezar o material utilizado no expurgo;

Lavar as mãos;

Guardar o material utilizado em local adequado;

Anotar no prontuário do paciente.

Observações:

Observar sinais e sintomas de reação alérgica e colateral

Integridade da mucosa

Via Cutânea, Ocular, Nasal, Otológica e Vaginal.

Administração por via cutânea

Friccionar ou massagear o medicamento de forma delicada na pele, caso não haja contraindicação (para que haja melhor absorção do medicamento pela pele, esta deve estar limpa e seca antes de sua aplicação);

Usar luva (para que o medicamento não seja absorvido através da pele de quem está executando o procedimento);

Certificar o grau de toxicidade do medicamento a ser aplicado, para proteger as regiões sensíveis e a mucosa;

Identificar ocorrência de reação alérgica medicamentosa.

Administração do medicamento por via ocular

Higienizar os olhos do paciente (o local de instilação é a conjuntiva ocular inferior, para maior absorção, sendo a melhor posição o decúbito dorsal ou estar sentado com o pescoço hiperextendido olhando para cima);

Orientar o paciente a fechar os olhos após a medicação (para que haja dispersão do medicamento).

Administração do medicamento por via nasal

Instilar o medicamento nas narinas, mantendo a cabeça do paciente inclinada para trás, por um determinado tempo até a absorção. Caso não possa manter essa posição, solicitar qu aspire profundamente;

É importante que, no uso de conta-gotas ou frasco conta-gotas, estes sejam individuais para evitar infecção cruzada.

Administração do medicamento por via ocular

Observar a posição adequada para a melhor absorção do medicamento; deve-se lateralizá-la, puxando delicadamente o pavilhão do ouvido externo para cima e para trás, no caso de adulto; já em crianças, puxá-lo para baixo e para trás.

Administração do medicamento via vaginal

Observar a higienização íntima, sendo o horário da noite, antes de dormir, o mais indicado;

Utilizar um aplicador, que deverá ser de uso individual, devendo ser introduzido no máximo até 10 cm. Ter cuidado em usar aplicador específico em presença de hímen íntegro. Quando o paciente tiver condições de auto aplicar o medicamento, somente auxiliá-lo.

A formulação líquida pode ser em grande quantidade denominada lavagem intestinal (de 1000 a 2000 ml) ou em pequena quantidade, chamada de clister (150 a 500 ml).

1.1. Preparo Geral:

Lavar sempre as mãos antes do preparo e administração de medicamentos e logo após;

Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;

Concentrar a atenção no trabalho, evitando atividades paralelas, distrações e interrupções, que podem aumentar as chances de cometer erros;

Ler e conferir o rótulo da medicação 03 vezes: quando pegar o frasco, ampola ou envelope de medicamento; antes de colocá-lo no recipiente próprio; e ao recolocá-lo na prateleira ou desprezá-lo;

Observar o aspecto, as características e o prazo de validade da medicação antes de prepará-la;

Preparar somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dosagem e via de administração; as medicações devem ser administradas sob prescrição médica, sendo, em casos de emergência, aceitável fazê-lo baseado apenas em ordem verbal (nesse caso, todas as medicações usadas devem ser prescritas pelo médico posteriormente, quando a situação tiver sob controle);

Reconhecer a ação do medicamento no organismo e identificar sinais de complicação do mesmo;

Não administrar medicamentos preparados por outros;

Identificar o medicamento preparado com o nome do paciente, nome da medicação, via de administração e horário;

Deixar o local de preparo de medicação em ordem e limpo utilizando álcool 70% para desinfetar a bancada;

Utilizar bandeja de medicação devidamente limpa e desinfetada com álcool 70%.

1.2. Administração Geral:

Manter a bandeja de medicação sempre à vista durante a administração, nunca a deixando sozinha junto ao paciente;

Antes de administrar o medicamento, conferir cuidadosamente a identidade do paciente, pedindo ao paciente para dizer seu nome;

Registrar e rubricar na prescrição o medicamento que o paciente tenha recebido; não o fazer imediatamente antes de administrá-lo;

Em caso de recusa do medicamento, relatar imediatamente o fato à enfermeira e/ou ao médico e anotar no prontuário. Por convenção, quando o medicamento não for administrado por algum motivo, o horário correspondente deve ser circundado à caneta e a justificativa anotada no prontuário do paciente. Verificar o motivo de recusa e tentar reorientar o paciente quanto à importância daquele (s) medicamento (s) em seu tratamento.

1.3. Medicamentos Injetáveis – Via Parenteral: A via parenteral é usualmente utilizada quando se deseja uma ação mais imediata da droga, quando não há possibilidade de administrar por via oral ou quando há interferência na assimilação da droga pelo trato gastrintestinal.

1.4. Medicação de uso contínuo que não é padronizado na Unidade: Quando o usuário interno faz uso continuo de alguma medicação e que não é padronizado na Unidade a equipe de enfermagem recolherá do usuário e colocará nas vasilhas onde são colocadas as medicações do mesmo, individualizada. Sendo identificada segundo o PRO.ENF.002 PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO e entregando quando houver alta;

1.5. Atentar aos 5 momentos de higiene das mãos em cada procedimento.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim;

Seringa;

Agulha;

Algodão;

Álcool 70%;

Garrote;

Medicamento (ampola, frasco-ampola)

Material PARA ORAL:

Bandeja;

Copinhos descartáveis;

Fita adesiva para identificação;

Material acessório: seringa, gazes, conta-gotas, etc.

Água, leite, suco ou chá.

Material PARA ANAL:

Bandeja;

Luvas de procedimento;

Forro de proteção;

Gazes;

Gel lubrificante, se necessário;

Comadre, se necessário;

Medicamento sólido ou líquido.

Material PARA SUBLINGUAL:

Bandeja;

Espátula, conta-gotas, aplicador;

Gaze;

Luva de procedimento;

Medicamento.

EPI

6.1. Luvas;

6.2. Capote;

6.3. Máscara.

RESPONSABILIDADE

7.1. Equipe de Enfermagem.

QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que for prescrito pelo médico.

REGISTROS

9.1. O registro é feito na checagem da prescrição e em anotações de enfermagem.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. Executar de imediato e reforçar a importância do procedimento. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos relatórios.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Não se aplica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO MJB de. Técnicas fundamentais de enfermagem. Rio de Janeiro: Bezerra Araújo; 1983.

ATKINSON LD; MURRAY ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2000.

ANEXO

13.1 Não se aplica.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

8. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.10 Protocolo - POP.046.GE PREPARO DO CORPO PÓS - MORTE

OBJETIVO

Deixar o corpo limpo; Preservar a aparência natural do corpo; Evitar a saída de gazes, odores fétidos, sangue e secreções; Dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

APLICAÇÃO

Em todas as unidades da instituição.

DEFINIÇÕES

Do ponto de vista genérico, a morte é o fim das atividades vitais de um organismo. No caso da realidade humana, a definição vigente do ponto de vista médico e legal refere-se à

cessação de toda a atividade cerebral, sugerindo também que esta paralisação seja completamente irreversível. É o preparo realizado no corpo após constatação do óbito.

3.1. TIPOS DE ÓBITO

3.1.1. DEFINIDO: quando a causa da morte é conhecida, nesse caso será preenchida a DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO), entregar para família segunda via (rosa), primeira via será enviada para Secretaria Municipal de Saúde (branca) e a terceira via arquivada no prontuário do paciente

3.1.2. MAL DEFINIDO: quando a causa da morte é desconhecida, o corpo é encaminhado a necropsia no Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Entregar para família um relatório médico que será preenchido pelo médico assistente em impresso de relatório médico

3.1.3. CASO DE POLÍCIA: tem comprometimento legal. São óbitos decorrentes de acidentes ou agressões, o corpo é encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML). Preencher um relatório médico em duas vias e entregar via original aos familiares para que possam registrar boletim de ocorrência (B.O), a segunda via será arquivada no prontuário do paciente

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Observar o registro de constatação de óbito no prontuário e cercar o leito com biombos

4.2. Observar a hora do óbito

4.3. Certificar-se da existência de contraindicação para o tamponamento do corpo; 3. Preencher a etiqueta de óbito, contendo: nome completo, registro, enfermaria e leito, data e hora do óbito e assinatura do profissional; (FOR.303.GE)

4.4. Preencher o controle de entrega do corpo para funerária: data do óbito, nome do óbito, hora do óbito, hora da entrega a funerária , placa do veículo, nome da funerária , tipo de óbito (D.O, SVO, IML), assinatura de quem entregou, assinatura do responsável pela funerária. (FOR.302.GE)

4.5. Realizar higienização das mãos com água e sabão

4.6. Separar uma bandeja para o procedimento

4.7. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja

4.8. Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira

4.9. Apresentar-se ao acompanhante quando presente

4.10. Checar os dados de identificação

4.11. Orientar o acompanhante em relação ao procedimento, perguntando se o mesmo quer acompanhar o procedimento ou não

4.12. Oferecer ao acompanhante a opção de ver o corpo e despedir-se do paciente;

4.13. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;

4.14. Colocar as luvas de procedimento, avental ou capote e máscara cirúrgica;

4.15. Desligar os equipamentos;

4.16. Posicionar o corpo em decúbito dorsal;

4.17. Retirar sondas, cateteres e drenos;

4.18. Proceder à higiene do corpo, quando necessário;

4.19. Realizar curativos nos locais necessários;

4.20. Proceder ao tamponamento com algodão de ouvidos, nariz, orofaringe, região anal e vaginal, quando indicado;

4.21. Manter decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax;

4.22. Fixar mandíbula, punhos e tornozelos com atadura de crepe;

4.23. Proceder à identificação colocando a etiqueta sobre o tórax do paciente;

4.24. Colocar um lençol sob o paciente e envolve o corpo, cobrindo-o completamente e fechando com a fita crepe; coloca-se outra etiqueta sob o lençol novamente na altura do tórax do paciente;

4.25. Solicitar condutor para encaminhamento do corpo ao Morgue

4.26. Listar e guardar todos os pertences do paciente para entrega a família, protocolando em impresso próprio.

4.27. Manter a organização da unidade do paciente;

4.28. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

4.29. Realizar higienização das mãos com água e sabão

4.30. Realizar as anotações necessárias, incluindo a data e hora do óbito, o nome do médico que constatou o óbito, manobras de reanimação e medicações utilizadas, assinando e carimbando o relato.

4.31. Depois que o corpo for levado ao Morgue trancar a porta

4.32. Na chegada da Funerária conferir todos os dados e registrar todas as informações em registro próprio, conferir documentação junto a funerária.

4.33. Solicitar assinatura do condutor da funerária

4.34. Entregar o corpo na presença de um familiar de primeiro grau

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Bandeja grande

5.2. Luvas de procedimentos

5.3. Etiquetas de identificação de óbito

5.4. Algodão

5.5. Pinça cheron

5.6. Tesoura

5.7. Material para higiene se necessário

5.8. Fita crepe

5.9. Unidades de atadura de crepom

5.10. Gaze não-estéril

5.11. Máscara cirúrgica

5.12. Lençóis

5.13. Avental não esterilizado ou capote descartável não-estéril

EPI

6.1. Capote não-esteril ou descartável

6.2. Máscara cirúrgica

6.3. Luvas de procedimento

6.4. Gorro

6.5. Óculos se necessário

RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem

QUANDO EXECUTAR

O processo de preparo do corpo pós- morte será realizado quando constatado o óbito pela equipe médica.

9. REGISTROS

9.1 Prontuário do paciente

9.2 Declaração de óbito (DO)

9.3 FOR.167.CNIR CONTROLE DE ÓBITO

9.4 FOR. 302.GE CONTROLE DE ENTREGA DO CORPO PARA FUNERÁRIA

9.5 FOR.303.GE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO CORPO

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Morte significa o término de um ciclo. Trata-se de um fenômeno natural que todos passarão. É certo que esse dia chegará e não podemos precisar o momento exato. Essa imprecisão, aliada à incerteza do que encontraremos adiante, a dúvida sobre a possível continuidade de alguma forma de vida causa-nos medo e insegurança. Contudo, cada um apresenta reação de acordo com suas próprias vivencias e formação cultural. Nesse contexto, o conceito de morte é relativo (depende do desenvolvimento psíquico e situação afetiva de cada pessoa), é complexo e mutável, depende do contexto situacional.

11.2 CUIDADOS ESPECIAIS:

11.2.1 Após a morte o paciente pode apresentar esfriamento do corpo, manchas generalizadas de coloração arroxeadas ("livor cadavérico"), relaxamento dos esfíncteres, rigidez cadavérica.

11.2.2 Quando o paciente fizer uso de dentadura ou ponte móvel, colocá-la imediatamente após a morte.

Manter as pálpebras fechadas, fazendo compressão ou utilizando fita adesiva. • 11.2.3 O corpo não deverá ser tamponado nos seguintes casos: restrição religiosa (judaica), embalsamamento ou necrópsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1 Joana Lech (org.) Manual de procedimentos de enfermagem. Martinari.

12.2 Hospital Alemão Oswaldo Cruz., 2006. • POTTER, P.A.; PERRY,A.G..

12.3 Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

12.4 Decreto 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7498/86

12.5 Resolução do COFEN nº 311/2007

ANEXO

Não se aplica

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

13. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.11 Protocolo - POP.027.GE REGISTRO DE ENFERMAGEM

OBJETIVO

Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem.

DEFINIÇÕES

Registro de enfermagem são vários os tipos de anotação de enfermagem que podem ser registrados no prontuário do paciente. Dentre eles destacamos:

Gráfico: facilita a visualização de oscilações dos parâmetros vitais, como temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

Sinal gráfico: os universais; checar (/) e circular (O), utilizados sobre o horário, nas prescrições de enfermagem e médica. O checar significa que a ação foi realizada. Quando

um horário está circulado, é imprescindível uma justificativa da não realização do cuidado na anotação de enfermagem.

Descritiva: Numérica- são anotados os valores de parâmetros mensuráveis. Podem ter locais específicos para o registro desses valores para facilitar a visualização; Narração Escrita – registro da forma narrativa daquilo que foi realizado, observado e/ou informado pelo paciente ou familiar. É o tipo de anotação mais frequentemente utilizado em prontuários.

Cabe ressaltar que anotação é diferente de evolução de enfermagem. A anotação registra exatamente aquilo que foi observado ou executado, sem comparações e análises dos dados, enquanto a evolução exige do enfermeiro reflexão para comparar e contextualizar os dados, analisando e avaliando-os para um melhor direcionamento de cuidados.

Para toda pessoa admitida em um hospital para observação ou internação corresponde um prontuário, onde são registradas as ocorrências relacionadas ao tratamento realizado.

O Relatório de Enfermagem é considerado documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuído de autenticidade e de significado legal, pois reflete todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações.

A documentação de enfermagem, inserida no prontuário do paciente, é uma importante fonte de ensino e pesquisa, servindo à auditoria, à avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem.

Será utilizado escalas para melhor acompanhamento do usuário:

ESCALA DE SCORE MEWS, irá acompanhar os sinais vitais e mostra quando o usuário está se deteriorando, consegue prevenir situações de emergência, indica a necessidade de do espaço de tempo para se verificar os sinais vitais.

3.5.1. Pontuação:

3.5.1.1. Manter em observação de 0 – 2;

3.5.1.2. Solicitar avaliação do enfermeiro 3 – 5;

3.5.1.3. Solicitar avaliação médica acima de 5;

3.5.2. ESCALA DE SHEIN, irá nos fornecer o tipo de complexidade assistencial que o usuário requer.

3.5.2.1. Complexidade da Assistência:

3.5.2.1.1. Cuidados mínimos até 17 pontos.

3.5.2.1.2. Cuidados intermediários de 18-28 pontos.

3.5.1.3. Cuidados semintensivos de 29-39 pontos.

3.5.1.4. Cuidados intensivos de 40-50 pontos.

3.5.3. ESCALA DE BRADEN, irá avaliar o risco do paciente desenvolver uma Lesão por Pressão e determinar as medidas preventivas adaptadas a esse mesmo risco.

3.5.3.1. Grau de Riscos:

3.5.3.1.1 19 á 23 pontos – Sem riscos;

3.5.3.1.2. 15 á 18 pontos- Risco Baixo;

3.5.3.1.3 13 á 14 pontos- Risco Moderado;

3.5.3.1.4. 10 á 12- Risco Alto;

3.5.3.1.5 $\leq$ 9 – Risco muito alto.

3.5.4. ESCALA DE MADDOX, irá identificar o risco de flebite, quanto ao grau de gravidade, podendo ser classificado de 0 até o grau 5.

3.5.4.1 Classificação:

3.5.4.1.1. 0 ausência de reação;

3.5.4.1.2. 1+ sensibilidade ao toque sobre o acesso;

3.5.4.1.3. 2+ dor contínua sem eritema;

3.5.4.1.4. 3+ dor contínua, com eritema e edema, veia dura palpável a menos de 8cm acima do local do acesso;

3.5.4.1.5. 4+ dor contínua, com eritema e edema, veia dura palpável a mais de 8cm acima do local do acesso;

3.5.4.1.6 5+ trombose venosa aparente**.**

3.5.5. ESCALA DE MORSE, irá avaliar o risco de queda em pacientes adultos em ambiente intra-hospitalar.

3.5.5.1 Classificação do Nível do Risco:

3.5.5.1.1. 0 á 24 pontos- Sem riscos;

3.5.5.1.2. 25 á 50 pontos- Baixo riscos;

3.5.5.1.3. ≥ 51 – Alto risco.

3.5.6. **ESCALA WONG-BAKER**, irá avaliar o nível a dor do paciente, baseado em imagens ilustrativas e descritivas dos rostos.

3.5.6.1 Avaliação da dor:

3.5.6.1.1. 0 pontos – Não dói;

3.5.6.1.2. 1 ponto- Dói pouco;

3.5.6.1.3. 2 pontos- Dói um pouco mais;

3.5.6.1.4. 3 pontos- Dói muito;

3.5.6.1.5. 4 pontos- Dói muito mais;

3.5.6.1.6. 5 pontos- Dor insuportável.

3.5.7 ESCALA DE GLASGOW, irá medir e avaliar o nível de consciência do paciente vítima de Traumatismo Craniano.

3.5.7.1 Avaliação:

3.5.7.1.1. 3 á 8 pontos- Grave;

3.5.7.1.2. 9 á 12 pontos- Moderada;

3.5.7.1.3. 13 á 15 pontos - Leve.

3.5.8 ESCALA DE RAMSAY, irá avaliar o grau de sedação em pacientes, visando evitar a sedação insuficiente ou demasiadamente excessiva.

3.5.8.1 Grau:

3.5.8.1.1. Grau 1: paciente ansioso, agitado;

3.5.8.1.2. Grau 2: cooperativo, orientado, tranquilo;

3.5.8.1.3. Grau 3: sonolento, atendendo aos comandos;

3.5.8.1.4. Grau 4: dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso;

3.5.8.1.5. Grau 5: dormindo, responde lentamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso;

3.5.8.1.7. Grau 6: dormindo, sem resposta.

3.5.9. ESCALA DE HUMPTY DUNTY, irá avaliar o risco de queda em pacientes pediátricos em ambiente intra-hospitalar.

3.5.9.1. Classificação do Nível do Risco:

3.5.9.1.1. 0 á 24 pontos- Sem riscos;

3.5.9.1.2. 25 á 50 pontos- Baixo riscos;

3.5.9.1.1. $\geq$ 51 – Alto risco:

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido devidamente; caso não esteja, preenchê-lo ou completá-lo corretamente.

4.2. Proceder às anotações em todos os horários.

4.3. Realizar A anotação no mínimo uma vez durante o plantão, nela é necessário conter: o estado geral do paciente, os cuidados prestados, recebimento de informações, intercorrências e os procedimentos que houver.

4.4. Obedecer à sequência céfalo – caudal ao realizar a anotação do estado geral do paciente.

4.5. Usar termos que expliquem os fatos e evitar expressões abstratas como "parece" e "aparentemente", que deixam muito à interpretação do leitor.

4.6. Corrigir qualquer erro no registro deve estarde acordo com a orientação, ou seja, utilizar termos como "digo", "correção", "retificando", "sem efeito". Porém, devemos evitar que ocorram erros nas anotações. Nunca utilizar corretores ortográficos (corretivos) ou rasurar as anotações. Documentos não devem ser rasurados.

4.7. Utilizar somente as abreviaturas padronizadas e que são mundialmente e/ou nacionalmente reconhecidas e convencionais.

4.8. Evitar linhas em branco entre uma e outra anotação, utilizar o "traço" (_____) para completar o espaço restante.

4.9. Transcrever frases, escrever exatamente como o paciente disse e colocar entre aspas. Exemplo: refere "dor de ardência ao urinar".

4.10. Não utilizar a primeira pessoa como eu, nós, para mim, etc., pois conotam caráter subjetivo.

4.11. Evitar voltar e inserir uma entrada em uma anotação já descrita anteriormente; caso haja esquecimento colocar o termo "em tempo" seguido de horário.

4.12. Não registrar termos avaliativos e interpretativos, estado nutricional, exames laboratoriais, etc. Não é de competência legal que os profissionais técnicos e auxiliar de enfermagem façam esse tipo de registro.

4.13. Lembrar de registrar todas as medidas de segurança adotadas para proteger o paciente, bem como medidas relativas à prevenção de complicações.

4.14. Registrar todos os incidentes no prontuário do paciente. Palavras como "erro", "esqueci" e "confundi" devem ser evitadas. Descrever o fato objetivamente e anotar as condutas tomadas.

4.15. Anotar todas as informações provenientes de procedimentos como: passagens de cateteres, anotar o número do cateter, a quantidade de tentativas, o comportamento do

paciente, as dificuldades relacionadas ao procedimento e as intercorrências, precedidos de horário.

4.16. Realizar administração de medicamentos e a realização de procedimentos por solicitação verbal pelo médico, somente em casos de emergências, porém ao término do atendimento deverão ser prescritas pelo médico responsável.

4.17. Diagnosticar em caso de PCR e óbito é restritamente responsabilidade do médico, ou seja, em hipótese algum outro profissional poderá registrar: "paciente apresentou PCR", ou "paciente evoluiu para óbito". Deverá constar, nesses casos, o seguinte registro: "apresentando ausência de pulso, ausência de resposta motora e verbal e ausência de movimentos respiratórios" e ao final, "constatado óbito ou PCR pelo Dr. (nome do médico) ". Registrar o horário que foi realizado o eletrocardiograma (caso haja necessidade do exame) e os procedimentos realizados na PCR.

4.18. Registrar após realizar limpeza, retirada de cateteres, curativos e tamponamento do corpo, o procedimento feito precedido de horário antes de encaminhar o corpo para o necrotério.

4.19. Vetar a transcrição e relato comentários pessoais e problemas confidenciais referidos pelo paciente e/ou família que não prejudiquem o andamento da terapêutica. Considerar o segredo profissional. É fundamental manter e respeitar a ética profissional.

4.20 Utilizar o prontuário somente para registro destinados aos cuidados do paciente, não usar o prontuário para críticas de cuidados anteriores, anotações incompletas ou ausências destas por parte de outros membros da equipe.

4.21. Constar o carimbo e a assinatura do profissional ao final de toda anotação , inclusive com a indicação do nível profissional. No final do plantão carimbar a última anotação.

4.22. Oferecer ao paciente/cliente o direito de ler as anotações do prontuário mediante a presença ou consentimento do médico responsável pelo seu tratamento. Os familiares e amigos somente poderão ter acesso com autorização do paciente e do médico.

4.23. Realizar anotações no livro de relatório somente um resumo por plantão, dos problemas e ocorrências mais importantes não integra o prontuário do paciente. Por isso,

não é considerado documento com finalidade de respaldo legal, portanto não deve conter informações pertinentes a cuidados de enfermagem e ao paciente.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Papel;

5.2. Caneta;

5.3. Carimbo;

5.4. Computador.

RESPONSABILIDADE

Equipe de Enfermagem.

QUANDO EXECUTAR

7.1. No ato da Admissão;

7.1.1. Horário;

7.1.2. Procedência (residência, unidade de internação, transferência de outra instituição hospitalar, etc.);

7.1.3. Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);

7.1.4. Condições de locomoção (deambulando, cadeira de rodas, maca);

7.1.5. Condições gerais observadas no paciente (consciente, alerta, deambulando, sinais vitais, peso, em uso de O2, etc);

7.1.6. Anotar dados informados pelos pacientes ou familiares: queixas como dor, náuseas, cansaço, desconforto, etc;

7.1.7. Procedimentos/ cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina (mensuração de sinais vitais, curativos, punções, sessão de hemodiálise, coleta de exames, transfusões sanguíneas, etc), orientações prestadas.

7.2. Alta

7.2.1. Horário;

7.2.2. Condições gerais e de locomoção (alerta, deambulando, curativos, drenos, em uso de O2, algias);

7.2.3. Acompanhamento (com familiares, amigos; registrar o nome do acompanhante);

7.2.4. Anotar orientações feitas aos pacientes ou familiares (retorno, medicações, exames, repouso, alimentação, curativo, etc.);

7.3. Transferência

7.3.1. Horário;

7.3.2. Local de transferência;

7.3.3. Condições gerais e de locomoção (alerta, deambulando, curativos, drenos, algias);

7.3.4. Medicação: relatar a entrega ou não dos medicamentos, nome e quantidade;

7.3.5. Anotar orientações feitas aos pacientes ou familiares.

7.4. Evasão

7.4.1. Horário: registrar as condições em que o paciente se evadiu (com roupa própria ou da instituição, com algum dispositivo, como cateteres, sondas, curativo, etc.);

7.4.2. Registrar a conduta tomada.

7.5. Acompanhamento de Procedimento Médico

7.5.1. Horário;

7.5.2. Descrever tipo de procedimento;

7.5.3. Nome do profissional médico que realizou o procedimento;

7.5.4. Local anatômico do procedimento;

7.5.5. Intercorrências;

7.5.6. Anotar número de tentativas;

7.5.7. Término do procedimento: anotar o horário, condições gerais e orientações feitas aos pacientes;

7.5.8. Caso seja colhido algum material e este encaminhado, anotar local (anatomopatológico, laboratório, etc).

7.6. Encaminhamento de Pacientes para Exames

7.6.1. Horário;

7.6.2. Local de encaminhamento (radiografia, tomografia, etc);

7.6.3. Condições gerais do paciente (alerta, sonolento, deambulando, de maca, com venóclise, com cateter, etc);

7.6.4. Intercorrências (sangramento, lipotimia, queixas álgicas); Retorno: horário, condições gerais dos pacientes.

7.7. Atendimento à PCR

7.7.1. Registrar o horário da detecção dos sinais de ausência de pulso (periférico e central), ausência de movimentos respiratórios e ausência de resposta verbal e motora;

7.7.2. Registrar sinais observados;

7.7.3. Anotar a conduta tomada. Ex: chamado o enfermeiro e o médico;

7.7.4. Registrar intervenções médicas e da enfermagem (compressão cardíaca, instalação de máscara, punção venosa, intubação, monitorização cardíaca);

7.7.5. Registrar as respostas das ações de enfermagem;

7.7.6. Condutas tomadas na transferência (se houver);

7.7.7. A anotação deve ser feita logo após o atendimento realizado, com todas as condutas e procedimentos realizados.

7.8. Óbito

7.8.1. Registrar o horário (horário que o médico diagnosticou o óbito). Ex: (horário) constatado óbito pelo Dr. (nome do médico);

7.8.2. Certificar com o médico se o óbito será atestado ou não, e se será encaminhado ao IML ou S.V.O.;

7.8.3. Anotar o preparo do corpo realizado (limpeza, tamponamento, colocação de próteses, curativo, vestimenta, identificação do corpo);

7.8.4. Anotar os pertences encaminhados juntamente com o corpo ou entregues a família;

7.8.5. Anotar o horário do encaminhamento do corpo ao necrotério, IML ou S.V.O;

7.8.6. Registrar se foi comunicado à família para o comparecimento no hospital com documentação do paciente. Nunca se deve comunicar à família sobre o óbito pelo telefone, quem deve relatar o ocorrido à família é o médico responsável pelo paciente.

7.9. Acidente/Incidentes

7.9.1. Horário;

7.9.2. Registrar as condutas tomadas (comunicado à chefia, solicitação de avaliação do médico);

7.9.3. Descrever o ocorrido;

7.9.4. Registrar o estado geral e as complicações do paciente após o acidente.

REGISTROS

Registro no prontuário e livros de relatório.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Quando não se realiza de imediato as anotações.

AÇÃO: Escrever logo que identificado a falta do mesmo. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos relatórios.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não Se aplica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCHER, E. et al. Procedimentos e protocolos. Coleção Práxis Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LIMA, E. X.; SANTOS, I.; SOUZA, E. R. M. Tecnologia e o cuidar de enfermagem em terapias renais substitutivas. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

ITO, E. E. et al. Manual de Anotação de Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

www2.ebserh.gov.br/documents/214604/617877/PROTOCOLO+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+QUEDAS+EM+CRIAN%C3%87AS.pdf/7899ddd6-20df-4239-b6cd-fedd37847b04.

http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP.pdf.

ANEXO

Não se aplica.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

10. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.12 Protocolo - POP.093.GE USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO

Regulamentar a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), visando proporcionar condições de trabalho mais seguras, evitar o risco de acidentes e proteger a saúde do trabalhador.

APLICAÇÃO

Todas as unidades.

DEFINIÇÕES

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI): são dispositivos ou produtos, de uso individual, a serem utilizados pelo empregado, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Todos os EPIs são obrigatoriamente registrados junto ao Ministério do Trabalho (MT), obtendo deste um Certificado de Aprovação (CA) e seu modelo deve constar no Anexo 1 da Norma Regulamentadora nº 06 (NR-6);

3.2 Produtos de Segurança para o Trabalho (PST): são outros equipamentos ou produtos, que também podem ser destinados à proteção do empregado e indispensáveis à execução de suas tarefas, porém, não estão listados no Anexo I da NR-06 e nem possuem CA, certificado de aprovação, emitido pelo MT.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Os profissionais da área de saúde deverão fazer uso de dispositivos ou produtos, de uso individual ou coletivo, destinado à proteção de riscos, suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

4.2 O profissional admitido será orientado pela unidade através da integração, onde o mesmo terá orientações do SESMT, SCIRAS, RH, NQSP, Resíduos e Departamento pessoal.

4.3 O profissional deverá receber os equipamentos adequados ao risco da unidade escalada e o uso é obrigatório.

4.4 O trabalhador que se acidentar na execução de suas atividades, independente do uso de EPI, deverá comunicar à sua chefia imediata para dar andamento no preenchimento da "Ficha de CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho" e receber atendimento médico,

seguindo os fluxos FLU.015.SESMT FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO e FLU.016.SESMT FLUXO DE ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS.

4.5 Os profissionais de saúde deverão usar sapatos fechados, impermeáveis e confortáveis segundo recomendação da NR 32.

4.7 Os trabalhadores não devem sair do local de trabalho usando EPI e, quando possuírem mais de um emprego, não devem usar EPI de uma empresa em outra.

4.8 A equipe de enfermagem deverá realizar limpeza e/ou desinfecção do seu EPI.

4.9 Higienizar as mãos antes e após as ações descritas acima, conforme PRO.010.NSP HIGIENIZACAO DAS MAOS.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1 Luvas Descartáveis;

5.2 Óculos de Proteção Individual;

5.3 Aventais Descartáveis;

5.4 Touca Descartável;

5.5 Sapato Fechado e Impermeável;

5.6 Máscara Descartável;

5.7 Capote/Avental de tecido ou descartável;

EPI

Os equipamentos de segurança usados nos serviços de enfermagem, de acordo com o agente são:

6.1 Risco biológico: luvas, óculos, aventais descartáveis, gorros. Em locais úmidos e com grande quantidade de material infectante: Centro Cirúrgico (CC), Central de Materiais e Esterilização (CME), Situações de limpeza ambiental e outros, usar também botas de borracha ou sapato fechado impermeável.

6.2 Risco químico: máscaras, óculos, luvas e aventais impermeáveis;

6.3 Risco radiológico: avental, protetor de tireoide e óculos plumbíferos, luvas e dosímetro individual.

RESPONSABILIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

QUANDO EXECUTAR

Sempre que prestar cuidado/assistência a um paciente em nossa unidade hospitalar.

REGISTROS

Não se aplica.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Se ocorrer acidente, mesmo com o uso do EPI ou porquê este se rompeu/danificou.

Ação: Comunicar Chefia imediata para iniciar protocolo de Acidente de Trabalho.

NC: Caso a instituição não ofereça EPI.

Ação: Encaminhar Comunicação Interna (CI) a DE .

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 06 – Equipamento de Identificação Individual - EPI. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1996.

ANEXO

Não se aplica.

10 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

11 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.13 Protocolo - POP.069.GE VISITA HOSPITALAR

OBJETIVO

Descrever o fluxo da visita hospitalar aos pacientes internados.

APLICAÇÃO

Neste processo estão envolvidos a recepção e a enfermagem.

DEFINIÇÕES

A internação hospitalar é um momento crítico para o paciente apresentando-se como um momento delicado em sua vida. A visita apresenta-se como a rede de apoio familiar e social do paciente durante sua hospitalização sendo seu meio de contato deste com a sociedade e o meio exterior.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Recepção

Receber o visitante, cumprimentando-o cordialmente.

Solicitar ao visitante um documento original com foto.

Fornecer crachá de identificação

Liberar visita apenas após confirmação do(a) enfermeiro(a) do setor.

Repassar ao visitante informativo com informações pertinentes às normas e rotinas do Hospital, tais como:

Falar sempre em voz baixa;

Evitar andar desnecessariamente nos corredores e evitar entrar em outras enfermarias;

Não usar trajes como minissaias, shorts, blusas curtas e/ou decotes;

Não usar excesso de adornos como brincos, pulseiras, colares e relógios;

Proibido mexer no soro dos pacientes e nos equipamentos hospitalares;

Proibido fumar nas dependências do hospital;

Proibido sentar ou deitar no leito do paciente;

Proibido oferecer alimentos ou bebidas ao paciente que não sejam fornecidas pelo serviço de nutrição;

O visitante deverá utilizar o crachá de identificação

Horário de visita

De acordo com formulário específico

Visita Espiritual a pedido do paciente ou familiar com documentação da entidade.

Indicar ao visitante acesso aos setores

Enfermagem

Autorizar a visita.

Recepcionar visitantes na entrada de cada setor

Orientar a higienização das mão antes e depois da visita

Oferecer EPI's conforme precaução do paciente

Orientar sobre normas e rotinas do setor

Acompanhar o visitante até o leito do paciente

Informações sobre o quadro clínico do paciente serão informadas apenas pelo médico plantonista

Solicitar a saída dos visitantes ao término da visita

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica

EPI

6.1 Touca;

6.2 Máscara;

6.3 Capote;

6.4 Luvas;

6.5 Disponibilizar caso precaução especial.

RESPONSABILIDADE

Recepcionistas e equipe de Enfermagem

QUANDO EXECUTAR

Horário de visita.

REGISTROS

Não se aplica

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Crianças menores de 14 anos; Visitantes não identificados; Agravo no quadro clínico do paciente

Ação: Não é permitido a entrada; Deverá procurar a recepção para providenciar identificação; Encerra-se a visita proporcionando conforto ao paciente.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

ANEXO

Não se aplica

4 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

5 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:

1.2.1.14 PRIORIZAÇÃO E CADASTRO DE PACIENTES NA RECEPÇÃO

1. OBJETIVO	
Garantir acesso seguro do paciente.	
2. REFERÊNCIA	
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Recepção do Pronto Socorro	Recepcionista, condutor e vigilante.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Sistema MV Soul Computador Impressora Ficha do paciente	
6. DEFINIÇÕES	
Acolhimento – ato de receber e incluir.	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Solicitar documento de identificação com foto e cartão SUS;	

Iniciar cadastro com o registro das informações do paciente (nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, estado civil, proveniência, profissão, raça/cor, "consome bebida alcoólica", "diabético", "fumante", "hipertenso", "sedentário" e "alergia". No campo de alergias registrar tipo de alergia em "Alergias" e em "Observações clínicas do paciente");

Gerar atendimento:

a) Clicar em ícone "novo" e opção "ambulatório";

b) Na tela "Dados de Atendimento Ambulatorial"; clicar em busca "Prontuário"; selecionar o nome do paciente, plano, tipo de serviço, especialidade, médico responsável, centro de custo de atendimento, caráter do atendimento, proveniência, responsável pelo paciente, cartão do SUS, regulação e transporte. Após clicar em SALVAR.

c) Após SALVAR os dados do cadastro e atendimento do paciente a ficha de atendimento é impressa na classificação de risco e a pulseira de identificação é impressa na recepção.

Colocar a pulseira no punho direito do paciente, exceto nos casos de pacientes de alta periculosidade (acompanhado por agente carcerário ou Polícia Miliar). Nestes casos, repassar a (s) pulseira (s) para o Enfermeiro Classificador para que o mesmo supervisione a colocação da pulseira pelo agente ou policial, e oriente o membro correto (punho direito), bem como também em casos de pacientes provenientes de veículos oficiais (SAMÚ, Corpo de bombeiros). Em casos de crianças (até 9 anos), a pulseira é colocada no membro da mãe ou responsável.

Informar ao paciente ou seu responsável da finalidade e motivo da colocação da pulseira.

Orientar o paciente para aguardar chamada para atendimento na classificação de risco na recepção.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Na ausência de documento de identificação com foto, perguntar ao paciente sua data de nascimento para localização de possível cadastro prévio, sendo localizado, confirmar os seguintes dados: nome da mãe e endereço, após confirmação correta utilizar cadastro já existente, caso não seja localizado proceder o registro como "não informado" ou "não identificado";

A certidão de nascimento será aceita para os casos de crianças;

Nos casos que não tiver cartão SUS, será permitido o cadastro e orientado a trazer na próxima consulta bem como orientado a providenciar junto à Secretaria de Saúde do município.

CASOS PRIORITÁRIOS PARA ACOLHIMENTOS NA RECEPÇÃO:

SINAIS DE ALERTA				
Dor torácica (Dor no peito)	Palidez cutânea	Desmaio	Vômitos	Tontura
Dificuldade na fala	Respiração ofegante e/ou falta de ar	Ferimento com sangramento ativo	Gestante com dor abdominal, perda de líquido e/ou sangramento	Manifestação verbal de: -Dor; -Febre alta; (especialm em crianças até 9 anos) -Hipertensão (Pressão A

8. INDICADORES

Tempo de espera para classificação de risco (Tempo decorrido entre o cadastro na recepção e a classificação de risco).

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.1.15 SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. OBJETIVO	
Organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem; Orientar o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional; Promover ambiente seguro e terapêutico; Estimular a participação ativa do acompanhante/familiar; Cumprimento da resolução COFEN 358/2009 -Art. 1º.	
2. REFERÊNCIA	
Resolução do COFEN Nº 358/2009, disponível em:http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html;	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES

Clínica médica, cirúrgica e obstétrica, Pronto Socorro, Centro Cirúrgico e Unidade de Recuperação Pós Anestésica.	Coordenador de Enfermagem, Supervisor de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Formulário específico de cada setor;

Rede local de computadores – INTRANET;

Equipamentos para avaliação dos SSVV - Sinais Vitais.

Sistema - Wareline

6. DEFINIÇÕES

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SSVV – Sinais Vitais.

Etapas da SAE:

Histórico de Enfermagem (anamnese e exame físico):

Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Diagnóstico de Enfermagem:

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Planejamento.

Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Implementação de Enfermagem/Prescrição de Enfermagem

Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem, concretização do plano assistêncial.

Avaliação/Evolução de Enfermagem:

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro (Na admissão do paciente):

Realizar a higienização das mãos;

Deslocar-se ao leito do paciente;

Realizar sua identificação como enfermeiro;

Chamar o paciente pelo nome, identificando-o pela pulseira;

Buscar aproximar a relação enfermeiro/paciente, integrando-o à unidade e fomentando a confiança em relação à equipe e a terapêutica;

Realizar o preenchimento do formulário da SAE disponível para impressão na INTRANET (Anexos);

Na "escala de Mews" inserida no formulário da SAE, realizar avaliação dos SSVV na admissão do paciente, primeira linha, aprazar próximo horário, que será realizado em sequência pela equipe técnica de Enfermagem;

Avaliar as condições clínicas do paciente conforme etapas do processo de Enfermagem.

Supervisionar equipe técnica de enfermagem quanto aos cuidados realizados e preenchimento da "escala de Mews";

Observar condições gerais do paciente e do ambiente do quarto;

Anotar alterações e intercorrências encontradas;

Realizar última etapa do processo, Evolução de Enfermagem no PEP – WARELINE, imprimir, carimbar e anexá-la junto ao Formulário manual e inserir no Prontuário do paciente.

A partir daí realizar a Evolução de Enfermagem a cada 24 horas ou sempre que houver intercorrências e ou procedimentos realizados no paciente. Técnico de Enfermagem: 1. Na "escala de Mews" inserida no formulário da SAE, realizar avaliação dos SSVV no horário aprazado inicialmente pelo Enfermeiro na Admissão do paciente, bem como nos horários aprazados em sequência; 2. Realizar evolução técnica de Enfermagem no PEP – WARELINE, conforme periodicidade estabelecida na Escala de Mews (6/6h, 4/4h, 2/2h, 1/1h.)
8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
Realizar avaliação do paciente e preenchimento da SAE em tempo hábil no momento em que o paciente for admitido.
9. INDICADORES
Não se aplica.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Não se aplica.

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão
01	Alterações nas fichas da SAE em anexo	

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.2 CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO	
Garantir que o Carrinho de Emergência esteja com todos os equipamentos, insumos e medicamentos para o pronto uso durante uma emergência.	
2. REFERÊNCIA	
Orientações do fabricante do Desfibrilador (PHILIPS) contido no próprio equipamento.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos os setores que possuem Carrinho de Emergência: Sala de Emergência, Centro Cirúrgico e Clínica Médica/Cirúrgica.	Conferência diária: Enfermeiro Reposição: Enfermeiro e Médico. Conferência mensal: Farmacêutico e Enfermeiro.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	

Check list de conferência do Carrinho de Emergência;

Caneta;

Sistema MV Soul, para prescrição de medicamentos e insumos de reposição;

Carrinho de Emergência composto por: desfibrilador, lâminas/laringoscópio, prancha rígida, bala de oxigênio (pp 1m3 1000lt) e monitor multiparâmetro (Clínica Médica);

6. DEFINIÇÕES

Carrinho de Emergência: equipamento utilizado em situações de socorro imediato.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferência diária: Enfermeiro

Lavar as mãos;

Dirigir-se ao local, posicionar de frente para o Carrinho de Emergência e realizar a conferência do Carrinho e dos equipamentos, conforme definido por check-list e, caso necessário, realizar os procedimentos para regularização. Itens para serem conferidos:

Carrinho de Emergência: deve estar conectado à tomada de energia elétrica da parede e lacrado. Conferir e anotar o número do lacre.

Prancha Rígida: localizada na lateral esquerda do Carrinho de Emergência.

Bala de oxigênio: localizada na lateral direita do Carrinho de Emergência. Abrir a válvula e evidenciar carga mínima de 100 Libras. Se a carga estiver abaixo de 100 Libras, abrir Ordem de Serviço para a manutenção realizar a troca da bala (RAMAL 318).

Monitor: o monitor multiparâmetro deve estar conectado à tomada elétrica do Carrinho de Emergência, teste: ligar e desligar.

Desfibrilador: Verificar se o cabo de energia está conectado à tomada elétrica do Carrinho de Emergência. Realizar o teste de funcionamento seguindo a ordem:

Certifique-se que haja papel suficiente na bobina interna;

Desligue o cabo de energia e verifique o acionamento de bateria;

Ligar o equipamento (Manuela Lig) girando a o botão nº 1;

Escolher opção de desfibrilação (colocar carga de 10 J);

Selecionar o botão nº 2, ativar carga;

Esperar sinal sonoro de um bip contínuo;

Apertar os dois botões das placas simultaneamente e então o choque será disparado;

Aguardar a impressão do comprovante de "teste aprovado" (Anexo I);

Voltar o botão nº 1 para posição Desligado e conectar o cabo de energia no carrinho novamente.

Laringoscópio: o kit de laringoscópio é composto por 12 lâminas (retas e curvas) dos tamanhos de 0 a 5. Deve-se conectar lâmina por lâmina no cabo do laringoscópio (adulto e infantil), e testar o funcionamento das lâmpadas. Luz fraca é indicativo de pilha fraca e então deve solicitar novas pilhas ao almoxarifado e realizar a troca. As lâminas devem ser limpas com álcool 70% e gaze, diariamente.

Preencher o check list conforme resultados da conferência e assinar.

Importante: se evidenciar falha no equipamento, o check-list deve ser preenchido identificando o equipamento com falha. Após o reparo, o check-list deve ser refeito.

2. Reposição do Carrinho: Enfermeiros e Médicos

Médico

Realizar a prescrição dos medicamentos utilizados na emergência, incluindo o preenchimento do formulário de solicitação de medicamentos psicotrópicos (controlados), se utilizados.

Enfermeiro

Reunir os formulários preenchidos pelo médico;

Solicitar os medicamentos, insumos e lacre à farmácia;

Solicitar materiais reprocessados à CME, e ou insumos na farmácia, quando for o caso;

Reabastecer o Carrinho de Emergência.

Após reposição, lacrar e conferir novamente o carrinho, conforme Item 1 deste procedimento.

3. Conferência mensal do carrinho – Farmacêutico e Enfermeiro

Farmacêutico

Uma vez por mês, o Carrinho de Emergência é aberto e conferido pelo Farmacêutico, conforme POP.FARM.024, da Farmácia.

Enfermeiro

Realizar uma vez por mês a conferência do carrinho, preenchendo o check list mensal da Enfermagem.

Conferir o número dos lacres que foram rompidos;

Assinar e carimbar o check list de conferência mensal .

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

A conferência diária (externa) do Carrinho de Emergência, deve ser realizada no início de cada plantão, pelo Enfermeiro.

Materiais de reúso que foram utilizados durante uma emergência deverão ser encaminhados para o reprocessamento CME e substituídos ou repostos tão logo quanto possível.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Check list de conferência do Carrinho de Emergência (Anexo II).

1.2.2.1 ORIENTAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS NA ALTA HOSPITALAR

1. OBJETIVO	
Descrever orientações de alta multiprofissional aos pacientes e acompanhantes, em relação aos cuidados em sua residência bem como intervenções relacionadas a internação social.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínicas médica, cirúrgica e obstétrica.	Enfermeiros, Assistência Nutricional, Fisioterapeuta, Psicólogo(a), Serviço Social e Médicos.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
Não se aplica.	
6. DEFINIÇÕES	
-Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em casa. **-Equipe Multiprofissional é a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado.**	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR:	

Orientar os pacientes e acompanhantes em relação aos cuidados nas suas residências sobre as sondas nasogástricas (SNG), curativos (ferida operatória, coto umbilical) e sinais de alerta.

Orientações sobre Sonda Vesical de Demora (SVD):

Manter a sonda e o saco coletor limpos:

Para manter a sonda vesical limpa e sem cristais de urina, que podem obstruir a sonda ou provocar infecção, deve-se:

Evitar puxar ou empurrar a sonda vesical, pois pode provocar feridas na bexiga e na uretra;

Lavar com a água e sabão o tubo da sonda vesical 3 vezes por dia, para evitar que bactérias contaminem a sonda;

Ir ao hospital ou unidade de saúde para trocar a sonda vesical de 3 em 3 meses, no caso de ser de silicone, ou de 10 em 10 dias se for de látex;

Não levantar o saco coletor acima do nível da bexiga, mantendo-o pendurado na beira da cama ao dormir, por exemplo, para a urina não entrar na bexiga novamente;

Nunca colocar o saco coletor no chão, transportando-o sempre que for preciso dentro de uma sacola de plástico ou amarrado na perna, para evitar que as bactérias do chão contaminem a sonda;

Esvaziar o saco coletor da sonda sempre que estiver com metade da sua capacidade preenchida de urina.

Além destes cuidados com a sonda vesical de demora é importante secar bem o saco coletor e a sonda depois do banho. Porém, caso o saco coletor se separe da sonda no banho ou em outro momento, é importante jogá-lo no lixo e substituí-lo por um saco coletor novo e esterilizado.

Sinais de alerta para ir ao médico:

Alguns sinais que indicam que se deve ir imediatamente ao hospital ou pronto socorro, para trocar a sonda e fazer exames, são:

Sangue dentro do saco coletor da sonda vesical;

Urina vazando fora da sonda;

Febre acima de 38º C e calafrios.

Dor na bexiga.

Em alguns casos é normal que o paciente tenha vontade de fazer xixi e esse desconforto pode ser percebido como dor forte na bexiga, que deve ser referida para o médico para prescrever medicação adequada, aumentando o conforto do paciente.

Orientações sobre Sonda Nasoenteral (SNE), Sonda Nasogástrica (SNG):

Manuseio da sonda – cuidados com retrações, pois pode ser deslocada do posicionamento correto. Exemplo: durante o sono, banho, mudança de decúbito ou pelo próprio paciente.

Limpeza/Higiene/Fixação – Após banho secá-la e trocar a fixação (Nasogástrica, Nasoentérica) da face, devendo estar sempre limpa e seca, evitando o desconforto para o paciente, odores desagradáveis, higienizar as narinas do paciente e tomar cuidado para não tracionar a asa nasal ao fixar a sonda, causando lesões. Às vezes se faz necessário restringir as mãos do paciente com luvas sem os dedos, para impedi-lo de retirar a sonda, como pode ocorrer com doentes com demências, agitação motora, quadros de confusão mental, etc.

Administração de dieta, infusões de líquidos e medicamentos – posicionar o paciente sentado e ou, sendo acamado, manter cabeceira elevada por no mínimo 30 graus, (diminuindo riscos de aspirações de dieta, refluxos gástricos), e não deitar o paciente logo após ingesta alimentar e hídrica, lavar a sonda com água filtrada após administração de dietas (1 -2 seringas de 20 ml), medicamentos, mantendo sua permeabilidade, evitando obstruções por resíduos alimentares. Havendo obstruções, pode se realizar manobras para desobstrução, infiltrando água morna (ideal com seringa de 50 ml).

Observação e detecção de anormalidades – obstrução, vazamentos, quebras dos conectores das extremidades proximais, Se (gastrostomia) proteger a pele se houver contato com conteúdo gástrico, para evitar formação de lesões, inflamações, infecções.

Tempo de troca – determinado pelo protocolo do serviço de acompanhamento do paciente.

Complicações com o uso da sonda:

1. Infusões rápidas – levam a quadros de distensão abdominal, diarreias, vômitos.

2. Refluxos gástricos e pneumonias aspirativas – podem ser observada pelos familiares na presença de agitação, tosse, dispneia, cianose de face. (idosos acamados, sequelados, afásicos, com reflexos diminuídos).

3. Quadros de constipação intestinal, flatulências – necessitando readequação nutricional, sendo de grande importância aos familiares e cuidadores, observarem a presença de eliminações fisiológicas (volume, quantidade, aspecto, consistência, etc.).

4. Vale reforçar, que, o paciente no domicílio, deve ser acompanhado sempre por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, cabendo a nutricionista, definir a terapia nutricional mais indicada, também avaliando e acompanhando os resultados e adequando as alterações necessárias a cada paciente, levando em conta seu histórico alimentar, histórico de doenças, tipos de sonda, etc. Orientandos também, familiares e cuidadores.

Orientações sobre Curativos:

FERIDAS OPERATÓRIAS

1. Manter a ferida operatória sempre limpa e protegida de secreções, animais, poeira, água suja e demais substâncias não conhecidas que podem levar a infecção do local;

2. Curativo deve sempre ser feito após o banho. No banho, lavar a ferida operatória com água corrente e sabonete, com leve fricção sobre a ferida. O curativo deve ser feito com soro fisiológico (limpando levemente a ferida com gaze umedecida em soro fisiológico) e depois cobrir com gaze seca e limpa. Não aplicar pomadas ou outras substâncias, somente se orientação do seu médico. OBS: Não devem ser molhados os curativos com gesso; e os curativos pós enxerto de pele (aquele curativo tipo "pacotinho"). Estes permanecerão fechados até o retorno;

3.Esforços devem ser evitados por aproximadamente 90 dias, pois este é o tempo, em geral, para uma cicatriz cirurgia reparar totalmente.

4.Não é necessário tomar antibióticos. Tomar somente se tiver orientação do médico que realizou a cirurgia.

5.Medicamentos para a dor leve serão prescritos. Caso tiver dor mais intensa, seu médico deve ser comunicado imediatamente.

6. Em caso de febre, procurar o médico para uma avaliação. Não tomar antibióticos enquanto não for avaliado pelo seu médico.

7. Os pontos vão ser retirados em um período de 7 a 12 dias, dependendo do local operado. Essa retirada de pontos será realizada no retorno pós-operatório, previamente agendado. Caso isto não tenha se realizado, entrar em contato para marcar uma consulta. Não retirar os pontos em outro local, somente no designado pelo seu médico, pois ele vai avaliar a necessidade de retirada ou não dos pontos.

8. Secreção, inflamação e demais alterações: deve-se procurar seu médico para uma avaliação.

COTO UMBILICAL:

Higienização das mãos antes da realização do curativo

Usar cotonete umedecido em álcool a 70% e lembre-se de que é a base do umbigo, junto ao corpo, que deve ser mantida limpa.

Para proteger o coto, após a limpeza, enrole a uma gaze ao seu redor.

Nunca puxe o couto umbilical. Deixe que ele se desprenda sozinho. Desde o início, o bebê pode tomar seus banhos diários sem nenhuma proteção especial do couto umbilical. Caso o coto seja molhado durante a higiene, seque-o suavemente com um pano ou toalha limpos.

ORIENTAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR NUTRICIONAL

As orientações de altas nutricionais são realizadas de acordo com o diagnostico nutricional estabelecido de cada paciente, respeitando suas diversas condições clínicas e patológicas, assim, realizando orientações por escritos de acordo com as mesmas:

Dieta por via oral

Orientações nutricionais alimentares de acordo com patologias pré existentes e/ou histórico de internação (diabetes, hipertensão, obesidade, ganho de peso, cirrose hepática) e consistência alimentar tolerada (livre, branda, pastosa, liquida).

Dieta por Via oral para Lactantes:

Entregue as pacientes orientações de alta nutricional por escrito contendo informações sobre a importância da amamentação saudável.

Dieta por Sonda Nasoenteral-SNE

Relatório de alta nutricional;

Receituário de aquisição de sonda;

Orientações sobre os cuidados com a dieta por SNE;

Receita de dieta artesanal conforme necessidade calórica/proteica.

Dieta por Gastrostomia-GTT / Jejunostomia-JTT

Relatório de alta nutricional;

Receituário de aquisição de sonda;

Orientações sobre os cuidados com a dieta por GTT/JTT;

Receita de dieta artesanal conforme necessidade calórica/proteica.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DA FISIOTERAPIA

As orientações de alta da fisioterapia são realizadas de acordo com altas médicas, precisando ou não dar continuidade no tratamento em outras unidades de saúde. São realizadas de acordo com a patologia do paciente, sendo orientado quanto à fisioterapia motora, respiratória ou ambas. Faz-se necessário orientar o paciente e acompanhante.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DA PSICÓLOGA

As orientações serão somente para pacientes que necessitam de um tratamento contínuo após alta:

Retorno a consultas semanais com a psicólogo(a);

Encaminhamentos para outros profissionais (psiquiatria);

Orientação aos familiares ou cuidadores sobre sinais de alerta (choros excessivo, ausência do alto cuidado, falta de apetite, insônia.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DO SERVIÇO SOCIAL

As orientações sociais são pertinentes a cada caso de acordo com a demanda apresentada pelo paciente e/ou familiar e que possa vir a interferir na recuperação ou manutenção do seu estado de saúde após a alta médica como:

Tratamento fora do domicílio ou especializado;

Como conseguir o medicamento de alto custo;

Orientação para tratamento da patologia de base;

Orientação para órgãos específicos para resolução de demandas como CRAS, CREAS, CAP's, etc.;

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Orientações quanto ao acompanhamento médico adequado com o especialista ou clínico;

Cuidados gerais (mudanças de decúbito no leito, risco de bronco aspiração, quantidade de dieta, sinais de alerta, riscos de piora do quadro clínico.

Importância dos cuidados e trocas de sondas

Uso correto e importância das medicações

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Contemplação de todos os profissionais no momento da ALTA.

9. INDICADORES

Não se aplica

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Específicos de cada área no WARELINE.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.2.2 TRANSFERÊNCIAS INTERNAS

1. OBJETIVO	
Normatizar a transferência interna dos pacientes no UNIDADE DE SAÚDE, garantindo a continuidade do atendimento.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínicas Médica e Cirúrgica/Obstétrica, Pronto Socorro e Centro Cirúrgico.	Médicos, Equipe de Enfermagem e Condutor de Maca.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	
- Maca e cadeiras de rodas. - Sistema MV Soul.	

- SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.

6. DEFINIÇÕES

NIR – Núcleo Interno de Regulação: setor que tem a finalidade de gerenciar os leitos institucionais, para que sejam ocupados de maneira eficiente, controlada e ágil.

AIH – Autorização de Internação Hospitalar: é um documento que contém os procedimentos médico-hospitalares a serem realizados, bem como os materiais que devem ser utilizados, os profissionais de saúde envolvidos e a estrutura de hotelaria, para efeito de pagamento pelos serviços prestados.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro do setor de origem deverá:

Confirmar arrumação do leito no setor de origem;

Solicitar ao condutor de macas para realizar o transporte;

Registrar a transferência e horário da mesma na evolução de Enfermagem no Wareline;

Encaminhar o prontuário impresso completo a unidade de destino do paciente.

Enfermeiro do setor de destino:

Apresentar-se ao paciente no leito, realizar o Processo de Enfermagem – SAE, à beira leito, realizar a primeira coleta dos sinais vitais, conforme Escala de Mews, aprazando o próximo horário que será realizado pelo técnico de Enfermagem.

Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

Realizar a transferência e ou admissão do paciente no Wareline, imprimindo identificadores de leito, prancheta e gaveta;

Encaminhar o prontuário impresso completo a unidade de destino do paciente.

Solicitar ao condutor de macas o transporte apresentando a ele o paciente que deverá ser transportado.

Condutor de Macas:

Transportar o paciente em cadeira de rodas ou Maca até o leito de destino. Se for em maca, transportar com grades SEMPRE erguidas;

Caso o paciente necessite de suporte de O2 (oxigênio), pegar o cilindro na rede de gazes da unidade, NÃO utilizar o cilindro dos Carrinhos de emergência.

Nos pacientes provenientes do Centro Cirúrgico, o condutor deve realizar com segurança a transferência do paciente da maca do centro cirúrgico para a maca externa e encaminhá-lo à Enfermaria, auxilian na transferência do paciente da maca para a cama. Técnico de Enfermagem do setor de origem: Preparar o paciente para o transporte; Caso o paciente necessite de suporte de O2 (oxigênio), acompanhar o paciente no transporte até o local de destino. Nos pacientes provenientes do Centro Cirúrgico, o Técnico de Enfermagem do setor solicita ao condutor de macas a transferência do Centro Cirúrgico para a Enfermaria. Auxiliar na transferência do paciente da maca para a cama ou vice - versa. Técnicos de Enfermagem do setor de destino: Auxiliar na transferência do paciente da maca para a cama ou vice - versa. Apresentar-se, receber e acomodar o paciente no leito; Conferir a pulseira de identificação no membro superior direito; Seguir com o preenchimento da Escala de Mews (Inserida na SAE) de acordo com o horário aprazado pelo Enfermeiro, e executar a prescrição de Enfermagem e realizar a evolução de enfermagem no Wareline.
7.1. Tarefas Criticas/Especiais
Não se aplica
8. INDICADORES
Não se aplica
9. DOCUMENTOS DE APOIO
Não se aplica

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.2.3 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR(IM)

1. OBJETIVO

Preparar e administrar medicamentos por via intramuscular de forma segura garantindo técnica correta e adequada, proporcionando a segurança do profissional, paciente e a eficácia dos fármacos.

2. REFERÊNCIA

FIGUEIREDO, A.E.P.L. O papel da enfermagem na administração do ferro por via parenteral. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Rio de Janeiro, v. 32, n. p. 129-13, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop68010.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

FORTES, ALBA VALERIA SALES ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM [manuscrito] / ALBA VALERIA SALES FORTES. - 2017. 73 f.: il. disponível em :https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6832/5/Disserta%C3

%A7%C3%A3o%20-%20Alba%20Val%C3%A9ria%20Sales%20Fortes%20-%202017.pdf	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Aos pacientes com prescrição médica de medicamento por via intramuscular.	Enfermeiros, técnicos de enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Bandeja;

Etiqueta de identificação;

Luvas de procedimentos;

Seringa (conforme volume a ser injetado);

Agulha (calibre compatível com a massa muscular do paciente e solubilidade do líquido a ser injetado);

Medicamento prescrito;

Algodão;

Álcool a 70 %;

Recipiente apropriado para descarte de resíduo pérfuro cortante.

6. DEFINIÇÕES

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir a identificação do paciente na pulseira de identificação;

Conferir as possíveis alergias medicamentosas do paciente;

Checar atentamente a prescrição;

Conferir os 9 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa, riscos profissionais e ao paciente;

Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento e possíveis eventos adversos;

Preparar o medicamento no momento imediato à administração;

Higienizar as mãos;

Separar o medicamento e o material necessário;

Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;

Higienizar as mãos;

Fazer a desinfecção do frasco ou ampola com algodão umedecido em álcool a 70%;

Preparar medicação conforme prescrição médica;

Trocar a agulha utilizada no preparo do medicamento por outra estéril;

Retirar o ar da seringa/agulha;

Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa (cole a etiqueta de identificação);

Reunir o material a ser utilizado na bandeja;

Higienizar as mãos;

Escolher o local da administração do fármaco conforme volume, tipo de medicação e massa muscular;

Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento e expor a área de aplicação;

Calçar as luvas de procedimento;

Fazer antissepsia da pele do paciente com algodão embebido em álcool a 70% fazendo pelo menos cinco movimentos em um mesmo sentido por 15 segundos;

Caso sejam indicadas injeções sequenciais, revezar a musculatura conforme o volume e medicamento administrado;

Retire a proteção a agulha e segure a seringa na mão dominante, entre o polegar e o indicador;

Fazer uma prega no local selecionado (ou usar a técnica em Z);

Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo (90º em relação ao músculo) e solte a prega;

Aspirar o êmbolo da seringa para garantir que a agulha não está inserida dentro de um vaso sanguíneo, se houver retorno de sangue, retirar a agulha, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento aplicando em outro local;

Injetar o fármaco lentamente;

Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;

Fazer leve compressão no local;

Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (atentando para não desconectar a agulha da seringa e não reencapá-la);

Manter o paciente confortável, deixando o ambiente de trabalho organizado;

Retirar a luva de procedimento desprezando-a em lixeira apropriada;

Higienizar as mãos;

Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool 70%;

Registrar o procedimento realizado na prescrição médica (checar o horário da administração);

Assinar e carimbar o registro;

Comunicar ao Enfermeiro Supervisor possível ocorrência de anormalidades;

Registrar na anotação de Enfermagem quaisquer intercorrências.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Não se aplica.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Guia de diluição de fármacos injetáveis (INTRANET-Farmácia);

POP.SCIH.004 Higienização das mãos (INTRANET – CCIH).

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.2.4 ALTA DAS ENFERMARIAS

1. OBJETIVO	
Normatizar as Altas dos pacientes das clínicas Médica, Cirúrgica e Obstétrica.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Enfermarias	Diretores, Coordenadores, Supervisores, Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, Condutores de Macas e Porterios/Vigilantes.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS
Maca, Cadeira de Rodas, tesoura sem pontas.
6. DEFINIÇÕES
Assegurar que o procedimento de Alta Hospitalar seja executado conforme descrito nesse POP.
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
Ao médico diarista, assistente ou plantonista compete: Prescrever a Alta Médica ou hospitalar; Descrever na evolução do paciente a Alta colocando horário e data; Emitir o relatório de Alta; Realizar o contra referenciamento, caso necessário (unidades de atenção básica, ambulatórios específicos ou outros); Comunicar familiares e acompanhantes a Alta e orientá-los sobre o estado clínico do paciente; Comunicar ao Enfermeiro a Alta. Ao Enfermeiro(a) Compete: Descrever na Evolução de Enfermagem a data e horário da Alta; Organizar o prontuário e checar se foi prescrito a Alta; Conferir o prontuário se as medicações prescritas estão devidamente checadas; Comunicar ao setor de Farmácia e de Nutrição a Alta do paciente; Concluir a SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem (Alta/transferência/óbito) com data e horário; Entregar ao paciente e ou acompanhante uma via dos exames realizados na unidade colhendo assinatura do protocolo de Entrega de Exames disponibilizado no Intranet. Após preenchimento do impresso de Alta Hospitalar, solicitar o profissional condutor de macas para encaminhar o paciente até a recepção da unidade;

Encaminhar o prontuário ao Faturamento. Ao Técnico(a) de Enfermagem Compete: Retirar acesso venoso do paciente se houver e orientá-lo e ou auxiliá-lo na troca de roupa; Conferir os Kit de medicação do paciente, preenchendo no formulário inserido no kit, o que não foi utilizado e fazer devolução na Farmácia; Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR): 1. Registrar a Alta do paciente no sistema; Condutor de Macas Compete: Realizar limpeza e desinfecção da maca, antes e após o transporte do paciente; Encaminhar paciente até a portaria em maca ou cadeira de rodas; Entregar o impresso de Alta Hospitalar ao enfermeiro do NIR. Porteiro/Vigilante da Recepção: Retirar a pulseira do membro do paciente com tesoura sem ponta.
7.7. Tarefas Criticas/Especiais
Conferência DIARIAMENTE
8. INDICADORES
Não se aplica
9. DOCUMENTOS DE APOIO
Impresso de Alta Hospitalar.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.2.5 HEMOTRANSFUSÃO

1. OBJETIVO	
Normatizar a Hemotransfusão de pacientes nas unidades de internação e Pronto Socorro desta unidade, e apresentar as boas práticas para a administração segura, manejo e transporte dos Hemoderivados.	
2. REFERÊNCIA	
MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 158, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Unidades de Internação e Pronto Socorro.	Equipe de enfermagem, Laboratório e Médicos.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS
Prontuário impresso, Prescrição médica.
6. DEFINIÇÕES
É a transferência de um hemocomponente ou hemoderivado de um indivíduo (doador) a outro (receptor). O incidente transfusional é qualquer intercorrência ou evento adverso que ocorra como consequência à hemotransfusão durante ou após sua administração. PEP – Prontuário Eletrônico de Paciente; WARELINE – software hospitalar. INTRANET - rede local de computadores, circunscrita aos limites internos de uma instituição, na qual são utilizados os mesmos programas e protocolos de comunicação empregados na Internet.
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
I. Médico Solicitante. 1. Indicar a Hemotransfusão; 2. Comunicar ao paciente que irá ser transfundido sobre a necessidade e importância; 3. Orientar o paciente, responsável ou representante legal e colher assinatura no Termo de Consentimento Esclarecido para realização de Hemotransfusão (anexo I) disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional" 4. Descrever no prontuário do paciente (PEP-Wareline), as orientações dadas ao mesm 5. Preencher integralmente, com letra legível e sem rasuras o formulário de solicitação de Hemocomponentes especifico do Hemocentro Go(anexo II) disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional", em 3 (três vias), carimbar e assinar; 6. Prescrever a Hemotransfusão e a solicitação de exame laboratorial (Grupo sanguíneo e hemograma) no PEP-Wareline; 7. Entregar para o Enfermeiro (a) responsável pelo setor; II. Enfermeiro do setor de Origem. 1. Receber a solicitação de Hemocomponentes em 3 (três) vias, e os pedidos de exames; 2. Observar na solicitação a classificação de transfusão quanto ao grau de urgência; 3. Conferir a prescrição médica impressa da Hemotransfusão;

4. Solicitar ao Laboratório (Ramal 309) a coleta;

5. Comunicar ao supervisor administrativo (Ramal 306) a necessidade de busca do Hemocomponente do HEMOCENTRO-GO e solicitar ao mesmo a caixa de transporte;

6. Dirigir-se à farmácia e solicitar gelo reutilizável (gelox) para preparo da caixa;

7. Receber do Laboratório os resultados de exames acompanhado da amostra de sangue em tubo de ensaio;

8. Preparar a caixa de transporte com 2 (duas) vias da solicitação de Hemocomponentes, amostra de sangue, gelox e planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes para controle de temperatura (anexo III), conforme recomendações na planilha de condições para transporte de Hemocomponentes (Anexo IV), disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional";

9. Guardar a terceira via da solicitação de hemocomponente em pasta localizada no setor para controle interno da unidade;

10. Entregar a caixa preparada ao supervisor administrativo;

11. Receber a caixa do Supervisor administrativo após busca do hemocomponente no HEMOCENTRO GO e conferir material solicitado e controle de temperatura da planilha;

12. Conferir os dados da bolsa do hemocomponente, que é acompanhada de um cartão de Identificação do Receptor preso à bolsa de sangue, o qual deverá ser mantido até o final da transfusão;

13. Contatar imediatamente o HEMOCENTRO GO (3201-4568 / 3201-4569) em casos de discrepância, e NÃO iniciar a transfusão;

14. Certificar-se de que a bolsa em questão destina-se realmente ao paciente e que todas as informações estão em conformidades;

15. Orientar os profissionais Técnicos de Enfermagem sobre Hemotransfusão;

16. Verificar Imediatamente antes da transfusão, com muita atenção a identificação do receptor, conferir pulseira de identificação, e certificar que o paciente é o mesmo que receberá a Hemotransfusão, perguntando-lhe seu nome completo, e data de nascimento, se não for possível, conferir com a identificação no leito e na pulseira;

17. Conferir a identificação do receptor que consta na bolsa com a identificação do paciente;

18. Anotar na prescrição: Conferido e instalado, carimbar a prescrição e o relatório de enfermagem, com os dados contidos no carimbo (data, horário de início da infusão, número da bolsa instalada, volume da tipagem sanguínea, hora de final da infusão);

19. Verificar se a bolsa a ser transfundida encontra-se em temperatura ambiente antes de instalar a transfusão, recomenda-se que o hemocomponente permaneça entre 20°C. e 24°C, por 30 minutos antes da transfusão, as demais bolsas deverão ficar armazenadas na caixa

na temperatura (+2ºC a + 4ºC) até que sejam utilizadas, exceto concentrado de plaquetas, que deverão permanecer entre 20ºC e 24ºC;

20. Cuidar para não violar a bolsa e sua identificação, o sistema deverá permanecer integro até o término da transfusão;

21. Orientar a equipe técnica que é terminantemente proibida a adição de quaisquer substâncias ou medicamentos aos Hemocomponentes, se for necessário administrar alguma medicação tem que ser feito em acesso venoso diferente;

22. Verificar Sinais Vitais, antes, durante e após a transfusão, e registrar no formulário de Acompanhamento Transfusional (Anexo V), disponível na intranet, módulo "Comitê Transfusional";;

23. Permanecer junto ao paciente durante os primeiros 10 minutos, observá-lo durante todo o período da transfusão;

24. Observar o paciente com maior rigor se ele já tiver história de qualquer tipo de reação a transfusão de algum hemocomponente;

25. Anotar no prontuário do paciente, (data, hora de início da infusão, número da bolsa instalada, volume, tipagem sanguínea, hora de final da infusão), isso para garantir a rastreabilidade dos hemocomponentes infundidos;

26. Anotar todos esses dados também no livro de Hemotransfusão, (data, hora de início da infusão, número da bolsa instalada, volume, tipagem sanguínea, hora de final da infusão, nome do profissional que instalou a bolsa de hemocomponentes),

27. Comunicar ao médico assistente, nos casos de eventos adversos e suspender imediatamente a transfusão, entrar em contato com o HEMOCENTRO GO (3201-4568 / 3201-4569), e registrar em prontuário;

28. Observar o período de infusão que não deverá exceder de 4 horas. Quando este período for ultrapassado a transfusão deve ser interrompida e a unidade descartada;

MANEJO DOS HEMOCOMPONENTES:

29. Usar EPI´s, no preparo da bolsa para a infusão;

30. Realizar lavagem das mãos antes de iniciar a infusão e após o término da infusão;

31. Puncionar novo acesso calibroso para infusão do hemocomponente;

III. Supervisor administrativo

1. Receber a caixa preparada do Enfermeiro;

2. Contactar o HEMOCENTRO GO (3201-4568/69) informando a quantidade de Hemocomponente solicitado e receber confirmação para busca conforme estoque;

3. Preencher os dados solicitados na planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes; 4. Entregar a caixa para o motorista e liberar transporte para busca do hemocomponente; 5. Receber a caixa do motorista na volta do HEMOCENTRO GO anotando os dados solicitados na planilha de movimentação da caixa dos hemocomponentes; 6. Entregar a caixa ao Enfermeiro (a) responsável;
8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
Controle de temperatura da caixa de transporte de Hemocomponentes. Qualificação Anual da caixa de transporte de Hemocomponentes.
9. INDICADORES
Percentual de hemocomponentes infundidos.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.2.6 MEDICAMENTOS MULTIDOSES

1. OBJETIVO	
Realizar controle dos medicamentos multidoses com identificação da data de abertura, validade e assinatura do profissional.	
2. REFERÊNCIA	
Não se aplica.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica e Pronto Socorro.	Equipe de Enfermagem, Equipe médica e Farmácia.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
Etiquetas adesivas.	
6. DEFINIÇÕES	
CME – Central de Materiais e Esterilização. Medicamentos Multidoses: São todos os medicamentos que tem o uso coletivo, Ex: dipirona gotas, Xaropes, Óleo Mineral etc. Estes medicamentos deverão ser usados por todos os pacientes conforme prescrição médica: Todos os medicamentos Multidoses serão devidamente identificados e validados, conforme protocolo da farmácia que institui um prazo de 28 dias de validação desses medicamentos. Após a expiração do prazo de validade, os medicamentos multidoses serão encaminhados à farmácia para as condutas estabelecidas pelo setor; Após o recebimento dessas medicações e abertura dos frascos pelo profissional da unidade solicitante, eles serão identificadas com etiquetas de validade, contando 28 dias a partir da data de abertura, contendo a data de abertura, a data de validade e assinatura do profissional que abrir;	

As almotolias de uso de produtos antissépticos terão validade de sete (7) dias, conforme etiquetas fixadas nas mesmas, data expirada as mesmas serão encaminhadas para a CME para serem reprocessadas, quando as almotolias voltam para o setor essas serão identificadas e reabastecidas com os antissépticos: Álcool, clorexidina alcoólica, clorexidina degermante, clorexidina solução aquosa.
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
1- Verificação dos medicamentos Multidoses: Enfermeiro do Setor: DIARIAMENTE: Realizar a verificação dos medicamentos multidoses; Solicitar ao técnico de enfermagem que abrir o medicamento para realizar a identificação do mesmo; Controle rigoroso da data de validade dos medicamentos dos produtos com validade expirada; 2- Técnicos de Enfermagem: Realizar a verificação dos medicamentos multidoses; Assim que abrir o medicamento ou o produto, este deverá ser imediatamente e corretamente identificado com etiqueta padronizada já anexada no frasco pela farmácia e ou disponível no posto. (ANEXO I). Inspeção dos frascos de multidose no momento da conferência do Check list do setor, encaminhando os frascos com data de validade expirada para a farmácia.
8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
Conferência DIARIAMENTE.
9. INDICADORES
Não se aplica.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		Cargo	Data	Visto
Elaboração		Enfermeira		
Revisão		Coordenadora de Enfermagem		
Revisão		Coordenadora do NSP		
Aprovação		Diretor Técnico		

Revisão	Motivo	Data da Revisão

1.2.2.7 Priorização Clínica Na Sala De Medicação

1. OBJETIVO	
Garantir o atendimento prioritário conforme classificação de Risco, na sala de medicação, pela equipe de Enfermagem.	
2. REFERÊNCIA	
P.C.ENF.001 Classificação de Risco	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES

Sala de Medicação	Equipe de Enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

A ser definidos.

6. DEFINIÇÕES

Identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, definidos na classificação de Risco.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O paciente após conclusão do atendimento médico, será encaminhado para sala de medicação, de posse da prescrição (medicamentosa e ou exames).

Equipe de enfermagem acolherá o paciente na porta da sala de medicação;

Identificar através da pulseira de identificação do paciente, sua classificação de risco (amarelo, verde e azul), conforme estabelecido pelo Protocolo de Classificação de Risco da Unidade;

Orientar o paciente que aguarde o preparo da medicação na soroterapia ou nos box's;

Equipe de enfermagem, administrará medicação, face a identificação do paciente, conferindo todos os identificadores, disponíveis em sua pulseira de identificação, de acordo com o Protocolo de Segurança do Paciente: PROT.NSP.006

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Solicitado confecção de adesivos com as cores da Classificação (amarelo, verde e azul) para serem anexados na pulseira de cada paciente na Classificação de Risco, facilitando assim visualização da prioridade clínica de cada paciente na sala de medicação bem como no setor de Raio X e Laboratório (ANEXO I).

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO
Prescrição Médica impressa.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		Cargo	Data	Visto
Elaboração		Enfermeira		
Revisão		Coordenadora de Enfermagem		
Revisão		Coordenadora do NSP		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.2.8 Curativo de ferida cirúrgica limpa

1. OBJETIVO
Evitar a contaminação de feridas limpas; **Facilitar a cicatrização;** **Absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções, promover a hemostasia com curativos compressivos;** **Manter à ferida limpa, ocluída e promover conforto ao paciente.**
2. REFERÊNCIA

MANUAL DE CURATIVOS, disponível em: www.nucleovet.com/area_aluno/turma2/manual_curativos.pdf. Acesso em 20/06/2017.

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínica Cirúrgica/Obstétrica	Enfermeiros, técnicos de Enfermagem

5. RECURSOS NECESSÁRIOS
Bandeja; **1 Pinça para Curativo;** **1 par de luva de procedimento;** **Kit de curativo disponibilizado pelo setor de farmácia (2 pacotes de gazes,1 par de luva estéril 7,5, S.F - Soro Fisiológico 0,9% 2 ampolas 10ml;** **Esparadrapo (micropore);** **Equipamento de proteção individual (EPI) – Capote, máscara, touca;** **Carrinho de curativo.**
6. DEFINIÇÕES
Curativo é o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade, terapia tópica, termo que engloba as etapas como processo de limpeza e/ou cobertura.
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
Lavar as mãos; **Calçar luva de procedimento e EPI's;** **Comunicar o que vai ser realizado ao paciente;** **Fechar a porta da enfermaria para privacidade do paciente ou biombo se necessário;** **Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;** **Retirar o curativo anterior se houver;**

Lavar as mãos;

Abrir o pacote de curativo (técnica asséptica) sobre o carrinho;

Calçar luvas estéreis;

Aplicar a gaze umedecida com SF 0,9% na ferida em sentido único, repetindo por três vezes (utilizando uma gaze a cada vez);

Aplicar clorexidina Aquosa com a mesma técnica aplicada ao S.F. 0,9%;

Secar a ferida;

Manter o curativo ocluído somente enquanto houver exsudação;

Não havendo exsudato manter a ferida aberta orientando o paciente a realizar apenas higienização com água e sabão;

Retirar as luvas, desprezando todo material no saco branco do carrinho;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário do paciente, relatando aspecto da ferida, secreção e odor.

Solicitar ao serviço de limpeza a coleta do saco branco do carrinho.

Realizar limpeza com álcool 70% no carrinho de curativo, antes de adentrar em outra enfermaria.

RECOMENDAÇÕES:

A ferida somente será coberta com gaze e fixa com micropore quando houver exsudato ou a critério médico nas primeiras 24horas após a cirurgia;

Após suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca;

Avaliar regularmente o aspecto do curativo quanto à necessidade de troca ou de oclusão observando exsudato.

A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico;

Orientar o paciente a lavar com água corrente e sabão durante o banho;

Após o banho secar com toalha limpa, sem fazer fricção ou pressão.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Realizar higienização do carrinho de curativos a cada procedimento realizado;

Supervisionar o paciente e seu acompanhante no cuidado com a ferida cirúrgica.
9. INDICADORES
Não se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO
POP. SCIH.004 Higienização das mãos; **Manuais e informes disponibilizados pelo setor de controle de infeção hospitalar-SCIH da unidade.**

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		Cargo	Data	Visto
Elaboração		Enfermeira		
Revisão		Coordenadora de Enfermagem		
Revisão		Coordenadora do NSP		
Aprovação		Diretor Técnico		

1.2.2.9 Armazenamento dos frascos de insulina

1. OBJETIVO
Descrever o correto armazenamento dos frascos de insulina, garantindo assim a qualidade da medicação utilizada nos pacientes.

2. REFERÊNCIA	
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínicas Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pronto Socorro.	Equipe de Enfermagem.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
Etiquetas de Identificação da data de abertura e validade.	
6. DEFINIÇÕES	
Insulina: é um hormônio responsável pela redução da glicemia (taxa de glicose no sangue), ao promover a entrada de glicose nas células. Esta é também essencial no metabolismo de sacáridos (Hidrato de Carbono), na síntese de proteínas e no armazenamento de lipídios (gorduras). **Insulina Humana Recombinante NPH: é um agente que combate o diabetes, diminuindo o nível de glicose no sangue, após a injeção. Após o uso sob a pele (subcutaneamente), Insulina Humana Recombinante NPH apresenta um rápido início de ação, dentro de 1 hora após a administração e tem uma duração de 12 a 20 horas. Devido ao seu perfil de ação prolongada, Insulina Humana Recombinante NPH é normalmente usada em combinação com uma insulina de ação rápida.** **Insulina Regular: A insulina regular é considerada mais rápida e tem a coloração transparente. Após ser aplicada, o seu efeito acontece muito rápido, ou seja, cerca de meia hora a uma hora depois. O efeito da insulina regular dura em média de duas a três horas. Após ser aplicada, seu início de ação acontece entre duas e quatro horas, seu efeito máximo se dá entre quatro a 10 horas e a sua duração é de 10 a 18 horas.**	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
A dispensação pela farmácia do frasco-ampola de insulina será realizada mediante a entrega do frasco vazio para o controle interno;	

A utilização da medicação será de uso coletivo e dosagem, de acordo com a prescrição médica;

Manter os frascos-ampolas que estão sendo utilizados, em lugar o mais arejado possível (entre 15°C e 30°C);

Os Frascos-ampolas deverão ser armazenados na sala de medicação do Pronto Socorro, postos de Enfermagem nas Clínicas Médica, Cirúrgica e Obstétrica;

Antes de usar, observar o aspecto do medicamento e caso ele esteja no prazo de validade, observar alguma mudança no aspecto, consultar o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo;

O Medicamento não deverá ser exposto à luz solar direta ou a altas temperaturas;

Após aberto, será válido por 28 dias;

Identificar a data de abertura e validade do frasco-ampola, através de etiquetas pré fixadas na farmácia e/ou disponível nos postos;

Após um período de 28 dias, deve-se fazer a devolução do frasco-ampola, mesmo se este ainda contiver insulina.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Não se aplica.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data	Visto
Elaboração		Coordenadora do NQSP		

Revisão		Coordenadora de Enfermagem		
Aprovação		Diretor Técnico		

Revisão	Motivo	Data da Revisão

1.2.2.10 ESCALA DE FUGULIN

1. OBJETIVO	
Classificar o paciente quanto ao grau de dependência em relação à Enfermagem.	
2. REFERÊNCIA	
Resolução COFEN Nº 0527/2016 – Revogada pela Resolução COFEN Nº 543/2017 **Fugulin et. al. 2005.**	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínica Médica e Cirúrgica (Aplicar a todos os pacientes adultos admitidos e a cada 24 horas).	Enfermeiros.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS
Papel; **Caneta;** **Escala de Fugulim Impressa.**
6. DEFINIÇÕES
SCP – Sistema de classificação de pacientes.
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Resolução COFEN Nº 543/2017, 2º Cabe ao Enfermeiro o registro diário da classificação dos pacientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades de internação.

Instrumento a ser utilizado para a classificação de pacientes no UNIDADE DE SAÚDE: Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), conforme tabela abaixo:

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
Realizar o preenchimento da escala regularmente.
9. INDICADORES
Não se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Resolução COFEN Nº 543/2017 e Anexos.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. de Enfermagem		
Revisão		Coord. N.Q.S.P		
Aprovação		Diretor Técnico		

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

1.3 NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA UTI

1.3.1.1 NORMAS E ROTINAS DAS UTIS ADULTO

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Portaria GM/MS/ n.1884, de 1994, que as UTI são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêuticas. Caracteriza-se como unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamentos intensivos tenham possibilidade de se recuperar. Uma UTI deve seguir requisitos estabelecidos na RDC 07 de 24 de fevereiro de 2010, Portaria 3432 de 12 de agosto de 1998, RDC/ANVISA nº 50 de fevereiro de 2002, e segundo o Parágrafo único, a infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.

Todas as normas e rotinas aqui descritas, foram elaboradas considerando, além de estudos técnico-científicos, as regulamentações vigentes no campo da enfermagem, bem como legislações que normatizam os mais diversos setores do hospital.

A enfermagem é, em sua essência, responsável pela arte e ciência do cuidado ao paciente/cliente, no entanto, além disso, passou a cuidar também da organização dos ambientes/setores, fluxos, processos e fluidez de todas as atividades desenvolvidas nos setores, tornando-se a ligação entre a equipe multiprofissional e entre os vários serviços ofertados ao paciente/cliente.

Desta maneira, para garantir o funcionamento ordenado e constante das atividades no setor, é necessário haver padronização, sendo está uma ferramenta gerencial, que possibilita a transmissão de informações e dos conhecimentos adquiridos, favorecendo a continuidade da assistência, contribuindo para a redução dos erros e iatrogenias e assim garantindo a segurança do paciente.

Neste contexto, este documento apresenta as normas e rotinas gerais das UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA do HERSO, sendo a referência para manutenção da organização do referido setor.

2. OBJETIVO

Apresentar, estabelecer e homogeneizar, em caráter normativo e norteador, as normas de funcionamento da UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, bem como as rotinas de execução das atividades de enfermagem permitindo a padronização na execução das atividades inerentes a cada profissão na tomada de decisões.

3. PLANTA FÍSICA

Seguindo normas para projetos físicos de Estabelecimento Assistenciais de Saúde (E.A.S.) do Ministério da Saúde, 1995 e Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a organização física funcional de internação de paciente em regime de terapia intensiva nesta instituição procura abranger a todos os requisitos: Proporcionar condições de internar pacientes críticos em ambientes individuais e ou coletivos conforme grau de risco, faixa etária, patologia e requisitos de privacidade;

Executar e registrar assistência médica e de enfermagem intensiva; Prestar apoio diagnóstico laboratorial, de imagem e terapêutico 24 horas; Manter condições de monitoramento e assistência respiratória contínua; Prestar assistência nutricional distribuir alimentos aos pacientes; Manter pacientes com morte encefálica, nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplantes, quando consentida.

4. LOCALIZAÇÃO

As Unidades Terapia Intensiva 01 e 02 são localizadas no 1° andar e as Unidades Terapia Intensiva 03 e 04 são localizadas no Térreo.

UTI 01-12 leitos, mais 01 leito, para realização de hemodiálise para pacientes internados nas enfermarias;

UTI 02-20 leitos;

UTI 03-17 leitos;

UTI 04-08 leitos.

5. NORMAS E ROTINAS

5.1 ROTINAS ESPECÍFICAS DO SERVIÇO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO;

5.1.1 NORMAS RELATIVAS ÀS EVOLUÇÕES DIÁRIAS DOS ENFERMEIROS

Todos os pacientes deverão ser evoluídos diariamente, assim como todas as intercorrências e condutas deverão sempre ser anotadas

5.1.2 NORMAS RELATIVAS A MATERIAL E SERVIÇO;

- A previsão de material deverá ser efetuada de acordo com a necessidade do setor;
- A previsão de consumo deverá ser efetuada de acordo a atender às necessidades do serviço durante o intervalo entre os pedidos já definidos em rotina (Check List de solicitação de material para almoxarifado) e o pedido deve ser feito pelo sistema MV;
- O material deverá ser disposto no setor de forma adequada e organizada pelo técnico responsável por substituto, de forma que facilite a supervisão e reposição desse material;
- Os aparelhos e equipamentos utilizados pela Enfermagem ou sob sua guarda deverão ser mantidos em condições para uso imediato, ligados à rede elétrica quando necessário;
- Os aparelhos e equipamentos devem ter revisão periódica pela Engenharia Clínica, estando devidamente etiquetados, e, quando necessário, conserto;
- A equipe de Enfermagem deverá comunicar ao enfermeiro do plantão e/ou coordenador do setor sobre falhas ou defeitos nos equipamentos e este deverá providenciar os reparos ou substituição do equipamento.

5.1.3 NORMAS RELATIVAS A AMBIENTE E INSTALAÇÃO;

- O pessoal de Enfermagem será responsável pela ordem da unidade do paciente e do seu material de trabalho
- A equipe de enfermagem deverá colaborar na conservação das instalações do seu ambiente de trabalho, comunicando ao enfermeiro, coordenação de enfermagem e/ou

responsável pelo material, os casos de avarias e danos, para que o setor de manutenção seja notificado para providências cabíveis;

- O padrão técnico de limpeza dos ambientes da clínica deverá ser normatizado pelo Serviço de Higienização, orientado e supervisionado pelo Serviço de Hotelaria e com a colaboração de toda a equipe de enfermagem. O enfermeiro de plantão deverá inspecionar os ambientes após a realização do serviço.

5.1.4 CARRO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (CPCR)

- A conferência do CPCR deverá ser feita semanalmente pelo enfermeiro e com colaboração do técnico de enfermagem responsável pelo material, preferencialmente às sextas feiras, no turno da tarde;

- A conferência do CPCR deverá ser guiada pelo check-list próprio, que deverá ser preenchido por completo e com as observações necessárias e pertinentes;

- O enfermeiro responsável deverá assinar e carimbar o check-list;

- A conferência de data de validade das medicações será feita pelo farmacêutico, que deverá substituir as que se fizerem necessário, conforme rotina;

- Em caso de utilização do CPCR, o enfermeiro deverá solicitar ao farmacêutico a reposição dos medicamentos utilizados e instalação de novo lacre;

- A conferência do CPCR do enfermeiro e do farmacêutico deve se realizar de preferência no final de cada mês uma vez por mês ;

- O desfibrilador/cardioversor será testado diariamente pelo enfermeiro, preferencialmente às 08:00 e à 20:00, e o comprovante do teste será assinado e anexado check-list qualquer falha mecânica deste;

5.1 NORMAS E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA

- Normas gerais de funcionamento o Serviço de Enfermagem de Terapia Intensiva funciona ininterruptamente 24 horas por dia em atendimento aos pacientes internos;

- As informações ao público são prestadas através do boletim médico informado pela equipe da recepção do hospital. Quando se tratar de informações sobre o estado de saúde

dos pacientes mais detalhados, estas deverão ser dadas pelo Médico ou Enfermeiro de plantão no momento do horário de visita com familiares;

- As visitas aos pacientes são permitidas de segunda a sexta-feira nas UTIS 01 e 02 das 14:30 as 15:00 horas e nas UTIS 03 e 04 15:00 às 15:30 horas. O caso de visitas fora destes horários deverão ser resolvidos pelo Serviço Social, em entendimento com o Enfermeiro de plantão e coordenador do setor;

- Só é permitido o uso de televisores e rádio, dentro do UTI com a autorização previa da chefia da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e coordenação da unidade.

5.2 ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFA

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem e validada pela gerência assistencial, conforme jornada de trabalho do colaborador. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente pelo enfermeiro e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro do plantão faz a readequação.

O colaborador deve realizar suas refeições (desjejum, almoço e jantar) no refeitório da instituição. O lanche no período vespertino que é encaminhado para as unidades pelo setor de nutrição deverá ser realizado na copa de apoio.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 para os colaboradores do diurno e a partir das 00:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo, incluindo a pausa para as refeições.

5.3 TROCAS

Os colaboradores podem solicitar até 02 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao coordenador do setor para validação / aprovação e assinatura de ambos, devendo ocorrer com no mínimo 24 horas antes da data da troca. As trocas não podem acontecer em plantões consecutivos

5.4 ATESTADOS

Os Atestados Médicos deverão ser entregues, ao SESMT, respeitando a normativa do SESMT devendo conter assinatura do profissional, carimbo e assinatura do médico. Os Atestados de comparecimento e acompanhante, serão aceitos somente para justificativa da

ausência do colaborador no plantão, portanto o mesmo não abonará sua falta, mas apenas justificará a falta evitando aplicação de medida disciplinar. Referente as ausências, por conta do falecimento de entes queridos, somente serão aceitas documentos de justificativas (atestados de óbito) quando o óbito for de parentes de 1°Grau (Pais, filhos e Cônjuges). Os atestados deverão ser entregues com no máximo dois dias após seu início.

5.5 PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e as 19:00 após as trocas de equipe. Deve ser realizada no interior do setor, passando leito por leito, onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passam a história do paciente, intercorrências e pendências, e realizado preenchimento do passômetro.

5.6 Realização de cuidados e procedimentos

A realização de cuidados e procedimentos são feitas tendo como referência os protocolos institucionais (POPs).

Diariamente o técnico em enfermagem faz o registro da anotação de enfermagem e de sinais vitais 2/2h.

6. Fluxos de Admissão e Alta

O fluxo das admissões será disciplinado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), observando o POP de Admissão e Alta da Unidade.

A rotina de admissão do usuário enumera todas as providências e condutas necessárias à chegada do paciente à UTI.

- Os pacientes deverão ser admitidos sem objetos de valor, acompanhados de funcionária do setor (Médico e Enfermeiro), que deverá trazer o prontuário completo e encaminhamento;
- As altas hospitalares serão comunicadas com antecedência ao Enfermeiro de plantão, e o paciente só será liberado para alta, após comunicação escrita na evolução clínica e preenchimento do resumo de alta;
- As transferências de pacientes para outro serviço só serão realizadas a partir de comunicação escrita na evolução médica, acompanhados do resumo de alta da UTI;

- A rotina de transferência de paciente para outros hospitais enumera todas as providências e conduta necessárias à saída do paciente do UTI.
- Realizar a anamnese e entrevista clínica, respeitando a privacidade e evitando qualquer tipo de constrangimento ao usuário;
- Preencher todos as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem
- Realizar avaliação de risco para Lesão por Pressão (LPP) e preenchimento da Escala de Braden, além de preencher a notificação para LPP;
- Fornece orientações ao paciente consciente e aos acompanhantes sobre rotina hospitalar, devolver pertence protocolados em local apropriado;
- Registrar na evolução todas as orientações fornecidas e intervenções realizadas;
- Destacar na capa do prontuário um aviso sobre qualquer tipo de alergia que o usuário tenha referido.

6.1 A ADMISSÃO DO PACIENTE

O NIR (Núcleo Interno Regulação) comunica a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a reserva da vaga, fornecendo o nome completo do paciente, quadro clínico e unidade de origem; informar ao médico da vaga solicitada;

Após liberação da vaga, deve-se haver a passagem do caso de enfermeiro/enfermeiro via telefone;

Ao admitir o paciente na UTI, solicitar a presença do familiar para coleta de informações, e orientar os mesmos quanto às informações referentes aos cuidados e rotinas da UTI; essas informações colhidas dos familiares devem estar contidas na evolução de admissão do paciente, referenciando o familiar que deu as informações (nome e parentesco);

Conferir os documentos do paciente se admissão direta externa (ausência do auxiliar administrativo); AIH, e Xerox de documento pessoal do paciente: RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de endereço; na ausência de algum desses impressos, providenciarem a execução dos mesmos;

Se paciente proveniente de setores internos do hospital, conferir se o prontuário está completo desde a data de admissão na instituição até o momento atual (ausência do auxiliar administrativo); preencher o livro de admissão, alta e óbito, com informações completas; realizar coleta de cultura de vigilância conforme protocolo da SCIrAS (Serviços de Controle de Infecção relacionado à Saúde); fazer os pedidos dos materiais para farmácia no nome do paciente admitido;

Realizar a SAE por completo no sistema MV.

Verificar se o paciente está com pulseira da identificação, riscos sinalizados na pulseira, paciente admitido deve ficar em precaução de vigilância até resultado de culturas conforme protocolo da SCIrAS;

6.2 ALTA

6.2.1 ALTA – TRANSFERÊNCIA INTERNA

Após confirmação do leito pelo NIR, acionar serviço social; Equipe de enfermagem agiliza saída por alta melhorada após confirmação do leito na unidade de internação; passagem do caso de enfermeiro/enfermeiro via telefone; Solicitar ao auxiliar administrativo para organizar prontuário (na ausência do mesmo a atribuição é do enfermeiro); Encaminhar o kit de medicamentos/materiais em uso, Comunicar a transferência no setor de farmácia; Em caso de pacientes em precaução de contato, seguir as normativas da SCIrAS; Registrar no livro de alta/admissão e óbito; Todo paciente de alta deve ser acompanhado pelo técnico de enfermagem, condutor e familiar.

6.2.2 ALTA POR TRANSFERÊNCIA EXTERNA – POR AIH OU A PEDIDO

Formulário de alta a pedido, check list de transporte; Relatório médico e AIH (Autorização de Internação Hospitalar);

Solicitar o familiar para comparecer a instituição (Serviço Social/ou enfermeiro na ausência do mesmo). Após a chegada do familiar acionar o apoio administrativo com o formulário de transporte externo preenchido pelo enfermeiro, para que o apoio administrativo solicite o transporte, providenciar cópia da ficha de primeiro atendimento, prescrição do dia, exames do dia, relatório médico AIH AIH (Autorização de Internação Hospitalar);

Após a chegada da ambulância, encaminhar o paciente junto com a família com documentos já relacionados; não encaminhar paciente com o enxoval da instituição; comunicar a farmácia; comunicar o NIR a saída do paciente; registrar em prontuário e livro de admissão/alta/óbito transferência do paciente.

Organizar o leito para próxima admissão.

6.3 ÓBITO

6.3.1 PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE

- Preencher o impresso referente ao Aviso de óbito;
- Identificação do corpo em quatro vias, como citado na Rotina de Óbito;
- Auxiliar nos procedimentos referentes ao corpo;
- Solicitar à equipe da higienização para fazer a limpeza terminal;
- Registrar no prontuário data e hora do óbito, a comunicação à família e cuidados com o corpo.;
- Registrar em prontuário e livro de admissão/alta/óbito transferência do paciente.

6.3.2 ÓBITOS POR IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL):

Solicitar familiar (serviço social/ou enfermeiro na ausência do mesmo), realizar o preenchimento da ficha cadavérica e solicitar o relatório médico ambos em 4 vias (uma via fica arquivada no necrotério, uma via no prontuário do paciente, uma via protocolada ao serviço social e uma vida encaminhada junto ao corpo para o IML.

6.3.3 ÓBITOS POR SVO (SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO):

O enfermeiro deve entrar em contato via telefone ao SVO para comunicação entre médicos, logo após definido, solicitar familiar (serviço social/ou enfermeiro na ausência do mesmo), realizar o preenchimento da ficha cadavérica, solicitar o preenchimento do relatório médico SVO ambos em 4 vias (uma via fica arquivada no necrotério, uma via no prontuário do paciente, uma via protocolada ao serviço social e uma vida encaminhada junto ao corpo para o SVO);

6.3.4 ÓBITOS POR D.O (DECLARAÇÃO DE ÓBITO):

Providenciar a busca da declaração no serviço social (auxiliar administrativo/ou enfermeiro na ausência do mesmo) para que o médico realize preenchimento (via amarela é entregue a familiar, via branca devolve serviço social e rosa fica no prontuário), em caso de rasura da declaração de óbito solicitar ao médico o preenchimento do formulário de retificação em 3 vias, realizar preenchimento da ficha cadavérica em 4 vias (uma via fica arquivada no necrotério, uma via no prontuário do paciente, uma via protocolada ao serviço social e uma vida encaminhada junto ao corpo); Solicitar invólucro de óbito na farmácia;

Realizar identificação do corpo (nome completo do paciente + prontuário + data de nascimento + data e horário do óbito), uma etiqueta no corpo e uma no invólucro, solicitar o condutor para encaminhar o corpo ao morgue;

Solicitar condutor para retirada do óbito;

Relatar na SAE o óbito e dar baixa no livro de admissão/alta/óbito.

7. ROTINA EXAMES POR IMAGEM (TOMOGRAFIA, RX, ECODOPPLER, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA, ENDOSCOPIA, ULTROSSONOGRAFIA) E LABORATORIAL;

A solicitação dos exames é realizada via sistema. Para a realização o paciente é transportado pelo médico, equipe de enfermagem e um condutor até o setor responsável. Em pacientes intubados, o exame de RX, Eletrocardiograma, é feito no leito, neste caso, basta acionar, via ramal, a equipe responsável.

7.1 ROTINA EXAMES LABORATORIAIS

A solicitação dos exames é feita via sistema e realizado a impressão, acionamento por telefone da equipe do laboratório. A coleta é realizada no leito, pelo técnico do laboratório conforme rotina institucional. Nos casos de gasometria, o enfermeiro do setor realizar a coleta.

7.2 ROTINA EXAMES EXTERNOS

O agendamento de exames externos é solicitado pelo NIR (Núcleo Interno de regulação), devendo ser feita a solicitação APAC (Autorização para Procedimento Ambulatorial) pelo médico plantonista e entregue ao NIR (Núcleo Interno de regulação), que faz o

agendamento do exame solicitado. Após a confirmação do agendamento do exame, se o paciente não tem acompanhante, o serviço social entra em contato com a família ou responsável pelo paciente para informar sobre o agendamento do exame e solicita a presença do mesmo para acompanhar o transporte do paciente. e orientar os mesmos para entrega dos documentos pessoa do paciente (identidade, CNH, cartão do SUS e comprovante de endereço) O transporte do paciente é agendado pelo enfermeiro assistencial, junto a coordenação de transporte.

A maioria dos exames necessários para a assistência do paciente no HERSO, são realizados no próprio hospital, normalmente é solicitado para outro hospital a ressonância magnética.

7.3 ROTINA DEMAIS EXAMES

Exames como endoscopia, colonoscopia, broncoscopia e ecocardiograma são agendados que atende na quarta-feira, devendo o pedido ser encaminhado para sala de exame para agendamento, da mesma forma com o ecocardiograma.

Broncoscopia, Colonoscopia, Ecocardiograma: Realizados conforme escala do setor responsável. Médico solicita no sistema, realiza impressão e o enfermeiro entra em contato com setor responsável para agendamento de realização.

Tomografias: Médico solicita no sistema, enfermagem entra em contato com equipe de anestesia para realização do exame.

8. ROTINA LIMPEZA E DESINFECÇÃO

O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e artigos do hospital, reduzindo assim as infecções cruzadas. Na medida em que estas infecções podem ser a consequência da exposição ao ambiente contaminado, através da poeira mobiliária, equipamentos e outros. Uma higiene ambiental eficiente é fundamental para a diminuição das infecções.

8.1 ROTINA LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE:

É a limpeza feita nas superfícies hospitalares mais frequentemente utilizadas enquanto ocupadas por pacientes. Pode ser realizada mais de uma vez por dia, quando necessário.

8.2 ROTINA LIMPEZA TERMINAL:

É a limpeza que abrange todas as superfícies (teto, parede, piso e mobiliário). Pode ser feita após alta, óbito ou transferência do paciente, após o término do turno de trabalho, ou conforme protocolo previamente estabelecido (semanal, quinzenal, mensal, etc.). A enfermagem retira roupas da cama e solicita ao serviço de limpeza que faça a limpeza terminal do leito, assim que a paciente tiver alta da unidade.

9. CONTROLE DA CHECAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle. Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados após abertura do mesmo (pelo enfermeiro). O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre numerado disponibilizados pela farmácia satélite. É feita também à conferência quinzenal dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença da tábua de massagem, presença do lacre e presença de 01 fio guia, 01 ambu.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês e após a abertura do mesmo. A conferência é feita pelo Enfermeiro e pela farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição.

10. CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

Os psicotrópicos devem ser dispensados aos pacientes apenas mediante prescrição médica, direto pela farmácia satélite, devendo seu preparo e administração serem supervisionados pelo enfermeiro.

O controle dos psicotrópicos dispensados aos pacientes internados nas UTIs é realizado e registrado pelo enfermeiro assistencial, onde o medicamento é entregue na pela farmácia satélite da unidade e toda dispensação é feita via prescrição médica, carimbado e assinado pelo médico plantonista. Após o recebimento o medicamento é acondicionado em local adequado e mantido trancado até o momento da administração e chegam dupla entre técnico de enfermagem e enfermeiro.

11. CONTROLE E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. É realizada a conferência diária dos equipamentos e semipermanentes do setor pelo enfermeiro supervisor. Sempre que for preciso movimentar algum equipamento para outro setor ou para manutenção, a movimentação deve ser registrada em livro de protocolo.

Sempre que algum equipamento apresentar defeitos ou mal funcionamento, imediatamente, devemos acionar a engenharia clínica para reparo. O acionamento será realizado via sistema pelo ícone correspondente na página da Intranet. Quando for emergencial o acionamento será realizado via telefone.

12. ROTINA DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Realizada pelo enfermeiro de plantão, este deverá evoluir a paciente no impresso específico do SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem). Deverá ser realizada em todas as etapas.

A Evolução feita no plantão do dia deve ser clara e objetiva, abrangendo: Diagnóstico médico, dias de internação, nível de consciência, padrão de sono, exame físico, drenos e cateteres. Os demais plantões acrescentarão as alterações, intercorrências, condutas médicas e de enfermagem, avaliações, para que não haja repetição das mesmas informações básicas

13. ROTINAS ADMINISTRATIVAS;

13.1 SOLICITAÇÕES DE ALMOXARIFADO

Solicitar materiais padronizados, de acordo com a necessidade do setor. Manter estoque mínimo de materiais na unidade, e pedido extra ou fora da padronização deve ser feito, de acordo com as necessidades da unidade.

13.2 Solicitação de materiais, insumos e medicamentos

A Solicitação de materiais de uso geral será feita pelo enfermeiro, podendo este delegar a um técnico de enfermagem e administrativo, via sistema. A solicitação de medicamentos se dá através da prescrição médica, apresentando a segunda via da prescrição na farmácia, em situações emergenciais, a solicitação é feita de forma verbal ao

técnico em farmácia e logo em seguida formalizada através da prescrição médica, sendo estas solicitações, funções do técnico de enfermagem.

A dispensação de medicamentos ocorre através da entrega da prescrição na farmácia satélite. A farmácia, por sua vez, confecciona e dispensa o Kit com os medicamentos, por paciente, para atender as próximas 24 horas. Nos Kits já são incluídos os materiais necessários para administração dos medicamentos prescritos.

Os medicamentos de uso coletivo (tais como almotolias com clorexidinas e álcool, Ipratrópio, lidocaína, pomadas para curativo e etc), são solicitados na farmácia satélite d cada andar rotina de requisição ao final de cada plantão. Devendo estes ser identificados corretamente com data de abertura e responsável.

13.3 SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS NA CME

A solicitação de materiais de CME (Central Material Esterilização) é realizada diariamente em dois horários, sendo eles às 08:00 h e as 20:00 h conforme necessidade e demanda do setor pelo enfermeiro (requisição por escrito), que gera uma ordem de serviço de forma individualizada;

14. RESPONSABILIDADES E DEVERES

DEVERES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

- Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;
- Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conform orientação da Divisão de Enfermagem;
- Elaborar escala mensal do serviço de Enfermagem, atentando para férias e licenças e encaminhar em 01 via para a Divisão de Gestão de Pessoas;
- Enviar cópia das escalas para o Serviço de Nutrição via e-mail, conforme orientação do mesmo;
- Providenciar substituições na escala quando se fizer necessário;
- Supervisionar as anotações de enfermagem nos prontuários;

- Ler o relatório geral, revisar o censo diário, checar o comparecimento dos funcionários nos demais horários e observar os avisos;
- Supervisionar a ordem na UTI;
- Supervisionar as atividades dos servidores, observando suas respectivas funções e atribuições;
- Elaborar, quando necessário, e avaliar periodicamente as ações de Enfermagem;
- Manter contato com o departamento de enfermagem;
- Preparar e encaminhar à Divisão de Gestão de Pessoas, mensalmente, até o 15° dia útil, os consolidados dos plantões da equipe de enfermagem, dentre os quais estão os noturnos, feriados, domingos trabalhados, absenteísmo, abonos e outros;
- Manter a Divisão de Enfermagem e a Divisão de Gestão de Pessoas informadas sobre mudanças de escalas, convocações para plantões, dobras de plantão, compensação de horas, comunicação de abono, dentre outros mais específicos;
- Realizar a Avaliação Anual de Desempenho de todos os servidores públicos do hospital, e privados da instituição conforme orientação por regime de trabalho (Regime Jurídico Único – RJU – e Consolidação das Leis de Trabalho – CLT);
- Manter os POPs e manual de normas e rotinas sempre atualizados, seguindo cronograma da Divisão de Enfermagem;
- Participar de reuniões com a Superintendência, Departamento de Enfermagem, Chefia Médica e outros quando for convocado;
- Estabelecer contato com outros setores e demais chefias sempre que se fizer necessário;
- Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- Prestar assistência de enfermagem de acordo com a necessidade do serviço;
- Solicitar material permanente que se faça necessário;
- Requisitar aos setores competentes, o conserto do material permanente e instalações, quando necessário;

- Supervisionar o cumprimento do cronograma para higienização das dependências da clínica;
- Esclarecer junto a equipe problemas ocorridos durante a jornada de trabalho;
- Zelar pelo patrimônio da instituição;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço e portarias;
- Respeitar os princípios da ética e determinações legais da sua profissão;
- Manter relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde;
- Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência de terapia intensiva;
- Atender a equipe Médica, de Enfermagem e multiprofissional no desempenho de suas atividades;
- Colaborar com o Serviço de Educação Permanente;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- Realizar toda a gestão do setor inclusive com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores;
- Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;
- Garantir a aplicação dos protocolos de segurança do paciente;
- Implantar normas e sistemas de trabalho, discutindo periodicamente com a equipe de trabalho, aplicando a revisão das rotinas e elaboração de novos projetos, bem como aprimorar os já existentes, visando o bom desenvolvimento da área.
- Atuar na coordenação do grupo de acordo com a política institucional,
- Motivar e auxiliar a equipe nos processos de melhoria técnico-assistencial,
- Realizar avaliação de desempenho dos funcionários, através da supervisão das atividades desempenhadas pelos colaboradores e levantar as necessidades de treinamento para progresso profissional dos colaboradores,

- Coordenar a rotina de enfermagem da UTI,
- Realizar o relatório gerencial e fazer reuniões com a gerência para o acompanhamento de rotinas,
- Atuar com gestão de equipe, avaliar atendimento e acompanhar atividades da equipe,
- Coordenar os serviços de enfermagem, monitorando o processo de trabalho para o cumprimento de normas técnicas, administrativas e legais,
- Acompanhar as ações de enfermagem, auxiliando na padronização de normas e procedimentos internos,
- Participar de trabalhos de equipes multidisciplinares, garantindo a qualidade dos serviços assistenciais, atualizando rotinas e acompanhando sua programação,
- Garantir a qualidade da assistência de enfermagem aos pacientes e familiares, providenciando condições ambientais e estruturais,
- Acompanhar o controle da manutenção dos equipamentos médicos hospitalares, e demais recursos na sua unidade,
- Coordenar e participar de reuniões periódicas, esclarecendo dúvidas, propondo e sugerindo medidas que visem à melhoria contínua dos trabalhos.
- Identificar as prioridades de risco dos pacientes junto aos médicos, dos equipamentos e material de saúde, necessários para manter a capacidade operacional de acordo com o padrão de qualidade do serviço de enfermagem estabelecido.
- Esclarecer junto a equipe problemas ocorridos durante a jornada de trabalho;
- Zelar pelo patrimônio da instituição;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço e portarias;
- Respeitar os princípios da ética e determinações legais da sua profissão;
- Manter relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde.

14.2. Deveres do Enfermeiro Diarista

- Substitui o Coordenador do Serviço em seus impedimentos;
- Participa do processo de supervisão contínua e avaliação do desempenho das equipes de Enfermagem;
- Representa o Coordenador do Serviço junto à administração e outros órgãos oficiais.
- Colabora na execução e avaliação do planejamento a ser seguido a curto e longo prazo pelo serviço;
- Avaliar a atuação dos funcionários junto à chefia;
- Supervisiona as rotinas de trocas diária de látex, equipos, nebulizadores, torneirinhas e multivias;
- Acompanhamento diário dos curativos, estabelecendo junto a equipe de enfermagem e comissão de pele material a ser utilizado;
- Supervisionar a organização dos leitos;
- Participa de reuniões periódicas com todo o pessoal de Enfermagem;
- Coopera com o Serviço de Educação Continuada na realização de treinamento, cursos e eventos na área de Enfermagem;
- Manter organização de materiais e equipamentos do setor, destinando a consertos, trocas, se informando junto a equipe diariamente sobre materiais e equipamentos danificados;
- Assume as funções de plantonista no horário quando designado pelo Coordenação do Serviço;
- Acompanhar o médico no transporte intrahospitalar dos pacientes graves e transferência da unidade;
- Coleta e acompanhamento das culturas, identificando os pacientes em isolamentos juntamente a CCIH;
- Participa da visita diária da equipe de Enfermagem e equipe multidisciplinar;

- Assessora a Coordenação na tecno vigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico quando solicitado;
- Cumpre regulamento, regimento, ordem de serviço e portarias;
- Zela pelo patrimônio da instituição;
- Respeita os princípios da ética e determinações legais de sua profissão. Manter relacionamento interpessoal positivo com a equipe multidisciplinar;
- Ler o livro de relatório de enfermagem;
- Realizar conferência de cadernos, SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) se devidamente preenchidos;
- Solicitar para a farmácia os materiais individuais por paciente;
- Solicitar de materiais para o CME (Central Material Esterilização);
- Conferência das identificações nos materiais/medicamentos de uso coletivo;
- Preencher o censo diário a beira leito, conferir todos os boxes;
- Organizar a gestão de leitos e repassar para o NIR (Núcleo Interno de Regulação);
- Conferir, acompanhar com a SCIrAs (Serviços de Controle de Controle de Infecção Relacionado a assistência à Saúde), tipos e evoluções das precauções de cada paciente;
- Realizar check-list dos carros de emergência, temperatura UTI e geladeira, se devidamente preenchidos;
- Conferência geral dos CPCR (Carrinho de Parada Cardiorrespiratória) a cada 15 dias; substituir impressos no primeiro dia do mês;
- Alertar as equipes médicas prescrições faltantes;
- 14.3. Deveres do Enfermeiro Plantonista
- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno;

- Participar da passagem de plantão da equipe de enfermagem e/ou equipe interdisciplinar de saúde;
- Conferir a presença de funcionários escalados;
- Ler o relatório geral para se inteirar das ocorrências;
- Realizar visita de enfermagem, leito a leito;
- Assistir aos pacientes sob sua responsabilidade utilizando a Sistematização de Assistência da Enfermagem (SAE);
- Registrar no relatório geral os funcionários escalados por turno de trabalho (presentes e ausentes), e a respectiva escala de atribuições e repousos.
- Tomar conhecimento da escala de atribuições e avisos;
- Fazer a escala de atribuições do turno seguinte, e refazer, se necessário, a do turno em curso;
- Informar ao Coordenador da Unidade, as possíveis ausências e ocorrências;
- Atualizar Mapa de Passagem de Plantão;
- Verificar exames a serem encaminhados;
- Admitir o paciente na UTI, conforme protocolo;
- Supervisionar o preparo de pacientes para exames e cirurgias;
- Encaminhar o paciente ao Bloco Cirúrgico juntamente com um técnico da UTI e médico, conforme protocolo e programação cirúrgica;
- Receber pacientes procedentes do Bloco Cirúrgico, em pós-operatório imediato, conforme protocolos;
- Orientar aos pacientes conscientes quanto ao preparo para exames, conforme especificidades de cada um, conforme protocolo do setor responsável;
- Supervisionar o preparo para exame;

- Coletar material biológico para exames, quando solicitado, e encaminhar ao setor responsável em tempo hábil, conforme protocolo específico;
- Registrar no relatório de enfermagem os exames e cirurgias realizadas;
- Abrir horários das prescrições médicas; seguindo a padronização dos horários, salvo exceções;
- Supervisionar o técnico quanto a execução e checagem das prescrições médicas e de enfermagem dos usuários sob sua responsabilidade;
- Realizar curativos de média e alta complexidade, registrando na SAE;
- Notificar UPP
- Instalar, trocar e supervisionar a Nutrição Parenteral (NPT);
- Supervisionar as atividades da equipe de Enfermagem;
- Auxiliar outros profissionais na realização de procedimentos complexos;
- Fornece as orientações de alta, encaminhando todos os exames realizados contidos no prontuário;
- Checar resumo de alta;
- Solicitar vaga ao NIR;
- Solicitar a equipe de higienização a realização de desinfecção terminal da unidade do usuário;
- Supervisionar a organização dos leitos, posto de enfermagem, expurgo, sala de procedimentos; repouso e rouparia;
- Supervisionar o armário de reserva de material médico-hospitalar;
- Supervisionar o fornecimento de roupas para o plantão, assegurando a quantidade adequada para suprir a demanda diária;
- Orientar, supervisionar e avaliar as atividades dos estagiários quando disponibilizados na unidade;

- Participar conjuntamente com os docentes no processo do ensino envolvendo estagiário, residentes, interno e Graduandos de Enfermagem;
- Realizar controle de psicotrópicos, por turno, conforme rotina do serviço;
- Registrar a temperatura do frigobar do posto de Enfermagem, nos horários pré-estabelecidos e comunicar falhas de registro à coordenação;
- Realizar pedidos de Farmácia, Almoxarifado, quando necessário, através do MV;
- Revisar e repor o material do CPCR, conforme rotina do serviço;
- Comunicar pendências e/ou intercorrências relativa ao paciente ao médico do plantão;
- Participar das reuniões periódicas com todo o pessoal de enfermagem;
- Cooperar com o serviço de Educação Continuada na realização de treinamento, cursos e eventos na área de Enfermagem, quando solicitado;
- Emitir parecer técnico quando solicitado;
- Notificar problemas detectados em produtos e materiais médico-hospitalares através do formulário próprio encaminhar a amostra para o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP);
- Participar de reuniões com a Chefia Imediata e Departamento de Enfermagem quando convocado;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço e portarias;
- Zelar pelo patrimônio da instituição;
- Respeitar os princípios da ética e determinações legais de sua profissão;
- Manter relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde;
- Passar o plantão para a próxima equipe conforme rotina;

DEVERES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno;

- Tomar conhecimento da escala de atribuições de tarefas e avisos;
- Admitir os pacientes no leito sob sua responsabilidade conforme fluxo de admissões;
- Apresentar-se ao paciente do leito sob seus cuidados, logo que receber o plantão;
- Verificar os Sinais Vitais a cada duas horas (SSVV), anotando no sistema MV conforme rotina institucional;
- Executar prescrição de enfermagem e médica dos pacientes sob os seus cuidados;
- Administrar medicações e infusões, conforme prescrição, devidamente rotuladas;
- Checar a medicação administrada;
- Comunicar ao enfermeiro a falta de medicação ou insumos;
- Informar as medicações não administradas informar o motivo ao enfermeiro do plantão e registrar no relatório do técnico de enfermagem;
- Revisar todo o material necessário para a realização dos procedimentos sob sua responsabilidade;
- Realizar banho no leito e auxiliar o paciente e/ou no banho no banheiro, quando autorizado pelo médico do plantão;
- Preparar bandeja de material necessário para procedimentos da equipe multidisciplinar conforme protocolo de cada procedimento;
- Auxiliar ao enfermeiro nos curativos de média e alta complexidade;
- Auxiliar a equipe multidisciplinar quando solicitado;
- Manter a ordem na unidade do paciente;
- Realizar desinfecção concorrente do leito e equipamentos 3x ao dia;
- Realizar limpeza terminal dos equipamentos após alta, óbito ou transferência do paciente;
- Acondiciona os equipamentos nos locais pré-determinados;
- Preparar o usuário para intervenções conforme POP específico;

- Encaminhar o paciente ao Bloco Cirúrgico junto ao médico e maqueiro quando solicitado ou conforme a programação;
- Trocar equipos e multivias conforme protocolo estabelecido para esta rotina;
- Trocar os umidificadores e sistema de aspiração fechado do leito sob sua reponsabilidade conforme protocolo, deixando rotulados;
- Manter almotolias do leito sob sua responsabilidade datadas e com tampas;
- Manter ordem no posto de enfermagem, expurgo, repouso, rouparia, sala de procedimentos, material permanente, armário reserva, e demais ambientes, conforme escala de atribuições;
- Buscar na Central de Material Esterilizado (CME) o material estéril, nos horários pré-estabelecidos e quando necessário;
- Armazenar o material estéril em local próprio;
- Fazer uso consciente do material estéril;
- Encaminhar o material usado para a CME, de acordo com o horário estabelecido;
- Comunicar ao Enfermeiro, defeitos em equipamentos e instalações físicas observadas, assim como, ausência de material permanente no setor;
- Colaborar com os estagiários quando disponibilizados na unidade;
- Comunicar ao enfermeiro a necessidade de ausências do setor;
- Passar o plantão para equipe seguinte, segundo rotina;
- Cumprir escalas de serviço estabelecidas pela chefia ou seu substituto;
- Participar das reuniões de equipe, quando solicitado;
- Participar de treinamentos, cursos e eventos na área de Enfermagem;
- Zelar pelo patrimônio da instituição;
- Cumprir regulamento, regimento ordem de serviço e portarias;
- Respeitar os princípios da ética e determinações legais de sua profissão;

- Manter relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde.

14.5 Deveres do Técnico em Enfermagem Apoio

- Apresentar-se ao serviço de acordo com o horário estabelecido;
- Ver junto ao enfermeiro do plantão ou diarista procedimentos a serem marcados;
- Entregar as requisições marcadas ao Enfermeiro;
- Encaminhar material biológico para exames, devidamente acondicionado em caixa específica ao laboratório;
- Confirmar os horários programados para exames específicos;
- Informar ao Enfermeiro e ao assistente administrativo os exames que foram marcados e comunicar o motivo da não marcação de algum que porventura precisará ser reagendado;
- Encaminhar os pedidos da Farmácia e do Almoxarifado quando solicitado pelo enfermeiro;
- Buscar material no Almoxarifado e Farmácia quando solicitado;
- Comunicar ao enfermeiro a necessidade de ausências do setor;
- Comunicar ao Enfermeiro falhas em equipamentos e instalações físicas, assim como, ausência de material permanente;
- Cumprir escalas de serviço estabelecidas pela Coordenação ou seu substituto;
- Zelar pelo patrimônio da instituição;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço e portarias;
- Respeitar os princípios da ética;
- Manter relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde.

DEVERES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

- Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;
- Atender a equipe Médica e de Enfermagem no desempenho de suas atividades;
- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, monitorar para que o setor esteja sempre abastecido de todos os insumos necessários para o seu funcionamento;
- Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- Realizar a gestão do setor com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;
- Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;
- Confecção de escala mensal do setor;
- Realizar reuniões periódicas para tratar de assuntos pertinentes ao funcionamento do setor;

DEVERES DO ENFERMEIRO DIARISTA

- Realizar visita diária aos pacientes internados na unidade;
- Organizar prontuários durante a internação do paciente e após sua alta;
- Auxiliar o Enfermeiro plantonista na elaboração na execução da SAE diária e em procedimentos assistenciais quando necessário;
- Solicitar ao setor responsável a coleta de exames laboratoriais e Raio X;
- Preencher diariamente CheckList diário de Gerenciamento Assistencial;
- Conferência dos carrinhos de emergência quanto a validades e reposição correta realizada pelos enfermeiros do setor; e conferência e reposição quando houver rompimento do lacre;

- Solicitar ambulância junto ao NIR para procedimentos, transferências, e altas quando necessário;
- Observar materiais e equipamentos com defeito devendo identificá-los (quanto ao defeito, a pessoa que identificou e a data), retirá-lo da unidade e relatar no livro da enfermagem e realizar abertura de chamado para manutenção corretiva, se for o caso;
- Auditoria interna de prontuários (SAE, Balanços, Prescrições e Evoluções de Enfermagem).

DEVERES DO ENFERMEIRO PLANTONISTA

- Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito de cada paciente, descrevendo inclusive características e viabilidades dos acessos, e quadro clínico de melhora ou piora no período do plantão;
- Após a passagem de plantão a enfermeiro (a) responsável pelo período deverá percorrer leito a leito conferindo drogas em infusão, procedimentos de horário e acesso venoso ou central avaliando inclusive se estão perveis;
- Durante os primeiros procedimentos de plantão a enfermeira deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;
- A avaliação da necessidade de aspiração e a execução desta atividade bem como a parametrização do modo ventilatório de paciente é de competência compartilhada entre o enfermeiro, o fisioterapeuta e médico de plantão;
- Os curativos de alta complexidade devem ser realizados pela enfermeira de plantão conforme seu julgamento clínico, e deve ocorrer preferivelmente após o banho.
- A passagem de sondas gástricas bem como a sua retirada é da competência da enfermeira de plantão, devendo a mesma realizar identificação com responsável e data do procedimento;

- Da competência da enfermeira avaliar a administração de dietas enterais e parenterais, orientando quanto ao posicionamento do paciente no leito;
- A nutrição parenteral deve ser instalada pela enfermeira de plantão com técnica estéril conforme prescrição médica e da nutrição;
- A retirada de acesso venoso central deverá ser realizada pela enfermeira do plantão conforme programação de tratamento da equipe médica para o paciente,
- A assistência de enfermagem deve ser baseada na aplicação da SAE, e os fomulários devem ser preenchidos adequadamente em todos os plantões, com validade de 24 horas. A anotação de todas as intercorrências relacionadas ao paciente, devem ser descritas na ficha de evolução de enfermagem;
- Realizar o aprazamento das medicações prescritas, conferir o preenchimento e cálculo do balanço hídrico;
- Durante situações de urgência e emergência a enfermeira deve executar as manobras adequadas, orientando a equipe de enfermagem, a fim de garantir a fluidez das ações propostas pela equipe médica;
- Executar os procedimentos assistenciais priorizando-os antes do preenchimento de qualquer formulário, só então segue-se com o registro das ações de enfermagem;
- A enfermeira deve, mensalmente, realizar orientações com sua equipe, sobre situações de fragilidades observadas no decorrer deste período, realizando registro com lista de presença;
- Todas as admissões devem ser acompanhadas pelo enfermeiro;
- Manter o dialogo constante, com a equipe de enfermagem e multiprofissional a fim de garantir a segurança das informações relacionadas ao paciente;
- Manter e preservar o sigilo das informações sobre o paciente e seu tratamento;
- A organização da unidade: livro ata de passagem de plantão, comunicação interna, relatório de alta e admissão, entre outros devem ser de conhecimento de todos e de fácil acesso;

- Ao enfermeiro dentro da Clínica Pediátrica cabe-lhe o papel de planejar, orientar e aplicar uma assistência humanizada de qualidade onde preservando sempre a segurança do paciente e de sua equipe;
- Realizar curativos dos pacientes pares e ímpares sempre que houver sujidade;
- Pacientes de alta encaminhar para Clínica Médica com banho e curativos realizados e dispositivos com correta identificação;
- Realizar curativos de CVC, lesões de pele e por pressão;
- Aspirar TOT e TQT e em casos extremos delegar atividade a um técnico já treinado sob a sua supervisão;
- Realizar fechamento do Balanço Hídrico a cada 6 horas e balanço final das 24 horas (FOR.250.GE BALANÇO HIDRÍCO);
- Realizar procedimentos inerentes ao enfermeiro: sondagem nasoentérica, sondagem vesical de demora, coleta de gasometria quando necessário; coleta de diurese estéril em SVD, coleta de sangue em CVC com registro de todos os procedimentos em prontuário (FOR.SAME.006.INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM E FOR.SAME.026.SAE.EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM);
- Conferir diariamente quanto a check-list da unidade o numero de bombas de infusão e outros equipamentos e materiais de uso permanente na Unidade; FOR.121.GE CHECK LIST DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DE EQUIPAMENTOS E ABERTURA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA;
- Zelar pela organização da unidade: posto de Enfermagem, leitos, armários, bancada e expurgo, e sala de equipamentos;
- Realizar registro em caderno de enfermagem conforme modelo pré-estabelecido em reunião e demais registros apenas em prontuário.
- Realizar preenchimento diário dos BUNDLES e sempre quando houver Inserção de PAI, CVC e SVD.

DEVERES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional da Clínica Pediátrica, só devem se ausentar na presença de um substituto para sua função;

- Para os pacientes admitidos na pediatria, os dados antropométricos (Altura, perímetro encefálico e peso) deve ser coletados em todas as admissões;
- O Técnico de Enfermagem auxilia o acompanhante durante o banho sempre que necessário;
- Todos os formulários devem ser preenchidos, em todos os seus campos, conforme a necessidade, com informações fidedígnas;
- Os cuidados de enfermagem devem ser realizados conforme prescrição do enfermeiro;
- É da responsabilidade do técnico os cuidados com material manipulado, a preservação do material e o transporte do mesmo para CME ou local de esterilização, conforme escala do dia feita pela enfermeira, devendo ser seguida rigorosamente nos horários estipulados pelo setor de CME;
- No momento da visita é solicitada uma discrição importante da equipe sobre comentários gerais, inoportunos, a fim de não gerar discórdia entre a equipe e a família;

Manter armários repostos e com estoque mínimo;

- Manter caixas de medicação dos pacientes dentro dos respectivos BINS;
- Manter caixas de pertences dos pacientes dentro dos armários, devendo estar devidamente identificadas com n° do leito e nome do paciente;
- Realizar banho diariamente nos pacientes pares (período diurno) e ímpares (período noturno) e TODOS os pacientes de alta deve ser realizado banho antes da saída da unidade;
- Trocar fixação da SNE no momento do banho (diariamente) e se houver sujidade; colocar nome e data do profissional na fixação;

- Trocar fixação de TOT e TQT no momento do banho e sempre que houver sujidade visível – colocar nome e data do profissional;
- Identificar todas as punções venosas realizadas (nome, data e calibre);
- Realizar fixação de SVD e troca quando necessário: homem na regiãosupra-pubica e mulher na face interna da coxa;
- Identificar com rótulo todos os soros e dietas (preencher todas as informações do rótulo);
- Mudar decúbito de 2/2h. Manter roupas sujas sempre no saco de Hamper fechado e levar fechado para o expurgo;
- Horário de Almoço deve ser rigorosamente seguido dentro de 1 hora, como pré-estabelecido na carga horária: dentro de uma hora almoçar e descansar;
- Receber e passar plantão no leito;
- Realizar cuidado integral: higiene, banho, medicações e BH;
- Ofertar dieta conforme entregue no setor;
- Entregar e buscar CME conforme horário;
- Aspirar VAS; aspirar TOT e TQT sob a supervisão direta do enfermeiro;
- Manter o expurgo limpo e organizado conforme escala;

- **Preparo do corpo pós-morte.**

DEVERES DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Realizar levantamento de quantidade de leitos ocupados, bloqueados e livres toda manhã para encaminhar e-mail ao NIR;

Providenciar cópia de formulários utilizados no setor;

- Repor material do almoxarifado;
- Assistir a assinatura de pontos dos funcionários do setor;

- Encaminhar prontuários ao SAME após conferir com o *check list;*

- Atender ao telefone do posto de enfermagem;
- Realizar recebimento das informações diversas do setor via telefone ou memorandos;
- Preparara documentos solicitados para composição de respostas diversas;
- Imprimir lista de presença e qualquer outro documento ou formulário solicitado;
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do superior imediato.
- Comunicar atendimento de outros serviços como: Serviço Social, Psicologia, etc, quando solicitado pelo Enfermeiro diarista ou plantonista.

15. Sistematização Da Assistência De Enfermagem (S.A.E.)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como objetivo, o registro fidedigno de todas as ações efetuadas pela equipe de enfermagem com respaldo técnico e científico. A taxonomia utilizada pela equipe de enfermagem da Instituição é a da NANDA e a base teórica tida como arcabouço referencial é a teoria do auto cuidado de OREM. A SAE é composta por:

15.1 Diagnósticos de enfermagem:

Efetuado pelo enfermeiro após o exame físico e levantamento das necessidades do paciente. É o que norteia a prescrição de enfermagem;

15.2 Prescrições de enfermagem:

Realizada pelo enfermeiro, após o diagnóstico de enfermagem e checada pelo auxiliar de enfermagem;

15.3 Evoluções de enfermagem:

Registrada pelo enfermeiro e contempla as 24 h da assistência prestada ao paciente, após avaliação do seu estado geral. Na Evolução de Enfermagem devem constar: os problemas novos identificados; um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

15.4 Anotações de Enfermagem:

É realizada pelo técnico de enfermagem e pelo enfermeiro. É registros ordenados, cuja finalidade essencial é fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Além dos cuidados prestados, é essencial constar nas anotações de enfermagem os itens da prescrição médica e de enfermagem que foram checados. Já os que não foram cumpridos, justifica-se o motivo. Todas as anotações, evoluções deveram ser registradas de forma fidedigna e completa no sistema MV.

16. PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

Realizar o 1 exame clínico:

Testar os reflexos, pupila fixa e arreativa, ausência de reflexo córnea palpebral, ausência de reflaxo óculocefálico, ausência e reflexo vestíbulo – calórico, ausência de reflexo de tosse comunicar aos familiares e notificar a CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante).

Médico deve preencher TDME (Termo de declaração de morte encefálica), em 02 vias, sem rasuras e com todos os espaços preenchidos.

Realizar o teste de apneia, (FIO2 100 % por, no mínimo 10 minutos para atingir PaO2, preferencialmente, igual ou maior que 200 mmHg e PaCO2 entre 35 e 45 mmHg, instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial, Desconectar Vm, estabelecer fluxo contínuo de O2 por um cateter intratraqueal ao nível da carina – 6L/min, observar a presença de qualquer movimento respiratório por 8 a 10 min, Prever elevação da PaCO2 de 3 mmHG/min > 55 mmHg. Em adultos, Colher gasometria arterial final. Reconectar VM)

Realizar os 2 exames clínico:

Realizar o exame complementar – Doppler (Não Necessita autorização da Diretoria para solicitar este exame, após o fechamento informar a Coordenação de enfermagem para solicitar o Doopler)

Aguardar a presença da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante) para informar o Óbito á família.

Aguardar a informação sobre o consentimento para a doação de órgãos e tecidos para conduta da manutenção do PD ou suspensão do suporte.

Observar o preenchimento de Óbito com o horário do óbito registrado no último exame realizado. Quando a causa do óbito for por motivo externo ou violento, preencher a ficha encaminhar ao IML (Instituto Médico Legal).

17. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A notícia do óbito é dada exclusivamente pelo médico para a família, pessoalmente; Todo e qualquer evento adverso, com ou sem Dano, inclusive o Near Miss (quase erro) devem ser notificados imediatamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente);Toda doença de notificação compulsória, seja nos casos de suspeita ou diagnóstico confirmado, a depender da patologia, conforme orientação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da prefeitura, deve ser preenchida, completamente e sem rasuras, a ficha de notificação compulsória, pelo enfermeiro e encaminhada ao SCIRAS, mantendo uma cópia no prontuário do cliente. As medidas disciplinares são de gestão do Recursos Humanos, podendo o Enfermeiro, em situações simples de não cumprimento de normas e ordens diretas fazer uso de advertência verbal, devendo esta, ser registrada no livro de relatório e comunicada a coordenação. Nos casos mais complexos, deve-se comunicar o coordenador do setor, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

18. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados
26/02/2020	Revisão nº 00	

Versão nº 00

19.APROVAÇÃO:

Nome do emissor:

Nome do 1° aprovador:

Nome do 2° aprovador:

Ass. do emissor:

Ass. do 1° aprovador: Ass. do 2° aprovador:

1.3.2 PROTOCOLO UTI

1.3.2.1 Protocolo - POP.060.DT ADMISSÃO E ALTA DA UTI ADULTO

OBJETIVO

Guiar na decisão de admitir ou não, um paciente na terapia intensiva.

Auxiliar na discussão de casos com o corpo clínico e com médicos reguladores da central de leitos.

Guiar na decisão de alta da UTI Adulto.

APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os pacientes admitidos na UTI Adulto.

DEFINIÇÕES

Devem ser considerados para admissão dos pacientes em ordem de prioridade:

Prioridade 1: pacientes gravemente enfermos que necessitem de cuidados intensivos que não podem ser realizados fora da UTI, normalmente estes tratamentos são: ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, etc.

Prioridade 2: pacientes que necessitem de monitorização intensiva e que podem necessitar de intervenções imediatas.

Prioridade 3: pacientes instáveis, mas com pequena probabilidade de se recuperarem devido à doença grave ou a comorbidades prévias. Pacientes deste grupo podem ser tratados intensivamente para controle de complicações reversíveis, mas limites terapêuticos podem ser estabelecidos e definidos parâmetros para inicio de cuidados paliativos.

Prioridade 4: a admissão destes pacientes na UTI é normalmente inadequada, os casos devem ser discutidos individualmente com especialista e corpo clínico antes.

Sinais de alerta que podem indicar a eminência de internação em UTI: os pacientes no setor de emergência e nas enfermarias dos hospitais podem manifestar sinais de alerta de maior gravidade que indicam a necessidade de internação em UTI. Podem-se usar escores validados para avaliar pacientes, como o Medical Emergency Team (MET) score ou o Modified Early Warning Score (MEWS) (Ver Tabelas 1 e 2).

Evitar alta precoce ou tardia da UTI. Deve-se considerar para a alta da UTI pacientes estáveis pelo menos nas últimas 24 horas, em que a complexidade de seus cuidados seja semelhante tanto na UTI quanto na unidade que irá recebê-lo. Não deve haver "desnível" assistencial.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Admissão:

Equipe de Enfermagem:

Receber a solicitação de vaga;

Dimensionar a equipe e preparar o leito;

Higienizar as mãos;

Paramentar caso paciente esteja em alguma precaução;

Receber o paciente;

Monitorizar o paciente;

Realizar troca dos dispositivos invasivos;

Realizar banho no leito com clorexidina;

Protocolar e devolver pertences do paciente;

Orientar acompanhante sobre rotinas da UTI;

Equipe médica:

Receber a solicitação de vaga;

Higienizar as mãos;

Receber o paciente;

Realizar troca dos dispositivos invasivos;

Abrir Projeto Terapêutico Singular;

Alta:

Certificar-se de que o paciente recebeu alta da UTI, através da prescrição médica e do Sumário de Alta;

Solicitar a unidade que providencie um leito para o paciente.

Entrar em contato com familiares comunicando à alta do paciente da UTI e a transferência para a unidade de internação.

Após a confirmação do leito pela unidade de internação, orientar sobre as necessidades despendidas pelo Paciente (ex: BI, oxigenoterapia, etc.).

Realizar a passagem das condições clínicas atuais, os procedimentos realizados, os cuidados específicos, uso de sondas, drenos;

Encaminhar os documentos do paciente, prescrição, medicamentos junto com o paciente;

No caso de óbito encaminhar os documentos para o faturamento;

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Papel

Caneta

Computador.

EPI

Adotar em caso de precaução

Touca

Máscara

Óculos

Capote

Luvas

RESPONSABILIDADE

Funcionários da recepção, enfermagem e médicos.

QUANDO EXECUTAR

Todas as vezes que os usuários chegar na Unidade e sair após atendimento.

REGISTROS

FOR.005.SAME FICHA DE ATENDIMENTO;

FOR.013.SAME TERMO DE CONSENTIMENTO DE INTERNAÇÃO;

FOR.028.SAME TRANSPORTE E TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE;

FOR.010.SAME SUMÁRIO DE ALTA.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Caso não preencha os formulários.

AÇÃO: Executar de imediato. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos formulários.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KOCH, Rosi Maria. Técnicas básicas de enfermagem.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

Programa UTI Beira Leito – Procedimentos Operacionais em Medicina Intensiva Adulto – 2012 – Ed.Atheneu – Amib – Frederico Bruzzi de Carvalhos et .

ANEXO

TABELA 1 – MEDICAL EMERGENCY TEAM (MET) SCORE
Via aérea
Via aérea ameaçada (necesidade de aspiração de secreções, intubação traqueal, broncoscopia)
Ventilação
Frequência respiratória < 6 ou > 30 por minuto
Saturação de oxigênio < 90%, mesmo com suplementação de oxigênio
Circulação
Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
Frequência cardíaca < 40 ou > 140 batimentos por minuto
Neurologia
Estado de coma de Glasgow < 13 pontos ou redução aguda de 2 pontos
Convulsões repetidas ou prolongadas (> 5 minutos)
Outros – preocupação subjetiva com o estado do paciente

Tabela 2 – Modificed Early Warning Score							
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	< 6	6 - 8	9 - 12	12 - 17	18 - 20	21 - 29	> 30
Frequência Cardíaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 – 129	> 130

Pressão Arterial Sistólica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200	
AVPU (consciência)				Alerta	Atende Estímulo Verbal	Resposta somente à dor	Irresponsivo
Temperatura (oC)		< 35.0		35.0 – 38.0	38.1 – 38.5	≥ 38.6	

HISTORICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

1.3.2.2 Protocolo - POP.061.DT ADMISSÃO E ALTA DA UTI PEDIÁTRICA.

OBJETIVO

Descrever o fluxo de admissão e alta do paciente da Uti Pediátrica

APLICAÇÃO

Neste processo estão envolvidos a recepção, a enfermagem e médicos.

DEFINIÇÕES

UTI PEDIÁTRICA

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

4.1 Higienização das mãos;

4.2 Paramentar-se conforme indicação/ precaução;

4.3 Identificar do paciente, conferindo o nome do paciente na AIH e espelho do SISREG

4.4 Verificar se o prontuário está completo, observando laudo médico, prescrição médica e exames anexos;

4.5 Pesar a criança, no ato da internação e registrar no prontuário;

4.7 Despir a criança, colocar fralda (tamanho de acordo com a idade) e acomodá-lo no leito

4.8 Providenciar acesso venoso periférico, e se não for possível verificar indicação de acesso venoso central.

4.9 Comunicar o laboratório quanto aos exames solicitados; coletar swabs de rotina (nasal e retal),

4.10 Monitorizar os parâmetros vitais com o monitor multiparamétrico;

4.11Receber a mãe/acompanhante de modo gentil e afável;

4.12 Fazer todas as orientações de horário de visita e normas da UTI Pediátrica (conforme está descrito nas normas e rotinas da UTI Pediátrica);

4.13 Orientar a mãe/acompanhante em relação à localização da guarda de pertences, horário das refeições, horário de visitas, entregar o folder informativo e etc.

4.14 Orientar a mãe/acompanhante sobre as normas e rotinas do hospital;

4.15 Solicitar a mãe/acompanhante todos os exames e anexá-los ao prontuário;

4.16 Realizar a sistematização da assistência da enfermagem;

4.17 Higienizar as mãos.

ALTA

1.1.1. A alta do paciente somente acontece quando há melhora do quadro Clínico do paciente;

1.1.2. Solicitar a presença do responsável/familiar para saída do paciente quando está sem acompanhante

1.1.3. Orientar alta explicando sobre a receita médica, encaminhamentos e a autocuidado;

1.1.4. Devolver pertences, se eles não foram entregues à família;

1.1.5. Anotar horário e apresentação do paciente no momento da alta;

1.1.6. Encaminhar prontuário e exames para CLÍNICA PEDIÁTRICA

1.1.7. Preencher Sumário de Alta (FOR.010.SAME SUMÁRIO DE ALTA);

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

1.2. Prontuário do paciente;

1.3. Caneta preta ou azul (turno diurno) ou preta (turno noturno).

1.4. Balança

EPI

1.5. Luvas descartáveis

1.6. Máscaras

1.7. Touca

1.8. Capote quando necessário

2. RESPONSABILIDADE

Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

3. QUANDO EXECUTAR

Todas as vezes que os usuários chegar na Unidade e sair após atendimento.

4. REGISTROS

4.1. FOR.256.GE SAE PEDIÁTRICA – INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM

4.2. FOR.010. SAME Sumário de Alta

5. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Caso não preencha os formulários.

AÇÃO: Executar de imediato. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos formulários.

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

7. ANEXO

Não se aplica.

HISTORICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

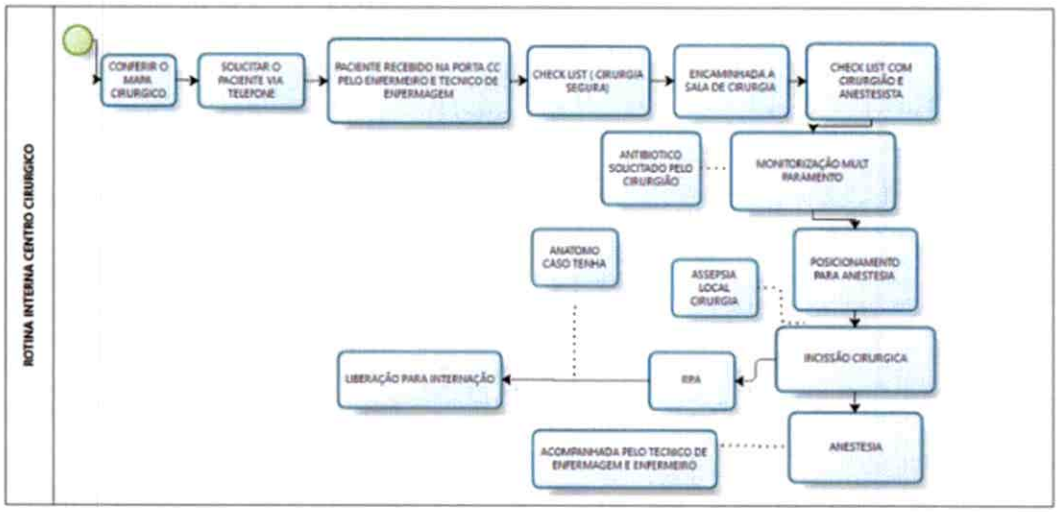
APROVAÇÃO

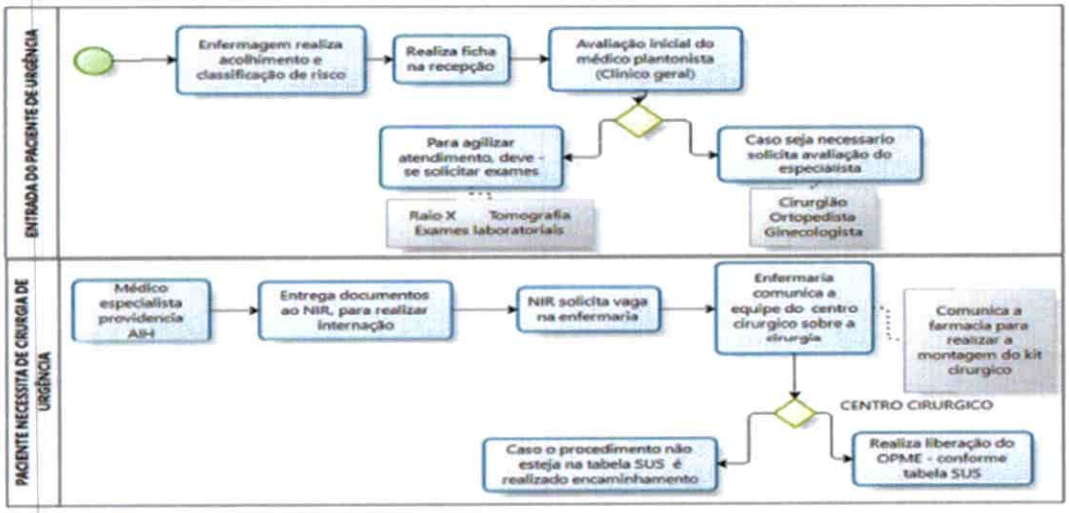
Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
Ass.emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

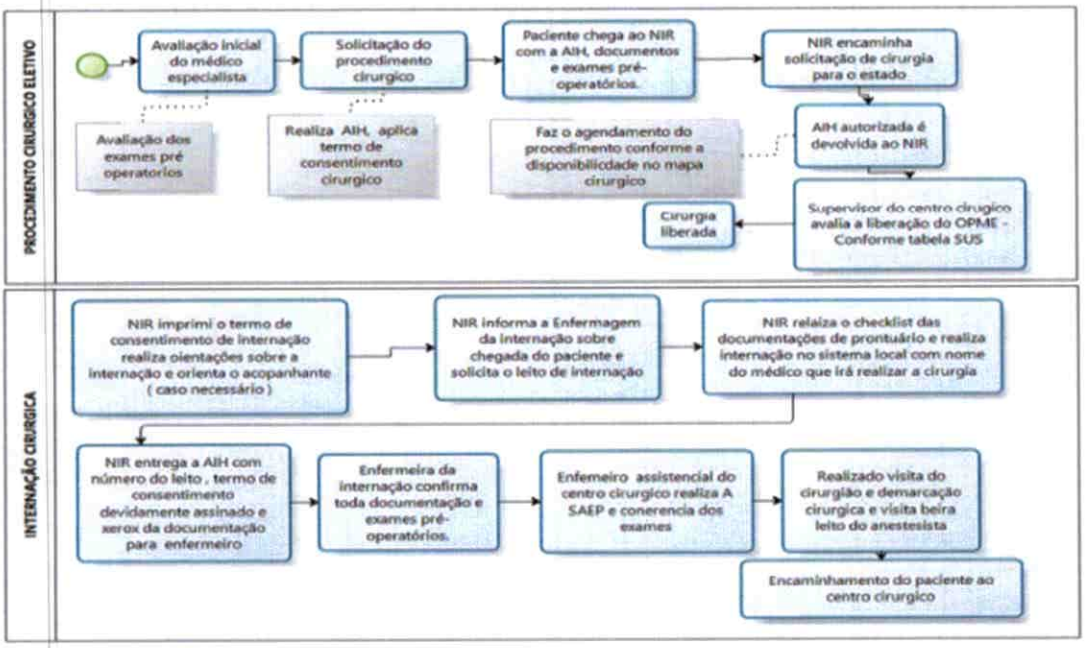
1.4 NORMAS E ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO

No Centro Cirúrgico são realizados variados procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, conforme as especialidades médicas atuantes na Unidade, que exige da equipe de enfermagem o conhecimento pleno dos processos de trabalho necessários ao desenvolvimento das atividades de assistência à saúde dos pacientes.

1.4.1.1 MAPEAMENTO DE MACROPROCESSO





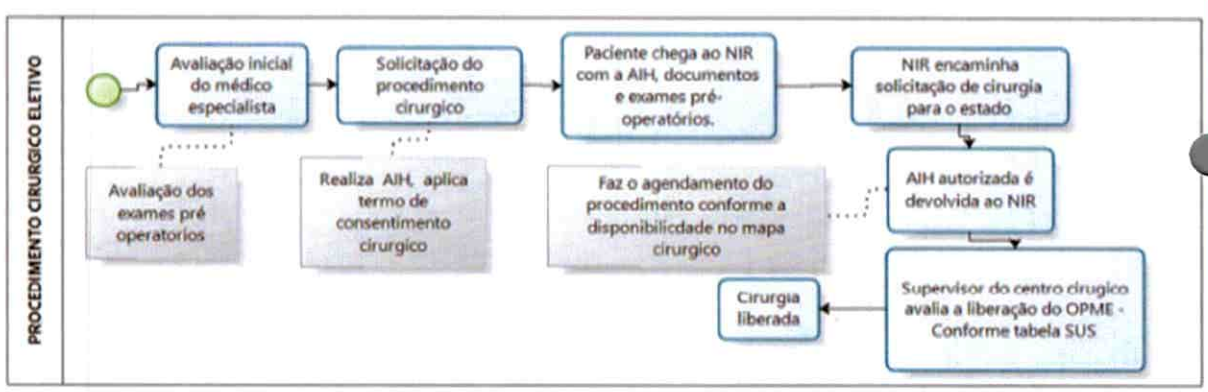


1.4.1.2 MANUAL DE ROTINAS:

Início da rotina

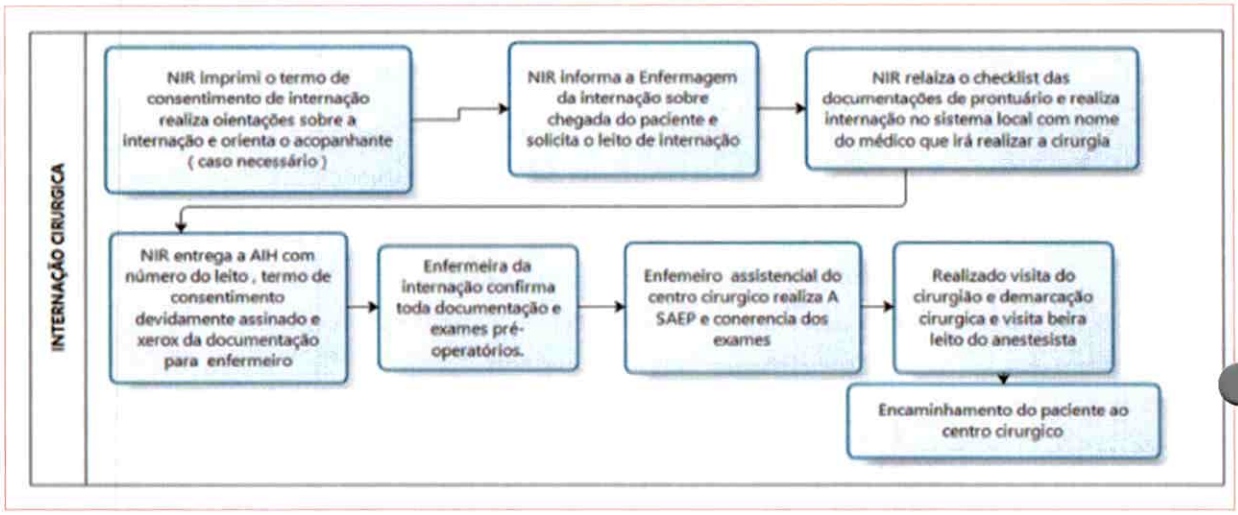
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Avaliação inicial do médico especialista, avaliação dos exames pré-operatórios.	CIRURGIÃO
2	Solicitação do procedimento cirúrgico, cirurgião realiza AIH, aplica termo de consentimento cirúrgico.	CIRURGIÃO
3	Paciente chega ao NIR com a AIH, documentos e exames pré-operatórios.	PACIENTE
4	NIR encaminha solicitação de cirurgia para o estado.	FUNCIONARIO DO SETOR
5	Com a AIH autorizada é devolvida ao NIR, faz o agendamento do procedimento conforme a disponibilidade no mapa cirúrgico.	FUNCIONARIO DO SETOR
6	Supervisor do Centro Cirúrgico avalia a liberação do OPME-conforme tabela SUS.	SUPERVISOR CENTRO CIRURGICO

PROCEDIMENTO EM FLUXOGRAMA:



Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

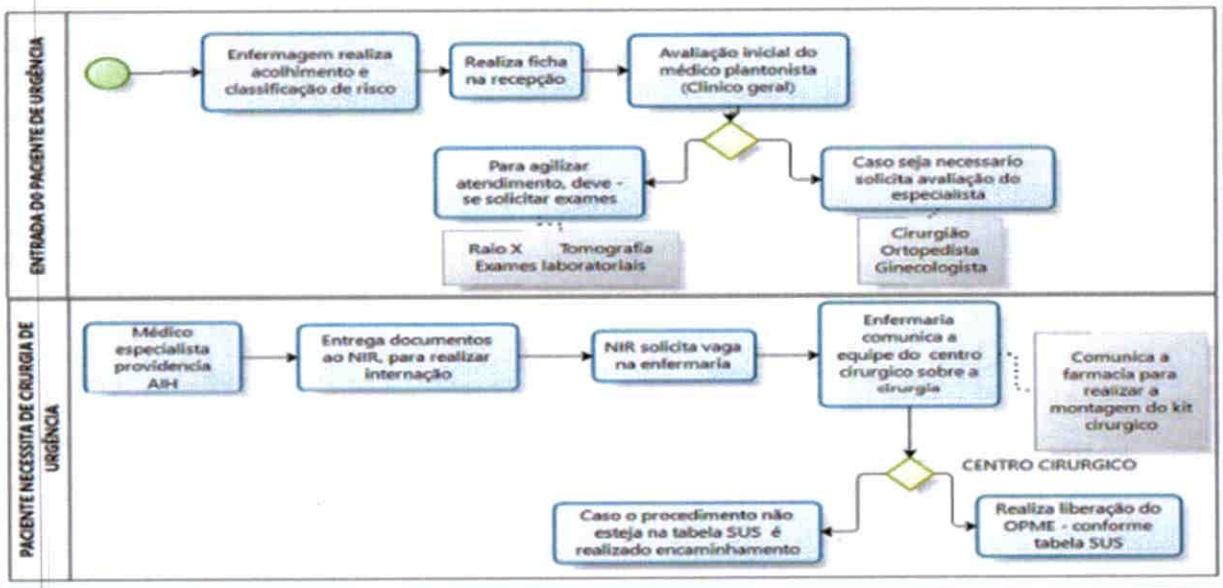
1		NIR imprime o termo de consentimento de internação realiza orientação sobre a internação e orienta o acompanhante (caso necessário).	FUNCIONARIO DO SETOR
2		NIR informa a enfermagem da internação sobre chegada do paciente e solicita o leito de internação.	FUNCIONARIO DO SETOR
3		NIR realiza check list das documentações de prontuário e realiza internação no sistema local com nome medico que irá realizar a cirurgia.	FUNCIONARIO DO SETOR
4		NIR entrega AIH com número do leito, termo de consentimento devidamente assinado e xerox da documentação para enfermeiro.	FUNCIONARIO DO SETOR
5		Enfermeira da internação confirma toda a documentação e exames pré existente e faz orientação como descrito em fluxo de rotinas da internação pacientes cirúrgicos.	ENFERMEIRA DA INTERNAÇÃO
6		Enfermeiro assistencial do Centro Cirúrgico realiza a SAEP e coerência dos exames.	ENFERMEIRA DO CENTRO CIRURGICO
7		Cirurgião realiza visita beira leito para demarcação cirúrgica.	CIRURGIÃO
8		Visita beira leito do anestesista para orientação e assinatura do termo cirúrgico.	ANESTESISTA
9		Aguardando liberação do centro cirúrgico para encaminhar o paciente.	TECNICO DE ENFERMAGEM, MAQUEIRO
PROCEDIMENTO EM FLUXOGRAMA:			



Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Enfermagem realiza acolhimento e classificação de risco.	ENFERMEIRO DO ACOLHIMENTO
2	Paciente, acompanhante ou serviço de atendimento móvel (CBM/SAMU) realiza ficha na recepção.	FUNCIONÁRIO DOR SETOR
3	Avaliação inicial do médico plantonista (clinico geral).	MEDICO PLANTONISTA
4	Solicitação de exames laboratoriais, raio x e ou tomografia, solicitar avaliação do especialista.	MEDICO PLANTONISTA
5	Medico especialista providencia AIH e entrega documentação ao NIR para realizar internação.	MEDICO ESPECIALISTA
6	NIR solicita vaga na enfermaria, realiza internação no sistema local com nome do médico cirurgião, vincula paciente ao centro cirúrgico.	FUNCIONÁRIO DOR SETOR
7	NIR e ou enfermeiro da internação comunica o centro cirúrgico e a farmácia (montagem do kit cirúrgico) sobre a cirurgia.	FUNCIONÁRIO DOR SETOR,

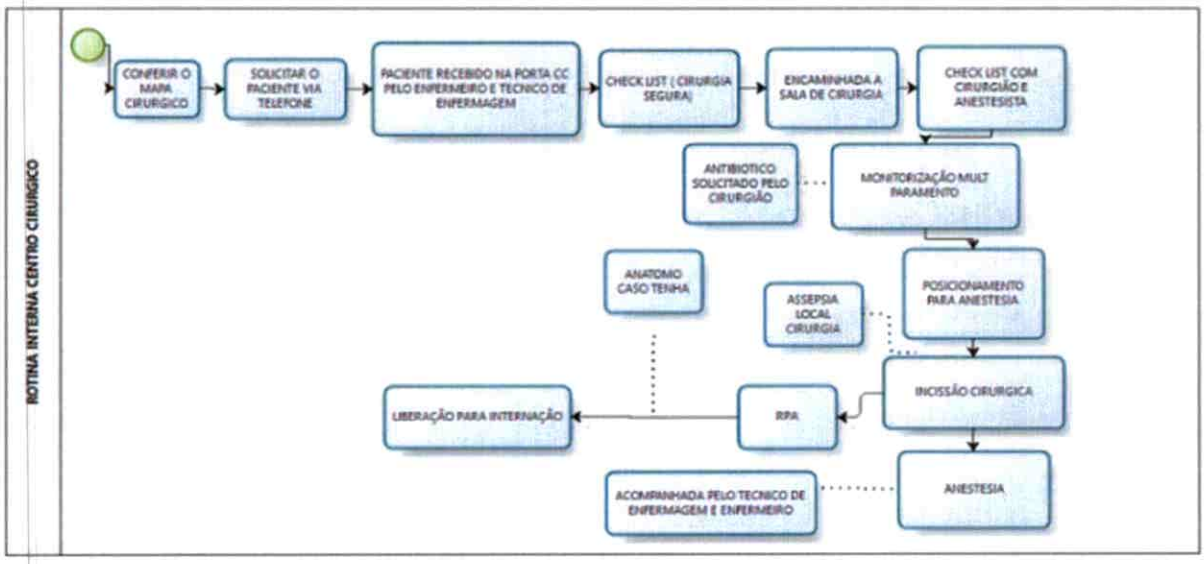
		ENFERMEIRO DA INTERNAÇÃO
8	Avalia a liberação do material e ou OPME conforme tabela SUS.	SUPERVISORA DO CENTRO CIRURGICO
9	Caso procedimento não seja compatível com atendimento e ou tabela SUS é realizado encaminhamento.	SUPERVISORA DO CENTRO CIRURGICO, FUNCIONARIO DO SETOR

PROCEDIMENTO EM FLUXOGRAMA:



Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Conferir o mapa cirúrgico obedecendo horário agendado no mesmo e material solicitado para o procedimento.	ENFERMEIRO DO CC
2	Solicita paciente via telefone na enfermaria.	TECNICO DE ENFERMAGEM

3	Receber paciente na sala de recepção do paciente, fazer check list(cirurgia segura).	ENFERMEIRO E TECNICO DE ENFERMAGEM
4	Encaminhar paciente a sala operatório identificando o quadro de aviso na porta da sala com dados do paciente.	TECNICO DE ENFERMGEM
5	Check list (cirurgia segura).	CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO
6	Monitorização multiparamétrica,antibiótico caso solicitado pelo cirurgião.	TECNICA DE ENFERMAGEM
7	Posicionar paciente para anestesia.	TECNICA DE ENFERMAGEM
8	Assepsia região da incisão cirúrgica.	TECNICA DE ENFERMAGEM
9	Cirurgia propriamente dita.	CIRURGIÃO, 1º AUXILIAR E INSTRUMENTADOR
10	Liberado para o RPA.	ANESTESISTA E TECNICO DE ENFERMAGEM
11	Encaminhado a enfermaria, levando material de anatomopatológico caso tenha algum.	TECNICA DE ENFERMAGEM



PROCEDIMENTO EM FLUXOGRAMA

1.4.1.3 Responsabilidades e Deveres

DEVERES DA ENFERMEIRA COORDENADORA

- Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;
- Atender a equipe Médica e de Enfermagem no desempenho de suas atividades;
- Manter materiais, salas cirúrgicas, sala RPA e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, monitorar para que estejam sempre abastecidos de todos os insumos necessários para o seu funcionamento;
- Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado;

- Realizar a gestão do setor com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;
- Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;
- Garantir a aplicação do protocolo de cirurgia segura.

DEVERES DA ENFERMEIRA PLANTONISTA DO CENTRO CIRÚRGICOS

- Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito dos pacientes e das cirurgias; descrevendo inclusive características do que ocorreu no período do plantão;
- Após a passagem de plantão a Enfermeira responsável pelo período deverá percorrer todo o setor, sala por sala, inclusive a SRPA, conferindo a funcionalidade dos aparelhos, tais como: carrinho de anestesia, foco, mesa cirúrgica, bisturi elétrico, carrinho de parada cardiorrespiratória, monitores, ventiladores e os leitos;
- A Enfermeira deve determinar qual técnico é responsável por circular qual sala, inclusive a sala de RPA, determinando horário de descanso e de refeição para cada um, a fim de que o setor não fique sem profissionais (Nota para excluir: no noturno, mesmo com o revezamento ficará apenas um técnico disponível o horário de descanso pois está dimensionado apenas 02 tec.);
- A Enfermeira deve determinar qual será a escala de colaboradores diariamente de PCR, determinando quem serão os responsáveis pela: medicação, circulante, manobras, vias aéreas etc;
- A Enfermeira deve determinar qual instrumentador cirúrgico ficará responsável por instrumentar as cirurgias de determinada sala, determinando o horário de descanso e de refeição para cada um, a fim de que, na unidade não permaneça apenas com um instrumentador cirúrgico;

- Durante os primeiros procedimentos de plantão a enfermeira deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;
- A Enfermeira plantonista deverá solicitar os pacientes nos locais de origem e determinar em qual sala cirúrgica, o mesmo ficará;
- A Enfermeira deverá receber os pedidos de cirurgias eletivas até as 16 h do dia anterior da cirurgia, conferindo com a CME quanto ao material a ser utilizado, confeccionar e checar o mapa cirúrgico, bem como disponibilizá-lo ao hospital até as 18 h;
- A Enfermeira deverá supervisionar e orientar toda a equipe médica e técnica quanto ao uso correto dos EPIS, bem como a obrigatoriedade do uso do unissex exclusivo do setor e a retirada de adornos;
- É de competência da Enfermeira realizar o início da SAEP no período pré-operatório, nas primeiras 12 h cirurgia eletiva;
- A Enfermeira acompanhada de toda a equipe deverá manter o setor organizado;
- Aos pacientes que forem fazer o pós-operatório na UTI, compete a Enfermeira plantonista levá-lo até o setor de destino, junto com o médico cirurgião ou o médico anestesista.

DEVERES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

- Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional da Centro Cirúrgico, só devem se ausentar na presença de um substituto para sua função;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito dos pacientes e das cirurgias; descrevendo inclusive características do que ocorreu no período do plantão;
- Os técnicos de enfermagem deverão estar paramentados de acordo com a padronização do setor, bem como unissex, sapato fechado e não utilizar nenhum tipo de adorno durante todo o plantão.
- Os técnicos de enfermagem, deverão cumprir a escala diária que a Enfermeira plantonista designar, quanto a circulação de sala, RPA, bem como a escala de PCR;

- Os técnicos de enfermagem, ao receber a escala deverão conferir a funcionalidade dos equipamentos da sala, bem como montagem e desmontagem da sala cirúrgica;
- Os técnicos de enfermagem deverão acompanhar a admissão do paciente no setor, junto com a Enfermeira plantonista;
- Os técnicos de enfermagem, após o término de cada procedimento cirúrgico, deverão desmontar a sala cirúrgica, realizar desinfecção de superfícies e aparelhos utilizados;
- Os técnicos de enfermagem, deverão fazer a evolução do paciente e a realização do check list (Cirurgia segura) em 4 momentos, tais como: Admissão, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala cirúrgica;
- Os técnicos de enfermagem, deverão identificar e encaminhar as peças anatômicas ao laboratório;
- Os técnicos de enfermagem, retirar o saco de hamper da sala e enviá-lo ao expurgo;
- Segundo protocolo da CCIH todo domingo será realizado desinfecção terminal e os técnicos de enfermagem deverão auxiliar a equipe de higienização na limpeza terminal, bem como a higienização dos móveis e aparelhos do setor;
- Aos técnicos de enfermagem, compete o preenchimento dos formulários padronizados do setor, referente a cada procedimento cirúrgico;
- Os técnicos de enfermagem deverão retirar os kits cirúrgicos na farmácia satélite e fazer a devolução no final da cirúrgica junto com o check list referente ao que foi utilizado;
- Os técnicos de enfermagem, obrigatoriamente deverão assim como toda a equipe manter o setor organizado;

DEVERES DOS INSTRUMENTADORES CIRÚRGICOS

- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão receber o plantão e obedecer a escala designada pela Enfermeira plantonista;

- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão estar paramentados de acordo com a padronização do setor, bem como unissex, sapato fechado e não utilizar nenhum tipo de adorno durante todo o plantão;
- Os instrumentadores cirúrgicos ficarão responsável por instrumentar as cirurgias de cada sala, determinando pela Enfermeira, bem como o horário de descanso e de refeição para cada um;
- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão verificar o andamento das cirurgias, caso tenha algum procedimento em andamento, escovar e paramentar-se de imediato para substituir o colega que está finalizando o plantão;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito dos pacientes e das cirurgias; descrevendo inclusive características do que ocorreu no período do plantão;
- Os instrumentadores cirúrgicos, ao receber a escala deverão conferir todos os materiais, insumos e materiais que for utilizar na cirurgia;
- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão auxiliar o técnico na montagem da sala cirúrgica. Realizar a escovação e paramentação no mínimo 20 minutos antes do horário previsto, dispor os instrumentais na mesa cirúrgica e conferir antes do ato anestésico;
- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão auxiliar a equipe médica na paramentação e no decorrer de toda a cirurgia, colaborando para que a cirurgia transcorra de forma segura;
- Os instrumentadores cirúrgicos deverão realizar o registro do procedimento no prontuário do paciente;
- Os instrumentadores cirúrgicos, após o término de cada procedimento cirúrgico, deverão desmontar a mesa cirúrgica, realizar o curativo encaminhar os materiais sujos ao expurgo, onde estes serão colocados no elevador até a CME;
- Na ausência de cirurgia, os instrumentadores deverão auxiliar os técnicos de enfermagem de acordo com as necessidades do setor.

- Os instrumentadores cirúrgicos, obrigatoriamente deverão assim como toda a equipe manter o setor organizado.

1.4.2 PROTOCOLO - CENTRO CIRÚRGICO

1.4.2.1 SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Identificação

Data: _____/_____/_____ Hora: _____:_____ Prontuário: _____

Paciente: _____

Idade: _____ Data de nasc.: _____/_____/_____ Sexo: ( )M ( )F Leito: _____

Data da cirurgia: _____/_____/_____ Horário: _____:_____

Cirurgia proposta: _____

Cirurgião: _____

Tipo de Precaução: ( )Padrão ( )Aerossóis ( )Gotículas ( )Contato

Cirurgias Anteriores: ( )Não ( )Sim, especificar:

_____

Anestesias Anteriores: ( )Não ( )Sim, especificar: _____

Assinou o termo de consentimento livre esclarecido? ( )Sim ( )Não

Lateralidade Demarcada? ( )Sim ( )Não

Antecedentes Patológicos

HAS ( )Sim ( )Não Medicamentos:

_____

DM ( )Sim ( )Não Medicamentos: _____

Cardiopatias ( )Sim ( )Não Medicamentos: _____

Alergias ( )Sim ( )Não Medicamentos?Quais: _____

Faz uso de medicações contínua e ANTICOAGULANTES ( )Sim ( )Não
Qual?_____ (Suspender 12hs antes da cirurgia).

( )Etilista ( )Tabagista

Orientações Pré-Operatórias

Jejum: ( )Sim ( )Não A partir de: _____h

Higiene Corporal ( )Sim ( )Não

Ausência de próteses ( )Sim ( )Não

Ausência de adornos ( )Sim ( )Não

Vestimentas adequadas ( )Sim ( )Não

Exame Físico

Acuidade auditiva:

( )Boa ( )Diminuída ( )direito ( )esquerdo

( )Ausência de audição ( )direito ( )esquerdo

( )Não verificado / motivo: _____

Revest. cutâneo/mucoso:

( )Íntegro ( )Lesões/região: _____

( )Normocorado ( )Hipocorado

( )Drenos ( )Sondas, região: _____

Punção venosa, local: _____

Comportamento:

( )Ansioso ( )Muito ansioso ( )Sem sinais de ansiedade

( )Algia ( )Não ( )Sim, local: _____

Verbaliza: ( )Sim ( )Não

Deambula: ( )Sim ( )Não

Exames Pré-Operatórios

Raio X ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Exames laboratoriais ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Tomografia ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Ressonância Magnética ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

ECG ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____ Risco cirúrgico ( )Sim ( )Não Realizado em: _____/_____/_____

Assinatura Enfermeiro Centro Cirúrgico: _____

Assinatura Enfermeiro do Setor: _____

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.2 ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E ENCAMINHAMENTO PARA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de admissão do paciente no centro cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Receber cordialmente o paciente no CC, chamando-o pelo nome e apresentar-se dizendo o nome e função.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Iniciar a conferência dos dados com o preenchimento do check list de cirurgia segura e o prontuário.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Conferir identificação do paciente e pulseira , exames anexos (laboratoriais e imagem)	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Conferir retirada de adornos e próteses dentárias.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Conferir se o paciente trouxe tipóias e imobilizadores quando solicitado.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Fazer transferência da maca para o Centro Cirúrgico.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Paramentar o paciente com touca e propés, quando indicado.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o paciente para a sala cirúrgica, transferindo-o da maca para a mesa cirúrgica.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente na mesa cirúrgica de maneira segura.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Confirmar com o paciente a cirurgia a ser realizada e localização da mesma.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Investigar informações sobre jejum, alergias, doenças preexistentes, uso de medicações, história de cirurgias anteriores.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Verificar sinais vitais, nível de consciência, padrão respiratório, queixas álgicas, movimentação de MMSS e MMII, integridade da pele, acesso venoso, uso de cateteres, traqueostomia, gastrostomia, drenos, curativos, trações cutâneas ou esqueléticas.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a admissão do paciente na evolução de enfermagem.	Enfermeiro/Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC: práticas recomendadas da SOBECC. São Paulo, 7ª ed, 2017.

6. ANEXOS

1.4.2.3 CHECK LIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – ADMISSÃO DO PACIENTE – AVALIAÇÃO DE ADESÃO

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.4 ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de alta dos pacientes na sala de recuperação pós anestésica.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Liberar o paciente somente após alta registrada pelo anestesista na **folha de registro da SRPA.**	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Ligar no setor de destino confirmar se o leito está pronto ,solicitar na farmácia o kit de medicamentos para enviar com paciente e informar diretamente para o enfermeiro do setor de internação que o paciente será encaminhado.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Preencher corretamente o formulário da SRPA que deverá ser carimbado e assinado pelo Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Registrar a alta e destino do paciente no prontuário e livro de registro.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Solicitar o condutor para transportar o paciente.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Preencher protocolo de conferência de prontuário, carimbar, assinar e anexar ao prontuário.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem

•	Encaminhar o paciente ao setor de destino, munido do prontuário completo, protocolo de conferência de prontuário, lacrado em saco transparente.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Realizar inspeção no paciente, antes de sua saída, evitando assim que o mesmo apresente alguma não conformidade.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
•	Encaminhar ao expurgo: latéx, traqueias, vidro do aspirador e outros materiais utilizados.	Téc. em Enfermagem
•	Acionar o serviço de limpeza para fazer a limpeza adequada.	Téc. em Enfermagem
•	Realizar a desinfecção dos monitores, suporte de soro, cama, colchão e mobiliário após a limpeza.	Téc. em Enfermagem
•	Realizar a montagem do leito para o próximo paciente.	Téc. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

6. ANEXOS

- Sem anexo..

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de paramentação cirúrgica, visando à prevenção de infecção de sítio cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

.		Usar máscara cirúrgica que cubra totalmente a boca e o nariz quando entrar na sala cirúrgica, caso o instrumentador já esteja exposto ou a cirurgia esteja em andamento.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico/ Anestesiologista/ Equipe de enfermagem
•		Cobrir todo cabelo e barba ao adentrar na sala cirúrgica.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico/ Anestesiologista/ Equipe de enfermagem
•		Abrir os campos conforme técnica asséptica.	Téc./ Aux. em enfermagem
•		Realizar a degermação das mãos.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•		Segurar o capote pela parte superior, com os dedos indicador e polegar de cada mão.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•		Balançar suavemente para que se abra.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•		Vestir cuidadosamente sem tocar na parte externa do mesmo.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico

•	Solicitar que a circulante da sala ajuste e amarre o capote confortavelmente.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Calçar luvas cirúrgicas na técnica asséptica.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Cuidar para não encostar em nada que não esteja esterilizado.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Usar aventais por debaixo do capote quando tiver o risco de contaminação grosseira com fluidos corpóreos.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Trocar a paramentação quando estiver visivelmente suja ou infiltrada com sangue ou outro fluido corpóreo potencialmente infectante.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
•	Retirar primeiro as luvas e depois o capote ao término do procedimento, desprezando em local apropriado.	Cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico

4. SIGLAS

Não se aplica.

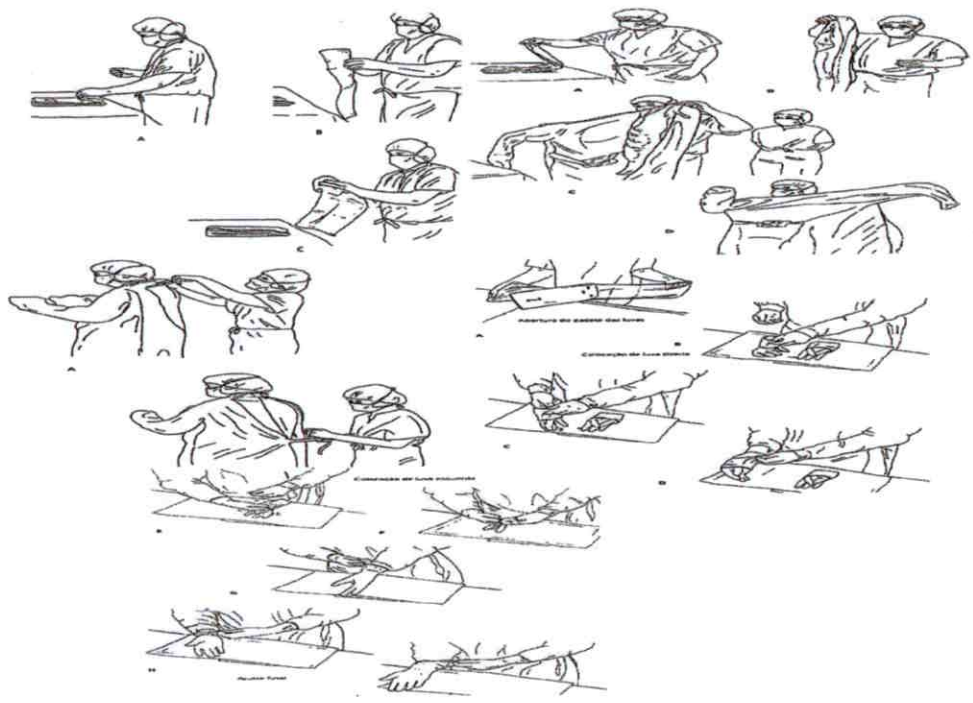
5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999.

6. ANEXOS

ANEXO 1 - PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA



Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento aos pacientes no período pós-anestésico e pós-operatório imediato.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Receber o paciente na SRPA e se informar com o circulante da SO e/ou anestesista qual o procedimento anestésico cirúrgico realizado.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Confirmar os dados do paciente com o prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Orientar o paciente quanto ao término da cirurgia e sua permanência na sala de recuperação pós anestésica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Transferir o paciente da maca para a cama, atentando-se às punções, drenos, cateteres e imobilizações.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente conforme prescrito ou de acordo com a necessidade, proporcionando conforto, segurança e privacidade.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Monitorar o paciente adequadamente, instalando monitorização multiparamétrica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar o horário da admissão no livro da SRPA. Identificar o leito do paciente. Preencher SAEP – Assistência na Sala de Recuperação Pós Anestésica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Monitorar a saturação e instalar oxigênio conforme necessidade do paciente e prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Controlar os sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Manter as vias aéreas pérvias e realizar aspiração orotraqueal, se necessário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Observar sinais de sangramento, distensão e desconforto abdominal e avisar o anestesiologista e/ou cirurgião.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Verificar integridade cutânea nas áreas que permaneceram sob pressão no intraoperatório e na região de contato da placa de retorno do bisturi elétrico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar a avaliação do anestesiologista na presença de alterações do nível de consciência, alterações respiratórias e/ou hemodinâmicas, queixas de dor, náuseas, vômito ou qualquer outro desconforto.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Executar a prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar no prontuário os procedimentos de enfermagem realizados e/ou as intercorrências apresentadas pelo paciente.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Avaliar as condições clínicas de alta do paciente e registrar esses dados.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Após liberação de alta do paciente pelo anestesiologista, comunicar a unidade de origem do paciente via telefone	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Transferir o paciente da cama para a maca com segurança.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o paciente e passar para a equipe de enfermagem da unidade de origem as informações clínicas do paciente.	Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

6. ANEXOS

- Sem anexo.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NA SRPA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento aos pacientes no período pós-anestésico e pós-operatório imediato, em casos de complicações.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SRPA		
·	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência respiratória.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Elevar o decúbito, aumentar a oferta de oxigênio, conforme prescrição médica. Solicitar realização de respiração profunda.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aspirar a secreção orotraqueal, se necessário. Administrar os medicamentos prescritos de horário ou SOS.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Providenciar material para intubação e/ou ventilação do paciente, se necessário. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SRPA		
•	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência cardíaca.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Manter o paciente normotérmico. Administrar os medicamentos prescritos de horário ou SOS. Providenciar material para atendimento de emergência.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SRPA		
•	Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da saturação de oxigênio.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Repor líquidos de acordo com prescrição médica. Elevar membros inferiores. Manter acesso venoso adequado. Providenciar material para atendimento de emergência.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SRPA		
•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Monitorizar os sinais vitais. Controlar a temperatura frequentemente. Administrar soro aquecido, conforme prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, no prontuário.	Téc./ Aux. em Enfermagem
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DOR NA SRPA		
•	Aplicar a escala de dor. Administrar medicações para algia conforme prescrição médica.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Comunicar ao anestesiologista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual - São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

MATTIA, Ana Lúcia de et al. Hipotermia em pacientes na recuperação pós anestésica: Hipotermia em pacientes na recuperação pós-anestésica:. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 787-94, dez. 2014. Disponível: https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/24222/17839

6. ANEXOS

- Não se aplica.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	

Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.8 CIRCULAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Implementar uma assistência de enfermagem integral, individualizada, contínua, documentada, participativa e avaliada tendo como centro da atenção o paciente cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
·	Verificar no pedido de cirurgia o material e caixas de instrumentais solicitado para o procedimento programado antes da chegada do paciente.	Instrumentador
•	Receber o paciente com cordialidade, apresentar-se, conferir sua identificação na pulseira, confirmar os dados do prontuário e confirmar o jejum.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar e/ou transferir o paciente da maca para mesa cirúrgica, colocando o paciente em decúbito dorsal horizontal, mantendo alinhamento corporal e em posição anatômica, atentar para a posição dos membros superiores (MMSS), para que não haja hiperextensão, a fim de evitar dor no pós-operatório; observar punção, sondas e drenos e assegurando-lhe medidas de conforto e segurança.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Permanecer na sala de cirurgia até a chegada do anestesista.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar na monitorização do paciente, instalando oxímetro de pulso e monitorização cardíaca e colaborar com o anestesista na punção do acesso venoso, oxigenação do paciente, indução anestésica e oferecer-lhe os materiais e medicamentos necessários à anestesia.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a primeira fase do check list de cirurgia segura.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar o anestesista nos atendimentos de emergência tais como: em situações de apnéia ou outras intercorrências.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar adequadamente o paciente para procedimento anestésico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Posicionar o paciente de acordo com o procedimento cirúrgico .	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Cirurgião/ Anestesista

•	Posicionar o foco cirúrgico sobre a região a ser operada.	Téc./ Aux. em Enfermagem/ Cirurgião/ Instrumentador
•	Auxiliar a equipe na paramentação cirúrgica e à montagem de mesa de instrumentais, bem como iniciar a abertura dos pacotes com técnica asséptica atentando-se na observação dos integradores internos dos pacotes e solicitar a avaliação do enfermeiro diante de qualquer dúvida.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar antissépticos, medicações, soros ou outros líquidos nas cubas na mesa do instrumentador, em técnica asséptica.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar o enfermeiro na sondagem vesical quando necessário.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar a placa de bisturi fixando-a com gel, em local musculoso, evitando protuberâncias ósseas e sempre no local mais próximo possível da incisão.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aproximar da mesa cirúrgica os equipamentos necessários tais como: bisturi elétrico, aspiradores, microscópio e outros com cuidado para não contaminar os campos operatórios e em seguida ligá-los.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Atender prontamente às solicitações de toda a equipe e manter-se na sala durante o ato operatório.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aproximar os hampers e os lixos da equipe para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Manter a sala em ordem, com a porta fechada durante todo o procedimento, zelando para evitar as contaminações do ambiente e do material cirúrgico.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Retirar o excesso de lixo e/ou roupas cirúrgicas usadas, embalando-as em sacos plásticos ou sacos de hamper identificados e encaminhá-los aos locais destinados.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer-lhe estrado, quando necessário.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Realizar a segunda fase da lista de verificação de segurança em cirurgia antes da incisão cirúrgica.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Fazer registros e anotações inerentes à cirurgia com fidelidade, observando com rigor os horários e tempo de garroteamento. Preencher impressos, como folha de gastos e ficha de intra-operatório, relatando intercorrências, medicações e infusões utilizadas.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar rigorosamente a contagem das compressas e gazes utilizadas para posterior conferência antes de iniciar a sutura, registrar no Check list de cirurgia segura.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Não abrir material estéril sem que haja necessidade, manter a integridade e esterilidade dos materiais contidos no carrinho da sala e não colocar frascos com soluções no carrinho de materiais.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Checar sempre o nome, o registro do paciente, o tipo sanguíneo e confirmar este dado com a bolsa de sangue antes do início da infusão de hemoderivados.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Anestesista
•	Ao término da cirurgia, auxiliar a equipe no curativo cirúrgico e fazer limpeza sumária do paciente.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem/ Instrumentador
•	Realizar a terceira e última fase do check list de cirurgia segura antes da saída do paciente da SO.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Desligar aparelhos, focos, bisturi elétrico e afastá-los da mesa cirúrgica.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Auxiliar o anestesista na reversão da anestesia.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Retirar campos e instrumentais cirúrgicos que estejam sobre o paciente, utilizando sempre os equipamentos de proteção individual (EPI). Remover campos e lençóis úmidos de cima do paciente, checando se não há instrumental esquecido entre os tecidos, antes de encaminhá-los à lavanderia.	Téc./ Aux. em Enfermagem

•	Providenciar maca de transferência para encaminhar o paciente para a SRPA.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Transferir o paciente da mesa cirúrgica para maca com orientação da equipe cirúrgica, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados. Transferir pacientes entubados somente com a presença do anestesista.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Colocar fralda, camisola no paciente e cobri-lo com lençóis e cobertores. Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e em seguida encaminhá-lo à Sala de recuperação pós-anestésica ou UTI.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e encaminhá-los juntamente com o paciente para a SRPA e/ou UTI.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a passagem de plantão para a equipe de Enfermagem da SRPA, informando nome do paciente, cirurgia realizada, anestesia realizada, estado geral do paciente, intercorrências do SO, medicamentos usados, transfusões sanguíneas, presença de drenos, sondas e curativos.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Em caso de paciente proveniente da UTI ou encaminhado para a mesma, encaminhá-lo diretamente após saída da SO, pertences e exames. A transferência para a UTI deverá ser feito pelo anestesista e/ou Enfermeiro, devendo o Enfermeiro passar o paciente para o Enfermeiro da UTI.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Iniciar a desmontagem da sala conforme procedimento padrão.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar o quanto antes as peças para a análise laboratorial, exame anatomopatológico, devidamente acondicionados, identificados e protocolados.	Enfermeiro/ Téc./ Aux. em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

POP – Higienização das mãos

POP – Posicionamento do Paciente para o Procedimento Cirúrgico

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.9 CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PERMANENTES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de controle dos materiais e equipamentos permanentes.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Receber, conferir em conjunto com o colaborador do Serviço de Patrimônio e/ou Engenharia Clínica, datar e assinar todas as vias do termo de responsabilidade de materiais e equipamentos permanentes locados na Unidade de Serviço sob sua responsabilidade, que também vão datadas e assinadas pelo responsável pelo serviço de Patrimônio e/ou Engenharia Clínica do HERSO	Enfermeiro
•	Promover a limpeza e/ou desinfecção dos equipamentos após o uso, conferir o funcionamento e guardar no local determinado.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Realizar a conferência a cada período, dos equipamentos permanentes do setor, que possui o adesivo de identificação.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Comunicar o enfermeiro qualquer defeito ou falha observada.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar ao serviço de manutenção os reparos nos aparelhos identificados pelo enfermeiro ou Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem.	Enfermeiro / Assistente Administrativo
•	Registrar no livro de controle de manutenção ou livro de ocorrências do setor o encaminhamento de materiais para reparos.	Enfermeiro

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Não se aplica

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM BISTURI ELÉTRICO

1. OBJETIVO

Utilizar o bisturi elétrico com a finalidade de coagular, dissecar e fulgurar de forma segura evitando acidentes como queimaduras causadas por placas de bisturi.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Separar o carrinho de bisturi e os acessórios (pedal; cabo da placa isolante; placa isolante de metal ou descartável; caneta de bisturi esterilizada e gel.)	Enfermeiro/ Téc.em Enfermagem
•	Regular sempre de forma audível o sinal acústico que anuncia o estado de ativação do carrinho de bisturi (gerador de alta frequência).	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Conectar o bisturi na rede elétrica.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem
•	Conectar a placa isolante (descartável ou de metal) no paciente mantendo amplo contato com a pele, em área de massa muscular mais próxima do sítio cirúrgico como a panturrilha, face posterior da coxa e glúteos.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Situar a placa dispersiva afastada de próteses metálicas.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Evitar as superfícies muito pilosas, com pele escarificada ou com saliências ósseas que diminuem o contato da placa com o corpo do paciente.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem

•	Utilizar gel para aumentar a condutibilidade entre a placa e corpo do indivíduo.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Colocar a placa após o posicionamento do paciente e zelar para que não haja deslocamento da peça quando houver mudança de posição.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Manter o paciente sobre uma superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa de cirurgia.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Atentar para o risco de combustão quando forem usadas substâncias inflamáveis, tais como antissépticos e anestésicos.	Enfermeiro/Téc.. em Enfermagem
•	Dispensar cuidado especial a pacientes portadores de marca-passo para evitar a interferência do bisturi, quando não for possível utilizar instrumentos bipolares, colocar a placa de retorno o mais próximo possível do local da cirurgia e deve-se manter um desfibrilador pronto para uso.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Manter-se atento durante todo período do uso do equipamento, pois é de responsabilidade da enfermagem a colocação da placa dispersiva e o bom funcionamento durante o ato anestésico cirúrgico.	Enfermeiro/Téc./Aux. em Enfermagem
•	Desligar o equipamento no pug.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Desligar o bisturi da rede elétrica.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Calçar luvas de procedimento.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Desconectar o cabo e caneta do equipamento.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Desprezar a placa descartável no lixo comum, ou realizar a desinfecção na placa metalizada com álcool a 70%.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem
•	Encaminhar a caneta de bisturi para o expurgo.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem
•	Acomodar o cabo da placa sem dobrar, para evitar danos, apenas enrolando suavemente.	Enfermeiro/Téc. em Enfermagem

•	Retirar luvas de procedimento e lavar as mãos.	Enfermeiro/Téc.em Enfermagem

Obs.: - Ao realizar a degermação, tomar cuidado para não escorrer água na placa, ter cuidado de secar bem o local.
- Utilizar a caneta de bisturi compatível com o carrinho.
- Não colocar eletrodos de ECG a uma proximidade inferior a 15 cm do campo de operação.
- A limpeza e desinfecção do carrinho de bisturi só deverão ser feitas com produtos não combustíveis e não explosivos. Neste ponto é necessário dar atenção a que a umidade não penetre no aparelho.
- Nunca jogar produto sobre o equipamento, devemos utilizar compressas umedecidas em solução desinfectante.
- Sempre antes de limpar o equipamento, certifique-se que está deligado da tomada

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

6. ANEXOS

-Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	

Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.11 DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DA PELE

1. OBJETIVO

Reduzir a microbiota bacteriana residente de pele e mucosas, a fim de promover o controle de infecção em sítio cirúrgico, higienização da área para cirurgias e procedimentos invasivos.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, certificar de alergias.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Colocar o gorro, a máscara e as luvas.	Enfermeiro/Téc. . Em Enfermagem
•	Colocar o paciente na posição adequada.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Abrir os materiais na técnica asséptica.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Proteger as laterais da área com compressas para a absorção do excesso da solução utilizada.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Iniciar a aplicação na pele com auxílio de escova de degermação e/ou compressas, em sentido circular do centro para a periferia e numa área grande o suficiente para abranger extensões da incisão, novas incisões e/ou inserção de drenos, não retornar com a mesma gaze em locais já degermados.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Retirar o excesso de degermante com compressa estéril, realizando movimentos circulares do centro para a extremidade da área, sem retornar com a mesma compressa a locais já secos.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Recolher o material.	Enfermeiro/Téc.. Em Enfermagem
•	Retirar as luvas.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem
•	Realizar a Higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/Téc. Em Enfermagem

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC: práticas recomendadas da SOBECC. São Paulo, 7ª ed, 2017.

POP de Higienização das mãos.

6. ANEXOS

Não se aplica.

Elaboração	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CC_00

1.4.2.12 DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de desmontagem da sala operatória iniciada logo após a saída do paciente.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Reunir em uma mesa limpa os materiais estéreis que não foram utilizados para a devolução ao local destinado à guarda destes materiais.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Conferir e guardar fracos de psicotrópicos, providenciar as respectivas receitas controladas. Após a conferência dos materiais descartáveis e medicamentos não utilizados, realizar a devolução no formulário e entregar na farmácia.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Calçar luvas de procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Desprezar os campos cirúrgicos e lençóis sujos em hampers atentando se a verificação de instrumentais nos mesmos, fechá-los e rotulá-los com a identificação da sala cirúrgica, paciente e responsável e em seguida encaminhá-los em mesa auxiliar de material sujo ao carro de roupas. Acondicionar compressas em saco branco leitoso para infectante separadamente dos demais resíduos e colocar junto com o resíduo infectante.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador

•	Descartar o material perfurocortante em recipiente rígido específico para essa finalidade.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Reunir e retirar os instrumentais da mesa, acondicionando-os na caixa/bandeja em que vieram e verificar sua integridade e quantidade de peças. Deixar as pinças abertas exceto as backaus e colocar as delicadas sobrepostas às pesadas.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Anotar no rótulo da caixa cirúrgica a quantidade de peças conferidas e assinar.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Providenciar cuba rim com água para aspiração das borrachas de aspirador antes de desadaptá-las dos vidros de aspirador, colocá-las na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-las até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Recolher os materiais de anestesia tais como traquéias, baracas, lâminas de laringoscópio e etc., colocá-los na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-los até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Recolher os fracos de aspirador, colocá-los na mesa auxiliar de material sujo e encaminhá-los até o expurgo.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador
•	Realizar a limpeza concorrente dos mobiliários e equipamentos conforme técnicas de limpeza, utilizando o quaternário de amônia e pano úmido para retirar secreções e sujidades e em seguida proceder com a desinfecção com álcool a 70%, com movimentos únicos nos mobiliários e afastá-los da parede, somente após esta limpeza e da equipe de higienização é que poderá colocar o material para um outro procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Solicitar o serviço de higienização para a retirada do lixo, trocas dos sacos plásticos e limpeza "Concorrente ou Terminal".	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Encaminhar os baldes ao expurgo e retirar luvas de procedimento.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Limpar com pano úmido em álccol a 70% friccionando por aproximadamente 30 segundos o carrinho de bisturi, monitor cardíaco e carrinho de anestesia.	Téc./ Aux. em Enfermagem
•	Organizar a sala cirúrgica.	Téc./ Aux. em Enfermagem / Instrumentador

4. SIGLAS

Não se aplica.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 7ª ed. rev e atual – São Paulo, 2017.

ROUTHROCK, Jane C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsiever, 2007.

POP Higienização das mãos.

6. ANEXOS

- Não se aplica.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_01

Segue abaixo os títulos dos Procedimentos operacionais padrões exigentes para o bom funcionamento do Centro Cirúrgico:

1.4.2.13 RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

1. OBJETIVO

Acompanhar a evolução do quadro clinico do paciente na sala de recuperação pós anestésica visando a segurança dos processos a serem aplicados nesta área.

2. APLICAÇÃO

Centro cirúrgico

3. DEFINIÇÃO

3.1. RPA: Recuperação Pós-Anestésica, Local destinado a receber o paciente em pós-operatório imediato até que recupere a consciência e tenha seus sinais vitais estáveis.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

4.1. Receber paciente

4.1.1. Conferir identificação do paciente.

4.1.2. Posicionar paciente em maca.

4.1.3. Elevar grades, identificação beira leitos, risco de queda e alergia.

4.1.4. Monitorizar, avaliar e anotar ssvv de 15 em 15 minutos.

4.1.5. Manter vias aéreas permeáveis.

4.1.6. Se spo2 menor que 90%, ofertar 02.
4.1.7. Promover conforto e aquecimento
4.1.8. Observar sangramento.
4.1.9. Avaliar e quantificar dor ,administrar terapia álgica prescrita.
4.1.10. Verificar nível de consciência.
4.1.11. Identificar pvp ou central, curativos, sondas e drenos.
4.1.12. Permanecer junto ao paciente ate que o mesmo seja transferido para o leito.

4.2. Anotações de ficha de SRPA

4.2.1. Anotar patologias pre-existentes.
4.2.2. Medicações pré-anestésicas.
4.2.3. Horário de entrada.
4.2.4. Inicio da anestesia.
4.2.5. Nome do anestesiologista.
4.2.6. Técnica anestésica.
4.2.7. Drogas-(inalatórias)-(venosas)-(locais).
4.2.8. Cirurgia realizada-(cirurgião e auxiliar).
4.2.9. Reposição volêmica.
4.2.10. Intercorrências intra–operatória
4.2.11. Pupilas

4.3. Anotações de sinais vitais junto ao Aldrete

4.3.1. Admissão; (hora, data)
4.3.2. PA
4.3.3. FC
4.3.4. FR
4.3.5. T
4.3.6. SPO2
4.3.7. GLICEMIA
4.3.8. ALDRETE

4.4. Intercorrências em RPA

4.4.1. Tratamento da complicação
4.4.2. Condições de alta
4.4.3. índice de aldrete
4.4.4. transferência para PO
4.4.5. tempo na RPA
4.4.6. Hora

4.4.7. Data,

4.4.8. Carimbo e assinatura do enfermeiro e anestesiologista.

4.5. Escore recebido pós anestésico

ESCORE RECEBIDO PÓS ANÉSTÉSICO	ENTRADA	15'	30'	45'	60'	ALTA
ATIVIDADE (Hábil para movimentar voluntariamente ou sob comando)						
Às 4 extremidades	2	2	2	2	2	2
2 extremidades	1	1	1	1	1	1
Nenhuma extremidade	0	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO						
Hábil para respirar profundamente e tossir levemente	2	2	2	2	2	2
Dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1	1
Apnéia	0	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO (PA Pré-operatório _____x_____mmHg)						
PA + ou – 20 mmHg do nível pré	2	2	2	2	2	2
PA + ou – 20-50 mmHg do nível pré	1	1	1	1	1	1
PA + ou – 50 mmHg do nível pré	0	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA						
Completamente acordado	2	2	2	2	2	2
Desperta ao ser chamado	1	1	1	1	1	1
Sem resposta ao estímulo	0	0	0	0	0	0
COR						
Normal, rosado	2	2	2	2	2	2
Pálido "terroso", ictérico ou outra	1	1	1	1	1	1
Cianótico	0	0	0	0	0	0
TOTAL NA ALTA						
CRITÉRIO DE ALTA: ESCORE COM TOTAL IGUAL OU SUPERIOR A 9 (NOVE) DOS SINAIS VITAIS						

4.5.1. Pontuaçao O-Indica condições de menor pontuação (evolui para piora).

4.5.1.1. PONTUAÇAO 1-Corresponde nível intermediário.

4.5.1.2. PONTUAÇAO 2-Melhor função.

4.5.1.3. 0 a 2-Evoluiu para pioras

4.5.2. Cuidados de enfermagem com pontuação de aldrete.

4.5.2.1. Atividades musculares

4.5.2.1.1 Auxilio para deambulação se pontuação.

4.5.2.1.2 Movimentar somente em maca pontuação.

4.5.2.1.3 Elevaçao de MMII.

4.5.2.2. Respiração

4.5.2.2.1 Elevar decúbito de 30 a 45c.

4.5.2.2.2 Estimular respiração profunda,

4.5.2.2.3 Aumentar oferta de o2.

4.5.2.2.4 Desobstruir vias aéreas.

4.5.2.3. Circulação

4.5.2.3.1 Verificar nível de consciência.

4.5.2.3.2 Verificar pressão arterial.

4.5.2.3.3 Acesso venoso adequado.

4.5.2.3.4 Elevar MMII (hipotensão).

4.5.2.3.5 Manter monitorização de ECG.

4.5.2.3.6 Ofertar manta térmica.

4.5.2.4. Consciência.

4.5.2.4.1. Estímulos dolorosos.

4.5.2.4.2. Orientar quanto tempo e espaço.

4.5.2.4.3. Fazer perguntas recorrentes.

4.5.2.4.4. Pedir para respirar profundamente e tossir.

4.5.2.5. Saturação

4.5.2.5.1. Manter oximetria de pulso.

4.5.2.5.2. 0 2 ate elevação de SPO2.

4.5.2.5.3. Se piora IOT.

4.5.2.5.4. Carrinho de emergência disponível.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Luvas de procedimento.

5.2. Manta térmica.

6. EPI

Luvas de procedimento.

7. RESPONSÁVEIS

7.1. Equipe do centro cirurgico.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Com todos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico.

9. REGISTRO

9.1. FOR.CC.005 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA;

9.2. FOR.NQSP.002 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Não aplicação do POP

10.2. Ação: Notificar no FOR.NQSP.002 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE e tratar de imediato com a equipe responsável pelo gerenciamento da sala de RPA.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(2): 335-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf. Acesso em: 01/11/2017. 2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo para cirurgia segura. PROQUALIS. Maio de 2013. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos CP n6 2013.pdf. Acesso em 31/10/2017. 3. OMS. Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Desafio global para a segurança do paciente. Manual - Cirurgias salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Glaucia Siqueira **Coordenadora Centro Cirúrgico**	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

1.4.2.14 POSICIONAMENTO DO PACIENTE PARA CIRURGIA

1. OBJETIVO

Assistir adequadamente o paciente no posicionamento para realização de procedimentos cirúrgicos, bem como medidas de contenção, orientando e padronizando;

Promovendo conforto do paciente,monitorização dos seus parâmetros clinicos, favorecendo a exposição do sitio operatório,protegendo contra traumas e lesões.

OBS: Para o posicionamento o item tempo de cirurgia e o tipo de anestesia deve ser estimado.

2. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Mesa operatória com acessórios (braçadeiras; perneiras, ombreiras, contensores, laterais, manete de suporte de cabeça,extensão damesa,posicionador de fêmur,outros);

Travesseiros;

Almofadas;

Coxins (podem ser preparados pela equipe segundo a necessidade);

Campos e lençois;

Compressas;

Faixas;

Fita adesiva e esparadrapo;

Suporte de cabeça.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
	Posição Dorsal ou supina Deitar o paciente de costas, com a coluna vertebral repousando no colchão damesa cirúrgica. Estender as pernas do paciente, colocando coxins sob os joelhos e rodilhas decompressas sob os calcanhares. Colocar os braços do paciente sobre um suporte de braços com angulação menor que 90 graus, tendo o cuidado de nivelar com o colchão observando a distenção do plexo, os mesmos devem ser contidos para evitar quedas; também	Circulante

	podem ficar ao longo do corpo, segundo a necessidade da equipe, porém nesta posição e preciso muita atenção para não ocorrer a compressão dos membros. Proteger a cabeça do paciente com rodilha ou travesseiro apropriado.	
2	Decúbito ventral Após a intubação do paciente, virá-lo para que fique de bruço; Utilizar o apoio de cabeça próprio, apoiando a face do paciente no redistribuidor de pressão proteger a testa, nariz, queixo e os olhos tendo cuidado com o tubo endotraqueal; Colocar coxins em formato de rolos sob as laterais do tórax, e região pélvica, deixando o tórax livre para o movimento respiratório; Atentar para não comprimir as mamas e o pênis; Colocar rodilhas de compressas nos joelhos e coxim sob os tornozelos, para reduzir pressão; Garantir a posição anatômica dos pés.	Anestesista e Circulante
3	Posição sentada ou Fowler Após a anestesia ajustar a mesa à posição, tendo cuidado de apoiar a cabeça do paciente com rodilha ou apoio próprio, fazendo a contenção da cabeça; Ajustar os braços em uma posição confortável, nas braçadeiras; Colocar travesseiros ou almofada sob a nádega, rodilhas de compressa sob os calcanhares; Fixar o tubo endotraqueal; Proteger os olhos.	Circulante

4		Posição de trendelemburg Colocar o paciente deitado, com os mesmos cuidados da posição dorsal; Conter o paciente com faixas, colocando ombreiras com proteção no mesmo; Ao término da cirurgia, o paciente deverá ser recolocado na posição originaldevagar para prevenir hipotensão.	Circulante
5		Posição ginecológica ou litotômica Deitar o paciente em decúbito dorsal com as pernas abertas e apoiadas em perneiras protegidas, amarradas para evitar que as mesmas caiam; Apoiar a cabeça com rodilha ou travesseiro apropriado; Alcochoar quadril e nadegas para amenizar compressão; Abrir os braços sobre as braçadeiras forradas e conte-los para não cair; OBS: Ao fim da cirurgia ao retirar as pernas do paciente para retorno a posição original é necessário aviso prévio ao anestesista e massagem nas panturrilhas	Circulante
6		Posição renal Posicionar o paciente em decúbito lateral, sobre o lado oposto ao doprocedimento, com a costa próxima ao bordo da mesa; Flexionar a perna inferior, com a superior sobre ela estendida e entre elastravesseiros, campos e ou lençóis, prevenindo compressão circulatória; Apoiar os braços em suportes duplos, acolchoando a região da axila paraaliviar pressão do plexo; Elevar o segmento pilet da mesa correspondente a região renal ou colocar umcoxim que deverá ser vistoriado pelos cirurgiões; Inclinar a mesa para baixo em direção à cabeça; Prender o quadril com faixa ou esparadrapo para evitar quedas;	Circulante

	Apoio para as regiões anterior e posterior do troco, para estabilização.	
7	Posição torácica Seguir as orientações dos itens 1,2,3 da posição renal; Prender o paciente com faixa para evitar queda.	Circulante
8	Posição de jackknife (canivete) Deitar o paciente de bruços com a cabeça lateralizada sobre rodilha para não comprimir a orelha; Posicionar a pelve sobre a junção inferior a mesa; Repousar os quadris do paciente sobre travesseiro ou coxim (de acordo com o cirurgião) quebrando o segmento da mesa correspondente aos mesmos em até 90 graus; Inclinar toda mesa para baixo mantendo os quadris elevados; Afastar as nadegas com tiras de esparadrapos fixadas nas laterais da mesa; Braçadeiras invertidas para a parte da frente da mesa para apoio dos braços Coxim sob os tornozelos, coxins nas laterais do tórax e ombros para evitar a compressão do tórax.	Circulante
9	Posição lateral ou de sims Seguir os itens 1,2,3 da posição renal; Proteger as laterais dos pés, com lençóis e ou campos, evitando pressão; Após o posicionamento conter o paciente com faixas para evitar quedas.	Circulante
10	Posição próclise Todos os cuidados da posição trendelenburg; Colocar faixas de contenção para evitar quedas.	Circulante

EPI

- Luva de procedimento,
- Máscara cirúrgica;

4. DEFINIÇÕES/SIGLAS:

A equipe deverá sempre:

- Realizar check list de cirurgia segura no sistema MV confirmando o posicionamento;
- Confirmar a identificação correta do paciente;
- Atentar-se para realização dos procedimentos zelando pelos cuidados deprevenção de quedas e de Lesão por pressão e de pele (LPP);
- Registrar no Google drive Formulários incidentes e eventos adversos, caso ocorram.

5. REGISTROS

Sistema de gestão MV

Google Drive Formulários de eventos adversos

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas Recomendadas: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização - 7ed. rev. E atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: 2017.

8. ANEXOS

- Não aplicável

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:

1.4.2.15 ADMISSÃO E ALTA DO CENTRO CIRURGICO

1. OBJETIVO

1.1. Recepcionar e admitir pacientes para procedimentos cirúrgicos.

1.2. Sistematizar o atendimento prestado ao paciente cirúrgico.

1.3. Com o objetivo de prevenir complicações físicas e emocionais para reabilitação e recuperação do paciente e melhorar a qualidade do atendimento.

2. APLICAÇÃO

2.1. Equipe centro cirúrgico do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

3. DEFINIÇÕES

3.1. Admissão: significa permissão, ato de admitir ou permitir que alguma coisa seja realizada.

3.2. Alta: saída da unidade seja por óbito, transferência ou melhora do quadro clinico do paciente.

4. DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

4.1. Antes da cirurgia no centro cirúrgico.

4.1.1. Orientação Pré e Pós-Procedimento ou Rotina.

4.1.2. Verificar se o material previamente solicitado no programa cirúrgico está disponível na Farmácia.

4.1.3. Verificar se equipamentos/materiais específicos para cada especialidade cirúrgica estão disponíveis no Centro Cirúrgico.

4.1.4. Checar junto à agência transfusional a reserva de tipo sanguíneo e o volume de hemoconcentrados necessários dependendo da cirurgia a ser realizada.

4.1.5. Verificar se a equipe está completa e proceder à escalação dos componentes da equipe nas salas operatórias, na sala de recuperação pós-anestésica, e demais serviços.

4.1.6. Preparar a sala cirúrgica.

4.1.7. Esclarecer possíveis dúvidas do paciente e/ou familiares sobre o procedimento e sua finalidade.

4.2. Antes da entrada no centro cirurgico.

4.2.1. Assinar termo consentimento anestesico(pelo anestesiologista)

4.2.2. Realizar SAEP

4.2.3. Solicitar e checar a retirada de maquiagem,proteses dentarias e joias.

4.2.4. Solicitar banho com clorexidina degermante.

4.2.5. Oferecer prestobarba para realizar tricotomia.

4.2.6. Oferecer roupa privativa.

4.2.7. Orientar a esvaziar bexiga antes da entrada ao centro cirurgico.

4.2.8. Conferir exames.

4.2.9. Conferir prontuarios ,organizaçao,se termos estao assinados.

4.2.10. Encaminhar paciente acompanhado pelo condutor de maca,em cadeira de rodas e ou maca.

4.2.11. Deixar chinelo no quarto.

4.3. Ao entrar no centro cirúrgico.

4.3.1. Checar documentos conforme: LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA.

4.3.1.1.TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

4.3.1.2.TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO.

4.3.1.3.AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA.REV.000

4.3.1.4.FICHA DE ANESTESIA.REV.000 FOR.CC.005

4.3.2. Receber o paciente na entrada da unidade do Centro Cirúrgico do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

4.3.3. Checar se foi retirado maquiagem, próteses dentárias

4.3.4. Checar se foi esvaziado a bexiga anteriormente à entrada na sala operatória

4.3.4.1. Conferir completo o prontuário, sua organização e se o termo de responsabilidade está assinado.

4.3.4.2. Conferir se os exames pertinentes estão presentes no prontuário;

4.3.4.3. Admitir o paciente, registrando seus dados no prontuário do paciente.

4.3.4.4. Encaminhar o paciente à sala operatória;

4.3.4.5. Auxiliar o paciente a posicionar-se na maca;

4.3.4.6.Realizar cheque list de cirurgia segura FOR.CC.006(divide em três fazes)

4.3.4.7. Admissão no centro cirúrgico

4.3.4.8. Antes do início da anestesia e distribuição de campos cirúrgicos.

4.3.4.9. Antes da saída da sala operatória/antes da saída do centro cirúrgico.

4.3.5. Registrar os sinais vitais

4.3.5.1. Freqüência Cardíaca

4.3.5.2. Freqüência Respiratória

4.3.5.3. Oximetria de Pulso

4.3.5.4. Pressão Arterial

4.3.5.5. Temperatura, no impresso de Perioperatório

4.3.5.6. Registrar horário da chega do paciente na Unidade;

4.3.5.7. Lavar as mãos;

4.3.6. Observar e registrar as condições clínicas do paciente na chegada.

4.3.6.1. Estado de consciência e atividade

4.3.6.2. Freqüência respiratória

4.3.6.3. Freqüência cardíaca

4.3.6.4. Temperatura

4.3.6.5. Pressão arterial

4.3.6.6. Saturação de oxigênio.

4.3.6.7. Controle dos sinais vitais a cada 15 minutos durante a cirurgia.

4.3.6.8.E na RPA (recuperação pós anestésico) a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos.

4.3.6.9. Administrar as medicações conforme prescrição médica, e necessidade apresentada pelo paciente, sempre com orientação médica, efetuando seu correto registro;

4.3.6.10. Manutenção da permeabilidade de cateteres, sondas e drenos;

4.3.6.11. Registro de toda e qualquer intercorrência apresentada pelo paciente, bem como a conduta tomada.

4.3.6.12. Comunicar ao anestesista qualquer intercorrência observada tanto durante a cirurgia quanto quando o usuário estiver no RPA.

4.3.6.13. Conferir se no prontuário do usuário constam exames trazidos/realizados pelo mesmo.

4.3.6.14. Observar e registrar condições clinicas do paciente no momento da alta e do encaminhamento.

4.3.6.15. Registrar horário de saída em prontuário do paciente da sala de cirurgia, e quando for sair do RPA.

4.3.6.16. Proceder limpeza terminal após a saída do usuário.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Ficha de transporte

5.2. Prontuário completo com indicação da cirurgia

5.3. Sinais vitais

5.4. Registro de consulta Pré cirúrgica.

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

7.1. Equipe de enfermagem

7.2. Equipe médica

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que o paciente for admitido no centro cirúrgico e/ou RPA.

9. REGISTROS

9.1. Prontuário do usuário

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Não cumprimento do documento descrito, falta de adesão da equipe, identificação incorreta, falta de algum membro da equipe.

10.1.1. AÇÃO: Tratar de imediato com a equipe para que seja evitado outras não conformidade. Se não estiver com documentação completa em prontuário, identificação incorreta, falta de algum da equipe, a cirurgia será suspensa, o mesmo voltara para enfermaria cirúrgica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Orientar os familiares quanto à previsão de duração da intervenção cirúrgica, orientando-os a aguardem na recepção do centro cirúrgico.

11.2. Pacientes menores de 18 anos terão direito à acompanhante dentro da Sala de Recuperação Pós-Anestésica

11.3. O período conhecido como recuperação pós anestésicos é compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de operação até sua saída da sala de recuperação anestésica.

11.4. O período de recuperação pós anestésicos caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorrespiratória no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tono simpático naquele que recebeu anestesia regional.

11.5. Na SRPA, o paciente deverá ficar sob observação contínua até que seja transferido para outro setor.

11.6. Encaminhar para RPA

11.7. Grades elevadas

11.8. Seguir o PRO.ENF.003 PREVENÇÃO DE QUEDA.

11.9. Monitorizado

11.10. Uso de O2 (mascara/cateter nasal)

11.11. Seguir escala de Aldret,

11.12. Acompanhado pelo anestesiologista e enfermagem

11.13. Relatório, evolução de enfermagem e medica,

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

12.1. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado - Práticas recomendadas. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

13. ANEXO

Não se aplica

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Glaucia Siqueira **Coordenadora Centro Cirúrgico**	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

1.4.2.16 PREPARO E DESMONTAGEM DA SALA CIRURGICA

1. OBJETIVO

Prover a sala cirúrgica de materiais, instrumentais, equipamentos e distribuição dos mobiliários, no local adequado, necessários para a realização do ato anestésico-cirúrgico.

E promover a desmontagem da sala de operação.

2. APLICAÇÃO

Centro Cirúrgico.

3. DEFINIÇÕES

Sala cirúrgica: constitui um dos componentes do centro cirúrgico, local efetivamente se consuma o ato cirúrgico.

4. DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Montagem

Certificar-se quanto à cirurgia programada para que a sala possa ser adequadamente preparada.

A montagem da sala deve ser feita 30 minutos antes do horário programado.

Para cirurgias de urgência/emergência haverá uma sala reservada para pronto-atendimento.

Remover os itens de desmontagem após cada intervenção.

Solicitar ao Serviço de Higienização para realizar a limpeza concorrente, deixando a sala limpa e organizada para a próxima intervenção.

Equipamentos

- Mesa operatória com acessórios.

- Eletrocautério completo com cabos, pedal e placa.
- Focos de luz.
- Aparelho de anestesia.
- Aspirador completo.
- Monitor multiparamétrico.
- Ar condicionado.
- Negatoscópio.
- Tomadas elétricas.
- Mobiliários
- Mesa de Mayo
- Escadinha
- Mesa retangular para instrumental cirúrgico
- Mesa quadrada de apoio
- Carro montado com artigos específicos que serão utilizados no procedimento
- Bancos
- Suporte de hamper
- Suporte de soro
- Balde inox de lixo
- Lixeiras com tampas
- Extensão ou conforme necessidade
- Equipe Enfermagem
- Verificar a cirurgia programada para a sala operatória.

Checar

O nome e idade do paciente.
Horário da cirurgia
Equipe cirúrgica e anestesiologista responsável
Informações relevantes ao ato anestésico-cirúrgico, como tipo de anestesia e tempo de procedimento considerado pelo cirurgião.
Higienizar as mãos.
Checar as condições de limpeza da sala operatória antes de equipá-la com os materiais e equipamentos necessários.
Verificar lavabos próximos à sala operatória
Checar a existência de escovas estéreis
Clorexidina degermante a 2% para lavagem e degermação das mãos e antebraços da equipe cirúrgica e demais profissionais.
Testar o funcionamento dos equipamentos:

Aparelho de anestesia

Com técnica asséptica montar o circuito (traqueias).
Abrir as válvulas de gases (O_2, arcomprimido)
Ligar o aparelho e testá-lo.

Mesa cirúrgica

Verificar seu adequado funcionamento.
Monitor multiparamétrico e acessórios(módulos, cabo de ECG, pressão invasiva, pressão arterial não invasiva, $SatO_2$, Temperatura,).
Ligar o equipamento
Checar a presença dos acessórios acima descritos, e caso estes não estejam presentes providenciá-los.

Ar condicionado

Mantê-lo ligado à temperatura entre 19 e 21°C.

Aquecedores

Verificar temperatura de aquecimento.

Eletrocautério

Ligar o aparelho e conectá-lo ao fio da placa dispersiva a fim de verificar seu adequado funcionamento.

Aspirador.

Testar o funcionamento e a pressão de vácuo.
Conectar os tubos e dispor próximo a este.
Sonda para aspiração conforme idade e peso do cliente.

Mesa de instrumental e de Mayo.

4.4.9.1 Checar limpeza e controle de altura.

Banqueta giratória.

Verificar existência de 02 banquetas.

Testar o comando de altura de ambas.

Suporte para Hamper.

01 por sala com saco.

Lixeiras com tampa e pedal, porta balde a chute (inox).

Uma de cada com saco de lixo para material contaminado (branco).

Prover a sala operatória com impressos utilizados no Perioperatório como.

Registro dos dados intra-operatório de enfermagem.

Ficha de anestesia.

Solicitação de exames laboratoriais.

Anatomia patológica.

Controle de gases/compressas.

Controle de instrumentais.

Dispor o material para a indução anestésica no carrinho de anestesia.

Laringoscópio com lâmina testada

Cânula de guedel

Luvas de procedimentos

Guia e tubos para intubação

Seringa para insuflar o cuff

Esparadrapo

Estetoscópio

Dispor material para aspiração

Higienizar as mãos

Proceder ao registro do Check-List referente ao preparo da sala operatória.

Desmontagem

Reunir todos os materiais não usados (estéreis) colocando-os em carro ou bandejas de inox para devolução ao Centro de Material Esterilizado (CME).

Calçar luvas de procedimentos.

Retirar materiais perfuro -cortante descartando-os em caixa própria.

Recolher caixa de perfuro -cortante quando atingir sua capacidade, lacrando-a.

Recolher em Hamper campos, compressas e outros revestimentos da Sala de Operação.

Assegurar-se de que não houve esquecimento de instrumentos entre os campos, antes de encaminhar os tecidos para lavanderia.

Retirar instrumentos das mesas colocando em suas respectivas caixas.
Contar o número de peças.
As pinças não deverão ser fechadas exceto as de campos (Backaus).
Os materiais mais leves deverão ser colocados sobre os mais pesados evitando danos.
Aspirar com o aspirador os líquidos restantes em mesas como soros e antissépticos.

Não desprezar em lixo ou Hamper.

Retirar os acessórios dos aparelhos como placa do bisturi elétrico, frascos de aspiração, conexões.
Avisar aos funcionários da limpeza para retirada de lixo, troca dos sacos plásticos e limpeza do chão.
Proceder à limpeza concorrente e montagem para próxima cirurgia, conforme orientação do enfermeiro

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Ficha de transporte
Prontuário completo com indicação da cirurgia.
SSVV
Registro de consultaPré-cirúrgica.

6. EPI

Luvas.

7. RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

Sempre que o paciente for admitido no centro cirúrgico e/ou RPA.

9. REGISTROS

Prontuário do usuário

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Não adesão ao que está descrito no POP
Ação: Tratar de imediato com a equipe responsável para evitar outras não conformidades.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Orientar os familiares quanto à previsão de duração da intervenção cirúrgica, orientando-os a aguardem na recepção do centro cirúrgico;
- Providenciar material necessário ao abastecimento dos vestiários: propés, máscaras cirúrgicas, gorros e roupas privativas para os clientes.

O período conhecido como recuperação pós anestésicos é compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de operação até sua saída da sala de recuperação anestésica. Os pacientes que

necessitam de observação continuam e de cuidados específicos após a utilização de agentes anestésicos são encaminhados à sala de recuperação anestésica.

Na evolução de enfermagem deve conter itens referentes ao nome da cirurgia, à anestesia recebida, ao nível de consciência, as infusões venosas, ao aspecto do curativo, à perfusão periférica, à expansibilidade torácica, à presença de cateteres, sondas e drenos.

O período de recuperação pós anestésicos caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorrespiratória no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tono simpático naquele que recebeu anestesia regional.

Na SRPA, o paciente deverá ficar sob observação contínua até que seja transferido para outro setor.

Padrões de Prática:

Tempo de admissão inferior a 10 minutos;

Admissão organizada;

Equipe completa e coesa;

Prontuário completo.

Pontos Críticos/Riscos:

- Prontuário incompleto;
- Falta de adesão da equipe;
- Equipe de enfermagem incompleta;
- Identificação incorreta da procedência do cliente.

Realizar check list de cirurgia segura (divide em três fases):

Antes da indução anestésica;
Antes da incisão cirúrgica;
Antes do paciente sair da sala de cirurgia;

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado - Práticas recomendadas. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

13. ANEXO

Não se aplica

APROVAÇÃO

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Glaucia Siqueira **Coordenadora Centro Cirúrgico**	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

1.4.2.17 JEJUM PARA PROCEDIMENTO SOB ANESTESIA

OBJETIVO

Padronizar o tempo de jejum necessário para realização de procedimentos eletivos sob anestesia ou sedação no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO;

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Computador;

Impressora;

Caneta

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Repassar para equipe da nutrição mapa cirúrgico	Coordenadora do Centro Cirúrgico
2	Se ocorrer de não estar no mapa cirúrgico deverá comunicar a equipe da nutrição sobre jejum	Enfermeiro do setor

Tempo de jejum recomendado de acordo com tipo de alimento /liquido	
Tipo de Alimento	Tempo de jejum
Líquidos claros (água, sucos de fruta sem polpa, café, chás claros, malto dextrina)	2 horas
Leite materno	4 horas
Alimentos sólidos não gordurosos, fórmula infantil, leite não humano, dieta enteral	6 horas
Alimentos gordurosos, fritos ou carnes	8 horas

Recomendações de jejum em casos especiais		
Pacientes com esvaziamento gástrico lentificado (obesidade, refluxo gastro-esofágico, diabéticos, gestantes fora de trabalho de parto)		Seguir recomendações acir adequando a técnica anestésica p reduzir o risco de broncoaspiração
Gestantes	Cesárea eletiva	Seguir as recomendações acima
	Trabalho de Parto	Dieta sem resíduo (água, chá, gelati pode ser consumida sem restriçõ Desencorajar consumo de sóli durante franco trabalho de pa Cessar ingestão de sólidos a admissão na sala de parto
Dieta parenteral		Suspender ao encaminhar para s cirúrgica

4. EPI

- Não aplicável

DEFINIÇÕES/SIGLAS:

Pacientes que estejam mastigando chiclete ou chupando balas não devem ter seus procedimentos cancelados nem adiados.

A prescrição de fármacos para reduzir o volume e a acidez do conteúdo gástrico é recomendada em pacientes com alto risco de broncoaspiração (obesidade, refluxo gastro-esofágico, diabéticos, gestantes): Metoclopramida 10 mg endovenoso na indução da anestesia geral.

Modelo de prescrição: prescrever o tempo mínimo de jejum recomendado considerando o horário previsto para o procedimento e não em número de horas de jejum necessárias. Exemplo se cirurgia prevista para 15:00 e tempo recomendado de jejum de 6 horas prescrever: "Jejum a partir de 9:00".

REGISTROS

FOR.134 MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES;

Prontuário eletrônico conforme prescrição médica e avaliação da nutricionista.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

CHON T, MA A, MUN-PRICE C. Perioperative Fasting and the Patient Experience. Cureus, 2017 May 24;9(5). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. Anesthesiology, 2017 Mar;126(3):376-393. SMITH, IAN; et al in't Veld, Bas. Perioperative fasting in adults and children guidelines from the European Society of Anaesthesiology. European Journal of Anaesthesiology (EJA): August 2011 - Volume 28 - Issue 8 - p 556–569.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Glaucia Siqueira **Coordenadora Centro Cirúrgico**	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

1.4.2.18 ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL PARA EXAME ANATOMOPATOLOGICO

1) OBJETIVO

Orientar e padronizar o preparo, identificação, acondicionamento, e envio de material para análise anatomo patológico no centro cirúrgico.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- FOR.362 PEDIDO DE EXAME LABORATORIAL
- Frasco/pote ou saco estéril;
- Formol tamponado 10%;
- Luvas nitrílica;
- Caneta;
- Etiqueta;
- Livro de registros;

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Atentar ao material anatomopatológico que está sendo extraído da cirurgia (caso necessário, para peças de volume maior, solicite previamente ao almoxarifado um	Circulante

	recipiente adequado para realizar um correto acondicionamento. Quantidades maiores de Formol tamponado 10% podem ser solicitadas a Unidade de Laboratório); Perguntar ao cirurgião o nome da peça e o destino deste material; Receber e acondicionar o material no frasco estéril, imerso em solução de formol tamponado 10%, o volume ideal é10 vezes o volume da peça; O frasco deve ter o tamanho ideal para bom acondicionamento da peça; Os materiais no qual serão submetidos à cultura microbiana, não devem ser submersos em formol tamponado 10%; Identificar o recipiente com etiqueta contendo os dados do paciente: nome do paciente, número do prontuário, data de nascimento, data e hora da coleta, nome do médico requisitante, nome da amostra/peça e quantidade; A etiqueta deve ser colocada de maneira que possa visualizar a peça e não deve ser colocada na tampa; Tampar o frasco de forma que fique bem vedado e realizar um teste para verificar o fechamento, evitando que ocorra extra vazamento do líquido; Nos casos em que o ato cirúrgico originar mais de uma peça, estas devem ser identificadas por números no recipiente assim como no pedido;	
2	O profissional que manipula material biológico deve proceder a higienização das mãos antes de calçar as luvas e após a retirá-las, podendo utilizar água e sabão ou álcool gel.	Equipe Centro Cirúrgico
3	Encaminhar para local próprio, destinado a guarda das peças, até que seja entregue ao acompanhante e protocolizado no caderno com pedido de exame anatomopatológico devidamente preenchido, de forma legível.	Enfermeiro/Técnico enfermagem

EPI

Luva nitrílica

Óculos

Máscara N95

DEFINIÇÕES/SIGLAS:

-Não se aplica

REGISTROS

FOR.267 REGISTRO DE ANATOMO PATOLÓGICO

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ANVISA.AgênciaNacionaldeVigilânciaSanitária.2008.ManualCirurgiasSegurasSalvamVidas.AliançaMundialpara Segurança do Paciente. Disponível em:http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home. Acesso em10Jan 2017.

Manual de orientação para coleta, identificação, acondicionamento, preparo e transporte de materialbiológicoparaanálisenolaboratóriocentraldo EstadodoPará.2ºEdiçãorevisada2017(www.saude.pa.gov.br).

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC/Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico,RecuperaçãoAnestésicae CentrodeMaterialEsterilizado. 7ªedição.SãoPaulo:SOBECC,2017.

ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:

Glaucia Siqueira **Coordenadora do centro cirúrgico**	Isabela ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

1.4.2.19 HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA CIRÚRGICA

1) OBJETIVO

Orientar e padronizar a higienização antisséptica cirúrgica com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde.

Finalidade do procedimento:

Antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos constitui uma medida importante dentre outras, para a prevenção da infecção de sítio cirúrgico com propósito de eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

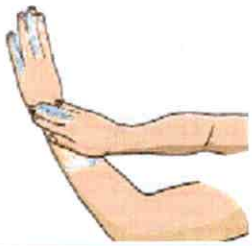
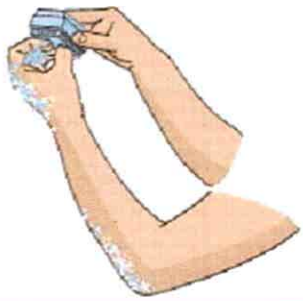
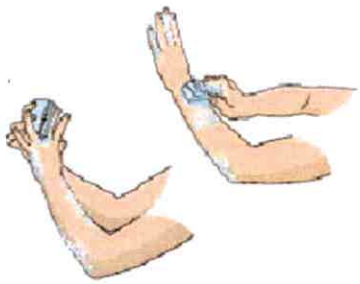
Esponjas para a realização da fricção da pele com antisséptico degermante clorexedina 2%;

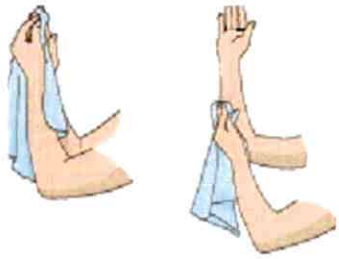
Escovas para antissepsia;

Compressas estéreis.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	A antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos deve durar de três a cinco minutos para a primeira cirurgia e de dois a três minutos para as cirurgias subsequentes;	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR

2		Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a esponja contra a pele e espalhe por todas as partes; 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR
3		Limpar sob as unhas com as cerdas da escova; 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR
4		Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos; 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR

5	Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor; 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR
6	Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas; 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR

1. EPI

- Não aplicável.

2. DEFINIÇÕES/SIGLAS:

- Não aplicável.

6. REGISTROS

- Não aplicável.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ANVISA. Brochura: Segurança do Paciente. Higienização das Mãos. Disponível em : http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:	**Verificador por:**	**Aprovado para uso:**
Glaucia Siqueira **Coordenadora Do Centro Cirúrgico**	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Diretor Técnico

1.4.2.20 TRICOTOMIA

1) OBJETIVO

Orientar quanto à indicação e realização da tricotomia.

Finalidade do procedimento:

- Visa orientar a realização da tricotomia com o intuito de prevenir infecção do sítio cirúrgico;
- Para todos os pacientes: A tricotomia não deve ser feita de rotina, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo imediatamente antes da cirurgia, utilizando lâmina de barbear entregue pela equipe da enfermaria.

- A remoção dos pelos do sítio cirúrgico pode evitar interferências com a incisão e com a aderência do campo cirúrgico bem como de placas/almofadas de aterramento do paciente. Ainda, contribui para evitar a aderência dos curativos pós-operatórios aos pelos presentes no sítio cirúrgico.
- A remoção dos pelos depende da quantidade, do local da incisão, do tipo de procedimento e da conduta do cirurgião.

2) DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Aparelho de barbear descartável;

Luvas de procedimento;

Sabonete;

Papel toalha.

3) DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Antes de efetuar a tricotomia: Levar à sala somente os materiais necessários à preparação; Verificar junto ao enfermeiro ou a prescrição médica: Ordens especiais; Higienizar área corporal ou local a ser tricotomizado; Identificar o paciente; Verificar se o paciente está ciente do procedimento cirúrgico;	Enfermagem

	Informar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e a área a serpreparada; Providenciar local para descarte dos pelos removidos e os resíduos dosmateriais descartáveis utilizados; Providenciar a iluminação adequada para execução da técnica detricotomia; Manter a privacidade do paciente, expondo somente a área a ser tricotomizada; Proteger os lençóis de camas ou macas com campos impermeáveisreutilizáveis ou descartáveis.	
2	Ao efetuar a tricotomia: Adaptar a lâmina descartável no tricotomizador e testar o funcionamento; Esticar a pele, manter o aparelho de barbear num ângulo de 15 – 30 graus em relação à superfície da pele e fazer a tricotomia cuidando para não pressionar contra a pele com força; Remover os pelos cortados da área à medida que são cortados; Encaminhar o paciente para o banho de aspersão. Pacientes que não deambulam, providenciar banho de leito; Secar a pele com toalha limpas e secas; Substituir os lençóis da cama ou maca; Encaminhar paciente ao centro cirúrgico;	Enfermagem

	Descartar os produtos para saúde (PPS) descartáveis em local apropriado (lâmina deverá ser descartada no pérfuro cortante); Registrar a técnica realizada no prontuário do paciente, assinar e carimbar.	

4) EPI

Luvas De Procedimento

5) DEFINIÇÕES/SIGLAS:

- Não aplicável.

6) REGISTROS

- Não aplicável.

7) DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária–Brasília: Anvisa, 2017.

Instituto Brasileiro da Segurança do Paciente. Diretrizes para prevenção de infecção de sítio cirúrgico:préoperatório.2016.Disponível em: https://www.segurancadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/diretrizes-globais-da-oms-para-prevencao-de-infeccao-de-sitio-cirurgico/

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. SCIH. Disponivel em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/saude/vigilancia-em-saude-e-seguranca-do-paciente/scih-servico-de-controle-de-infeccao-hospitalar

8) ANEXOS

4. Diagramas dos Procedimentos de Tricotomia

Local	Orientação
Coluna cervical	– Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da clavícula. – Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.
Cirurgias com acesso torácico	– Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da linha dos mamilos. – Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.
Dissecção Radical do Pescoço	– Retirar os pelos da axila no lado afetado.
Torácico Anterior	– Retirar os pelos do pescoço até abaixo do umbigo. – Lateralmente, além da linha do mamilo.
	– Retirar os pelos desde o pescoço até a crista ilíaca; da linha média do tórax até
Abdominal Superior	– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até acima do púbis. – Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.
Abdominal Total	– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até a parte superior da coxa e até o osso pubiano. – Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.
Ressecção Abdominoperineal	– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até a parte superior da coxa. – Remover os pelos do púbis até após o ânus e até 10 centímetros em direção às pernas.
Masculino, Abdominal Inferior, Virilha	– Retirar os pelos desde o umbigo até a parte superior das coxas, inclusive púbis e virilha. – Excluir o saco escrotal.
Ombros	– Retirar os pelos da parte superior do braço até o pescoço. – Da linha média do peito até abaixo do mamilo e até a linha média dorsal.
Parte Superior do Braço	– Retirar os pelos desde o cotovelo até próximo ao pescoço, tórax e costas, inclusive axila.
Cotovelo	– Retirar os pelos desde a metade do antebraço até a metade do braço, anterior e posterior.
Antebraço	– Retirar os pelos desde o pulso até o cotovelo.
Punho	– Retirar os pelos da mão, até 10 centímetros acima do pulso, anterior e posterior.
Dorso Inferior Laminectomia Lombar	– Retirar os pelos das nádegas até acima da cintura com largura de 5 centímetros.

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Glaucia Siqueira **Coordenadora Do Centro Cirúrgico**	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

1.4.2.21 APLICAÇÃO DO CHEK LIST DE CIRURGIA SEGURA

1) OBJETIVO

Implementar o uso da Lista de Verificação de Cirúrugia Cirurgica como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

2) DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Tablet

Sistema MV - PEP

Checklist de Cirurgia Segura – plano de contingência

Prancheta

Caneta.

3) DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica está dividida em 2 (duas) etapas (Pré- Operatório e Trans-Operatório), totalizando 4 (quatro) fases, sendo: Preparo Pré-Operatório; Antes da indução anestésica; Antes da incisão cirúrgica; **Antes do paciente sair da sala de cirurgia.**	Equipe de enfermagem
2	Cada uma dessas fases corresponde a um momento do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Se o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico sem o preenchimento do Check List Pré-Operatório, a enfermeira do Centro Cirúrgico deverá recusá-lo e	Equipe de enfermagem do setor que o paciente se encontra

		devolvê-lo ao setor de origem, uma vez que o não preenchimento do instrumento induz ao pensamento de que os cuidados foram negligenciados, colocando em risco o preparo cirúrgico e o procedimento em si.	
3		Caberá ao enfermeiro responsável pelo setor de origem do paciente solucionar as pendências encontradas e reencaminhá-lo ao Centro Cirúrgico.	Enfermeiro
4		Não sendo encontradas pendências no Check List Pré-Operatório, o paciente será recebido no Centro Cirúrgico para continuidade da assistência, o responsável dará início ao Check List Trans-Operatório, caso algum item checado não esteja em conformidade a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala cirúrgica até a sua solução.	Técnico de enfermagem
5		Check list pré-cirúrgico (antes do paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico) Preencher o nome completo do paciente, data de nascimento, número do prontuário, leito e unidade de origem confirmando: junto ao paciente ou seu acompanhante, o prontuário e a pulseira de identificação. Pesar o paciente e registrar. Certificar junto ao paciente ou seu acompanhante se possui algum tipo de alergia, registrando o tipo de alergia caso a resposta seja positiva. Confirmar e registrar o procedimento proposto, a lateralidade e a demarcação do sítio cirúrgico (se aplicáveis). Observações: A confirmação do procedimento proposto deverá ser realizada preferencialmente abordando verbalmente o médico e/ou através do registro correto no prontuário realizado por ele. A confirmação do procedimento proposto também poderá ser feita seguindo a descrição do Mapa de Programação Cirúrgica.	Técnico de enfermagem

	Recomenda-se que não seja feita a confirmação do procedimento cirúrgico proposto pelo diagnóstico registrado na capa do prontuário no ato da admissão. O paciente deverá sempre ser consultado e ouvido com relação as informações inerentes ao seu tratamento, porém recomenda-se que a confirmação do procedimento cirúrgico proposto seja sempre realizada pelo médico e/ ou pelos registros do mesmo no prontuário. Confirmar e registrar a data do procedimento. Confirmar e registrar se os termos de consentimentos estão assinados. Conferir e registrar os sinais vitais (Temperatura, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Pressão Arterial). Caso o paciente esteja com controle glicêmico prescrito, registrar a última glicemia aferida. Conferir e registrar o uso de oxigênioterapia. Caso o paciente esteja com algum tipo de precaução recomendado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), registrar e especificar o tipo de precaução recomendada. Registrar o tipo de acesso venoso especificando o tipo, local, calibre e número de dias de punção. Registrar o uso de sondas, cateteres e drenos, especificando tipo, local e número de dias de uso. Certificar se o paciente se encontra em jejum, registrando a hora de início. Certificar se o paciente recebeu o cuidado do banho, registrando a hora. Certificar se foi realizado a tricotomia, registrando o local e a data. A tricotomia deverá estar prescrita pelo médico, caso não esteja, não deverá ser realizada. Registrar se a tricotomia foi realizada com o barbeador descartável ou com outro método, registrar	

	se pacientes que já chegarem ao hospital com a tricotomia realizada. Certificar e registrar se foi realizada avaliação pré-anestésica e cardiológica. Certificar e registrar o uso de anticoagulante, caso positivo o último dia e horário utilizado. Certificar e registrar se os adornos e próteses dentárias foram retirados, caso utilizem. Certificar, registrar e encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico vestindo apenas a camisola fornecida pela hotelaria do hospital. Registrar o horário de encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico. Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico com o Check List devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo técnico de enfermagem e enfermeiro responsáveis.	
6	A demarcação do sítio cirúrgico deverá ser realizada pelo médico cirurgião, em visita pré operatória na enfermaria.	Cirurgião
7	Antes da indução anestésica O circulante da sala operatória (técnico de enfermagem) deverá junto com a equipe cirúrgica (anestesista e cirurgião): Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação esteja correta e tenha sido confirmada. Confirmar se os termos de consentimentos estão assinados Confirmar se a temperatura ambiente da sala operatória está entre 18ºC e 22ºC, conforme recomendação da ANVISA.	Técnico de enfermagem, cirurgião e anestesista

	Confirmar com a equipe cirúrgica se há necessidade de coleta para realizar Patologia corte. Confirmar com o médico cirurgião responsável se o sítio cirúrgico está demarcado e a lateralidade do procedimento. Verificar o histórico de alergia, e em caso positivo registrar e especificar no prontuário. Comunicar a equipe cirúrgica o tipo de alergia informado. Verificar junto anestesista se o paciente possui via aérea difícil ou risco de aspiração. Avaliar se o acesso venoso está adequado e pérvio. Registrar o tipo de acesso venoso que será utilizado. Certificar a programação para fluídos junto a equipe cirúrgica. Verificar e revisar os equipamentos e medicações junto com o médico anestesista. Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento. Confirmar a administração do antibiótico profilático entre 0 até 50 minutos antes da incisão cirúrgica. Revisar o risco de perda sanguínea do paciente e se foi solicitada reserva de sangue junto a agência transfusional.	

8		Antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica) Apresentar cada membro da equipe pelo nome e função (chamada oral). Confirmar a realização da cirurgia correta, paciente correto, sítio cirúrgico correto e lateralidade correta. Revisar verbalmente, uns com os outros os elementos críticos de seus planos para a cirurgia. Confirmar a administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 50 minutos antes da incisão cirúrgica. Confirmar a disponibilidade dos exames de imagens necessários. Confirmar a esterilização dos materiais verificando os indicadores. Colocar da placa de eletro cautério na posição correta, se aplicável. Confirmar se os equipamentos e instrumentais estão corretos e aprovados para uso.	Técnico de Enfermagem/Enfermeiro
9		Antes do paciente sair da Sala de cirurgia A equipe cirúrgica deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos: Confirmar o procedimento realizado. Registrar o quantitativo de compressas, instrumentais e agulhas abertos para o procedimento e antes da síntese.	Técnico de enfermagem/Enfermeiro

	Identificar (nome completo do paciente, prontuário, data e tipo da amostra) e acondicionar qualquer amostra cirúrgica obtida e o número de peças obtidas. Revisar o plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala cirúrgica. Identificar corretamente as soluções e medicações endovenosas em infusão. Em caso de funcionamento inadequado de equipamentos proceder com a revisão e solicitação do reparo imediato. O paciente será encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica onde ficará aos cuidados da equipe de enfermagem e posteriormente direcionado ao setor de origem. Observação: Em caso de queixas técnicas, incidentes e/ou reações adversas notificar no link de incidentes/eventos adversos na pasta compartilhada.	

4) EPI

- Não aplicável.

4. DEFINIÇÕES/SIGLAS:

- Não aplicável.

5. REGISTROS

- Prontuário no sistema MV;

- FOR.507 CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Portaria N° 2.095 de 24 de setembro de 2013**.

Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3. Protocolo de Cirurgia Segura.Brasília, 2013.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Glaucia Siqueira	**Isabela Ribeiro**	**Dr. João Henrique**
Coordenadora do Centro Cirúrgico	**Enfermeira NQSP**	**Diretor Técnico**

1.4.2.22 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19

OBJETIVO

Realizar procedimento cirúrgico em paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 no Centro Cirúrgico do NO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, evitando-se contaminação da equipe e demais pacientes do Bloco Cirúrgico.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Mobiliários

Equipamentos

Materiais médico hospitalares

Saco plástico ou plástico filme transparente

Lixeiras com tampa e acionamento por pedal

Saco branco leitoso com símbolo infectante

Materiais para desinfecção de equipamentos e da sala cirúrgica

Materiais para limpeza da sala cirúrgica

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Antes do procedimento Durante o agendamento cirúrgico deverá ser informado ao Centro Cirúrgico se o paciente está isolado por suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19; Salvo em caso de emergência, o agendamento dever ser realizado no último horário possível; Confirmar se foi enviado ao CC, cópia do risco cirúrgico; Se houver mais de uma cirurgia em paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 no mesmo dia, utilizar a mesma sala cirúrgica, respeitando o intervalo de duas horas entre um procedimento e outro; A autorização para admissão no Centro Cirúrgico só será dada ao local de origem após a sala cirúrgica estar disponível, devidamente preparada, equipe de assistência (médica e enfermagem) presente e pronta para o atendimento, além de toda a passagem desobstruída; A equipe de enfermagem deverá preparar a sala cirúrgica mantendo na mesma apenas mobiliários, equipamentos e materiais necessários, priorizando o uso de materiais/equipamentos descartáveis a fim de reduzir o número de itens que deverão ser limpos; Proteger o aparelho de anestesia com saco plástico ou plástico filme transparente; Todas as lixeiras da sala deverão estar com saco branco leitoso e identificado pelo símbolo de substância infectante. Os sacos precisam ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade; Sinalizar a porta da sala quanto a precaução recomendada e identificando-a como "Área Vermelha"; Acionar enfermaria e ou leitos críticos, para deixar paciente pronto para o transporte. O paciente deverá estar com máscara cirúrgica para a transferência entre os setores;	Equipe assistencial do centro cirúrgico e dos leitos críticos

	O caminho por onde o paciente precisará percorrer até a chegada no CC precisará estar isolado; O técnico do RPA devera ligar no Ramal dos leitos críticos – 227 informando que o caminho está interditado; Solicitar apoio a equipe da enfermaria que fiquem atentos e ira abordar qualquer pessoa que esteja no caminho, informando a todos que o fluxo de pessoas está suspenso até a passagem do paciente isolado; O técnico de enfermagem apoio deverá aguardar a passagem do paciente em isolamento, protegendo o caminho da enfermaria até a sala cirúrgica; Será designado um segundo técnico de enfermagem do CC para acompanhar o transporte. Este não deverá entrar no isolamento da enfermaria, mas deverá acompanhar o paciente em conjunto com o serviço de remoção; O técnico de enfermagem do CC dirige-se somente até a entrada do isolamento; O Serviço de remoção, juntamente com técnico de enfermagem do CC, deverá transportar o paciente até o Centro Cirúrgico onde será realizado o procedimento. O Técnico de Enfermagem conduzirá o paciente direto a sala cirúrgica (não devendo aguardar na recepção ou SRPA).	
2	Durante o procedimento anestésico Restringir o quantitativo de pessoal na Sala Operatória (SO) durante a intubação orotraqueal. Os demais membros devem retornar quando a equipe de anestesiologia tenha uma via aérea segura e adaptada ao aparelho de anestesia em sistema fechado; Manter o ar condicionado desligado durante o procedimento de intubação e extubação, e durante a realização de quaisquer outros procedimentos potencialmente geradores de aerossóis; Durante a extubação a equipe cirúrgica não deverá permanecer na SO, na impossibilidade, manter-se afastada do paciente; A recuperação pós-anestésica será realizada dentro da sala cirúrgica. O paciente deverá utilizar máscara cirúrgica e,	Equipe assistencial do centro cirúrgico

	caso haja necessidade, o cateter de oxigênio deverá ficar sob a máscara. Evitar suporte não invasivo de vias aéreas com pressão positiva (exemplo: máscara de Venturi), pelo potencial favorecimento de aerossolização do vírus; Ao final da recuperação pós-anestésica proceder a a desparamentação da equipe de anestesiologia (conforme POP "Paramentação e desparamentação da equipe na assistência ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID- 19" nº) ao final do ato anestésico.	
3	Durante o procedimento cirúrgico Manter a porta da sala fechada durante todo o procedimento; Manter o mínimo possível de profissionais na sala; Manter um circulante de apoio na área externa, devidamente paramentado (touca, avental descartável, óculos ou protetor facial, máscara N95 ou PFF2, luvas que cubram o punho do avental). Caso haja material para análise em laboratório (patologia ou análises clínicas), é necessário descontaminar a embalagem primária (frascos) com álcool 70% antes de entregá-la ao técnico de apoio. Este por sua vez, estará a porta aguardando a amostra em uma segunda embalagem (saco plástico) para posterior encaminhamento ao setor responsável; Realizar desparamentação da equipe cirúrgica ao final do ato cirúrgico (conforme POP).	Equipe Assistencial do Centro Cirúrgico
4	Após o procedimento cirúrgico Informar à enfermaria sobre as condições do paciente para a montagem do leito e recepção do paciente; Solicitar ao Serviço de Remoção a transferência do paciente para setor de origem. O paciente deverá utilizar máscara cirúrgica durante o transporte; O primeiro técnico de apoio deverá isolar o caminho por onde o paciente precisará percorrer, aguardando sua saída e protegendo o caminho para a passagem do paciente até o isolamento. Um técnico de enfermagem do CC	Equipe Assistencial do Centro Cirúrgico

	acompanhará o paciente até a entrada do isolamento, que será recebido por equipe exclusiva; O técnico de enfermagem circulante de sala deverá, imediatamente após o procedimento, desmontar a sala cirúrgica e realizar a desinfecção dos equipamentos conforme POP.061 DESMONTAGEM E DESINFECÇÃO DA SALA CIRÚRGICA APÓS ATENDIMENTO A PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19; Após a desmontagem da sala pela equipe de enfermagem e a desinfecção dos equipamentos, a sala deverá ficar interditada por duas horas; Realizar desparamentação da equipe de enfermagem (conforme POP); Após duas horas a equipe de limpeza deverá paramentar-se para iniciar a desinfecção terminal da sala cirúrgica.	

EPI

Touca cirúrgica

Luva cirúrgica/estéril

Capote descartável

Óculos de proteção

Máscara N95

DEFINIÇÕES/SIGLAS:

CC – Centro Cirúrgico

SO - Sala Operatória

SRPA – Sala de Recuperação Pós Anestésica

6. REGISTROS

-Não aplicável

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro deMaterial e Esterilização (SOBECC). Recomendações relacionadas ao fluxo de atendimento parapacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo COVID-19 em procedimentos cirúrgicos ouendoscópicos.2ed.,19demarçode2020.

ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020- orientações para a prevenção e ocontrole das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos.

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde; Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 29.04.2020

ANEXOS

- - POP PARAMENTACAO E DESPARAMENTACAO.
- - POP.081 CC DESMONTAGEM E DESINFECÇÃO DA SALA CIRÚRGICA APÓS ATENDIMENTO A PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19.

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Glaucia Siqueira **Coordenadora Centro Cirúrgico**	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

1.4.2.23 CIRURGIA SEGURA

FINALIDADE

A finalidade do protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) desenvolvido pelo MINISTÉRIODA SAÚDE/ ANVISA e FIOCRUZ (BRASIL, 2013). Adaptado para as necessidades do NO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

JUSTIFICATIVA

De acordo com a literatura, o volume de cirurgias de grande porte vem aumentando anualmente, a partir de dados de 56 países, o que representa uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano (RONSMANS, 2006). No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte (ZEGERS *et al.*, 2011).

Neste contexto, existem evidências de que a lista de verificação de cirurgia segura reduz complicações e salva vidas (BRASIL, 2013). Importante ressaltar que a lista de verificação foi aprovada por 25 países, que mobilizaram recursos para sua implementação e em novembro de 2010, 1.788 hospitais do mundo haviam relatado seu uso (COWELL, 1998).

Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de verificação. Pesquisa conduzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a implementação de 22 (vinte e duas) estratégias com evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança, considerando entre as estratégias, a implementação da lista de verificação de cirurgia segura como fortemente recomendada (BRASIL, 2013).

Desta forma, tendo como eixo norteador estudos de natureza técnicos-científico baseado em evidências busca-se por meio da implantação deste protocolo, promover a segurança dos pacientes cirúrgicos no NO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

ABRANGÊNCIA

O protocolo deverá ser aplicado dentro do Centro Cirúrgico, sendo assim em procedimentos, quer terapêutico, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano, por qualquer profissional de saúde;

1. LISTAS DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica chamada também de Check List é utilizada em duas etapas. A primeira corresponde ao Check List Pré-Operatório, que deverá ser preenchidona enfermaria pelo técnico de enfermagem, antes do paciente ser encaminhado ao Centro Cirúrgico.Caberá ao técnico de enfermagem a verificação e o preenchimento desse instrumento com a checagem do enfermeiro do setor. A segunda etapa Trans-Operatória, divide-se em três fases (antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia),que deverá ser conduzida pelo circulante da sala/técnico de enfermagem e checado pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião.

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE

O condutor da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica confirma se o cirurgião demarcou o local (ou locais) a ser(em) operado(s) no corpo do paciente com caneta demográfica, em casos em que há necessidade desta ação (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas). Ressalta- se que a demarcação cirúrgica é de responsabilidade do médico cirurgião.

CONDUTOR DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

A responsabilidade pela condução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica será:

- Check List Pré-Operatório: Técnico de enfermagem e do Enfermeiro
- Check List Pré-Operatório (pacientes ainda não internados): Técnico de enfermagem e enfermeiro do acolhimento)
- Centro Cirúrgico: Técnico de Enfermagem circulante, com a checagem do enfermeiro responsável pelo setor. Ressalta-se que a equipe de enfermagem apenas conduzirá o Check list, cabendo aos profissionais médicos (anestesistas e cirurgiões) a participação ativa no processo.

7. SEGURANÇA ANESTÉSICA

O responsável pela condução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – Check List confirma com o anestesiologista se foram realizadas ações que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos, monitores, oxímetro e risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Após a verificação e confirmação do cumprimento de todos os itens da LVSC o anestesista deverá assinar e carimbar a mesma.

EQUIPES CIRÚRGICAS

O responsável pela condução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – Check List fará a chamada oral de cada membro da equipe cirúrgica confirmando o nome e função, incluindo estudantes ou outras pessoas. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos tenham sido apresentados, mas quando ocorrer à presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, esses devem se apresentar.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, o responsável pela condução da Lista de Verificação solicita que todos na sala de cirurgia parem e confirmem verbalmente o nome do paciente, a cirurgia a

ser realizada, o sítio cirúrgico, a lateralidade (quando se aplicar), o posicionamento na mesa cirúrgica, a fim de evitar uma cirurgia no paciente ou sítio errado.

Para assegurar a comunicação de questões relacionadas a pacientes críticos, durante a pausa cirúrgica o condutor da lista faz uma rápida discussão entre as equipes de cirurgia,anestesiologia e de enfermagem acerca dos riscos graves e planejamentos operatórios, por meio de pergunta específica feita em voz alta, a cada membro da equipe. A ordem da discussão não importa, mas cada item deve ser marcado apenas após o fornecimento de informações de cada disciplina clínica.

INTERVENÇÃO

Muitos fatores contribuem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente. Entretanto, este protocolo trataespecificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica como umaestratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica está dividida em 2 (duas) etapas (Pré- Operatório e Trans-Operatório), totalizando 4 (quatro) fases, sendo:

I- Preparo Pré-Operatório;

II- Antes da indução anestésica;

III- Antes da incisão cirúrgica;

IV- Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Se o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico sem o preenchimento do Check List Pré-Operatório, a enfermeira do Centro Cirúrgico deverá recusá-lo e devolvê-lo ao setor de origem, uma vez que o não preenchimento do instrumento induz ao pensamento de que os cuidados foram negligenciados, colocando em risco o preparo cirúrgico e o procedimento em si. Caberá ao enfermeiro responsável pelo setor de origem do paciente solucionar as pendências encontradas e reencaminhá-lo ao Centro Cirúrgico.

Não sendo encontradas pendências no Check List Pré-Operatório, o paciente será recebido no Centro Cirúrgico para continuidade da assistência, o responsável pela condução da LVSC daráinício ao

Check List Trans-Operatório, caso algum item checado não esteja em conformidade a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala cirúrgica até a sua solução.

CHECK LIST PRÉ-CIRÚRGICO (ANTES DO PACIENTE SER ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO)

O Técnico de Enfermagem, da enfermaria de origem do paciente deverá:

- Preencher o nome completo do paciente, data de nascimento, número do prontuário, leito e unidade de origem confirmando: junto ao paciente ou seu acompanhante, o prontuário e a pulseira de identificação.
- Pesar o paciente e registrar.
- Certificar junto ao paciente ou seu acompanhante se possui algum tipo de alergia, registrando o tipo de alergia caso a resposta seja positiva.
- Confirmar e registrar o procedimento proposto, a lateralidade e a demarcação do sítio cirúrgico (se aplicáveis).

OBSERVAÇÕES:

A confirmação do procedimento proposto deverá ser realizada preferencialmente abordando verbalmente o médico assistente e/ou através do registro correto no prontuário realizado por ele.

A confirmação do procedimento proposto também poderá ser feita seguindo a descrição do Mapa de Programação Cirúrgica.

Ressalta-se que o Mapa de Programação Cirúrgica poderá ser passível de alterações. Ademais, as cirurgias de urgência ou não programada ("encaixe") não se apresentarão nessa escala. Sendo assim, orienta-se que caso não tenha a informação do procedimento proposto registrada na evolução médica o responsável pela condução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica -Check List Pré-Operatório registre no campo indicado do procedimento proposto: "Não informado pelo médico cirurgião", não devendo esse campo ficar sem registro.

O paciente deverá sempre ser consultado e ouvido com relação as informações inerentes ao seu tratamento, porém recomenda-se que a confirmação do procedimento cirúrgico proposto seja sempre realizada pelo médico assistente e/ ou pelos registros do mesmo no prontuário.

A demarcação do sítio cirúrgico deverá ser realizada pelo médico cirurgião.

Confirmar e registrar a data do procedimento.

Confirmar e registrar se os termos de consentimentos estão assinados.

Conferir e registrar os sinais vitais (Temperatura, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Pressão Arterial).

Caso o paciente esteja com controle glicêmico prescrito, registrar a última glicemia aferida.

Conferir e registrar o uso de Oxigenoterapia.

Caso o paciente esteja com algum tipo de precaução recomendado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), registrar e especificar o tipo de precaução recomendada;

Registrar o tipo de acesso venoso especificando o tipo, local, calibre e número de dias de punção.

Registrar o uso de sondas, cateteres e drenos, especificando tipo, local e número de dias de uso.

Certificar se o paciente se encontra em jejum, registrando a hora de início.

Certificar se o paciente recebeu o cuidado do banho, registrando a hora.

Certificar se foi realizado a tricotomia, registrando o local e a data.

A tricotomia deverá estar prescrita pelo médico assistente, caso não esteja, não deverá ser realizada.

Certificar e registrar se foi realizada avaliação pré-anestésica e cardiológica.

Certificar e registrar o uso de anticoagulante, caso positivo o último dia e horário utilizado.

Certificar e registrar se os adornos e próteses dentárias foram retirados, caso utilizem.

Certificar e registrar se foi realizada a higiene corporal.

Certificar, registrar e encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico vestindo apenas a camisola fornecida pela hotelaria do hospital.

Registrar o horário de encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico.

Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico com o Check List devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo técnico de enfermagem e enfermeiro responsáveis.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

O condutor da Lista de Verificação deverá junto com a equipe cirúrgica (anestesista e cirurgião):

- Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação esteja correta e tenha sido confirmada.
- Confirmar se os termos de consentimentos estão assinados
- Confirmar se a temperatura ambiente da sala operatória está entre 18°C e 22°C, conforme recomendação da ANVISA.
- Confirmar com o médico cirurgião responsável se o sítio cirúrgico está demarcado a lateralidade do procedimento.
- Sinalizar no Check List, no item das figuras anatômicas, o local correto da cirurgia.
- Verificar o histórico de alergia, e em caso positivo registrar e especificar no Check List o tipo de alergia.
- Comunicar a equipe cirúrgica o tipo de alergia informado.
- Avaliar e registrar se o paciente possui via aérea difícil ou risco de aspiração.
- Avaliar se o acesso venoso está adequado e pérvio.
- Registrar o tipo de acesso venoso que será utilizado.
- Certificar a programação para fluídos junto a equipe cirúrgica.
- Verificar e revisar os equipamentos e medicações junto com o médico anestesista.
- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.
- Confirmar a administração do antibiótico profilático entre 0 até 50 minutos antes da incisão cirúrgica.

- Revisar o risco de perda sanguínea do paciente e se foi solicitada reserva de sangue junto a agência transfusional.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA (PAUSA CIRÚRGICA)

Neste momento, a equipe cirúrgica fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

- Apresentar cada membro da equipe pelo nome e função (chamada oral).
- Confirmar a realização da cirurgia correta, paciente correto, sítio cirúrgico correto e lateralidade correta.
- Revisar verbalmente, uns com os outros dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia.
- Confirmar a administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 50 minutos antes da incisão cirúrgica.
- Confirmar a disponibilidade dos exames de imagens necessários.
- Confirmar a esterilização dos materiais verificando os indicadores.
- Colocar da placa de eletro cautério na posição correta, se aplicável.
- Confirmar se os equipamentos e instrumentais estão corretos e aprovados para uso.

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

A equipe cirúrgica deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

- Confirmar o procedimento realizado.
- Registrar o quantitativo de compressas, instrumentais e agulhas abertos para o procedimento e antes da síntese.
- Identificar (nome completo do paciente, prontuário, data e tipo da amostra) e acondicionar qualquer amostra cirúrgica obtida e o número de peças obtidas.
- Revisar o plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala cirúrgica.
- Identificar corretamente as soluções e medicações endovenosas em infusão.

- Em caso de funcionamento inadequado de equipamentos proceder com a revisão e solicitação do reparo imediato.
- O paciente será encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica onde ficará aos cuidados da equipe de enfermagem e posteriormente direcionado ao setor de origem.

ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

Com estratégia de monitoramento serão avaliados os seguintes indicadores:

Legenda: ∑ (leia-se SOMATÓRIO)

- Percentual de Checklist de cirurgia segura completamente realizados

Método de cálculo: ∑ de Checklist totalmente preenchidos / ∑ de Checklist avaliados X 100

- Número de procedimentos realizados no local errado do corpo do paciente

Método de cálculo: Número absoluto de procedimentos realizados no local errado do corpodo paciente.

- Número de cirurgias realizadas no paciente errado

Método de Cálculo: Número absoluto de procedimentos realizados no paciente errado.

- Número de procedimentos errados.

Método de Cálculo: Número absoluto de procedimentos errados.

- Percentual de Antibiótico profilático realizado no paciente no período entre 5 – 55 minutos antes do procedimento cirúrgico

Método de cálculo: ∑ de antibiótico profilático administrado / ∑ de procedimentos cirúrgicos realizados X 100

REFERÊNCIAS

Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Surgical Site How-to Guide. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. Portaria N° 2.095 de 24 de setembrode 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3. Protocolo de Cirurgia Segura. Brasília, 2013.

COWELL, H.R. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463.

De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 17. England 2008. p. 216-23.

Joint Commission. Sentinel event statistics. December 31,2006. Disponível em: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics.

Joint Commission. Sentinel events alert. 5th December 2001.

Healy JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. Int J Qual Health Care. 24. England2012. p. 88-94.

Cowell HR. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463. 12. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety-Final Technical Report 2009. WHO:Swizterland, 2009.

Administration FA. Section 12: Aircraft Checklist for 14 CFR Parts 121/135 iFOFSIMSF.

Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

Kwaan Mr Fau - Studdert DM, Studdert Dm Fau - Zinner MJ, Zinner Mj Fau - Gawande AA, Gawande AA, Seiden Sc Fau - Barach P, Barach P, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery

Rebasa P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. Cir Esp. 89. Spain: A 2011 AEC. Published by Elsevier Espana; 2011. p. 599-605.

Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet. 368. England2006. p. 1189-200.

Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-prcedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Arch Surg. 141. United States2006. p. 931-9.

Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Annals of Internal Medicine. 2013;158(5_Part_2):365-8.

ZEGERS, M, *et al.* The incidence, roos-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. Patient Saf Surg.5. England 2011. p.13.

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Glaucia Siqueira Coordenadora Centro Cirúrgico	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

1.4.2.24 ESTOQUE MÁXIMO CARRINHO DE EMERGÊNCIA DO CENTRO CIRURGICO

PRIMEIRA GAVETA			
DESCRIÇÃO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE	ESTOQUE
ÁGUA DESTILADA	SOL. INJ. AMP 10ML	AMP	10
AMINOFILINA	SOL. INJ. 24 MG/ML AMP 10 ML	AMP	05
AMIODARONA	SOL. INJ. 50 MG/ML AMP. 3 ML	AMP	10
ATROPINA	SOL. INJ. 0,5 MG/ML AMP. 1 ML	AMP	10
BICARBONATO DE SÓDIO	SOL.INJ.1meq/ML OU 8,4% AMP 10ML	AMP	20
CLORETO DE SÓDIO	SOL. INJ. 20% 10ML	AMP	05
CLORETO DE POTÁSSIO	SOL. INJ. 10% 10ML	AMP	05
DOBUTAMINA	SOL. INJ. 12,5 MG/ML AMP 20 ML	AMP	05
EPINEFRINA	SOL. INJ. 1 MG/ML, AMP. 1 ML	AMP	20

FUROSEMIDA	SOL. INJ. 10 MG/ML AMP. 2ML	AMP	05
GLICOSE 50%	SOL. INJ. 50% AMP. 10 ML	AMP	05
LIDOCAÍNA	20MG/ML F/A 20 ML	F/A	02
MIDAZOLAM	SOL. INJ. 5 MG/ML AMP 10 ML	AMP	10
MORFINA	SOL. INJ. 10 MG/ML AMP 1 ML	AMP	02
NOREPINEFRINA	SOL. INJ. 2 MG/ML AMP 4 ML	AMP	10
ACIDO ACETILSALICILICO	100 MG	COMP	05
DENTROLENE	SOL. LIÓFILO INJ. 20 MG/ML	AMP	01
SUXAMETONIO	SOL. INJ. 100 MG/ML AMP 10 ML	AMP	01
SEGUNDA GAVETA			
DEXAMETASONA	SOL. INJ. 4 MG/ML AMP 2,5 ML	AMP	10
DIAZEPAM	SOL. INJ. 5 MG / ML AMP 2 ML	AMP	5
FENITOÍNA	SOL. INJ. 50 MG/ML AMP 5 ML	AMP	04
FENOBARBITAL	SOL. INJ. 100 MG/ML AMP 2 ML	AMP	05
FENTANILA	SOL. INJ. 50 MCG AMP 10 ML	F/A	04
FLUMAZENIL	SOL. INJ. 0,1 MG /ML AMP 5 ML	AMP	02
HALOPERIDOL	SOL. INJ. 5 MG/ML AMP 1 ML	AMP	04
HEPARINA	SOL. INJ. 5.000 UI/ML F/A 5 ML	F/A	01
HIDROCORTISONA	PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG F/A	F/A	02
NALOXONA	SOL. INJ. 0,4 MG/ML AMP 1 ML	AMP	02
NEOSTIGMINA	SOL. INJ. 0,5MG/ML 1ML	AMP	02

PROTAMINA	SOL. INJ. 1000 UI/ML AMP 5ML	AMP	02
COMPRIMIDOS			
CLOPIDOGREL	75 MG	COMP	05
ISOSSORBIDA	5 MG	COMP	10
NIFEDIPINA	20 MG	COMP	05
MATERIAIS			
TERCEIRA GAVETA			
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 14		UN	03
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 16		UN	03
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 18		UN	05
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 20		UN	05
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 22		UN	05
TORNEIRA LUER LOCK 3 VIAS		UN	02
EQUIPO MACROGOTAS		UN	02
SERINGA DE 3 ML		UN	05
SERINGA DE 5 ML		UN	05
SERINGA DE 10 ML		UN	05
SERINGA DE 20 ML		UN	05
CATETER NASAL TIPO OCULOS ADULTO		UN	02
AGULHA 25 X 0,7 MM		UN	05
AGULHA 30 X 0,8 MM		UN	05

AGULHA 40 X 1,2 MM	UN	05
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 ML	UN	02
SOLUÇÃO RINGER LACTATO 500 ML	UN	02
SOLUÇÃO GLICOSADA 5% 500 M/	UN	02
QUARTA GAVETA		
CATETER DUPLO LUMEN 7FR – 20CM	UN	01
CATETER DUPLO LUMEN 5F – 15CM	UN	01
MÁSCARA LARÍNGEA Nº 03	UN	01
MÁSCARA LARÍNGEA Nº 04	UN	01
MÁSCARA LARÍNGEA Nº 05	UN	01
SONDA NASOGÁTRICA LONGA N° 16	UN	02
SONDA NASOGÁTRICA LONGA N° 18	UN	02
SONDA DE FOLEY Nº 08	UN	01
SONDA DE FOLEY Nº 12	UN	01
SONDA DE FOLEY Nº 18	UN	01
SONDA DE FOLEY Nº 20	UN	01
TUBO DE TRAQUEOSTOMIA Nº 08	UN	01
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 6,0	UN	02
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 7,0	UN	02
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 7,5	UN	02
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 8,0	UN	02

TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 8,5	UN	02
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 2,5	UN	01
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 3,0	UN	01
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 3,5	UN	01
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 4,5	UN	01
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SISTEMA FECHADO N°14	UN	01
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SISTEMA FECHADO N°16	UN	01
FILTRO DE HME	UN	02
MANTA TERMICA	UN	01

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:

JANAINA RIBEIRO RT FARMACIA MIRIAM PIRES GERENTE DE ENFERMAGEM	ISABELA RIBEIRO ENFERMEIRA NQSP	DR. JOÃO HENRIQUE DIRETOR TECNICO

Referência: Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e AC

1.4.2.25 CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE- CENTRO CIRÚRGICO, CENTRO OBSTÉTRICO E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

LOCAL DA VERIFICAÇÃO

( )Centro Cirúrgico ( )Centro Obstétrico ( )Central de Material e Esterilização

Mês : Ano:

( ) Sala de cirurgia ( ) Sala de recuperação pós-anestésica ( ) Sala de parto ( ) Arsenal

( ) Sala de apoio de materiais estéreis

DIA	PERÍODO		TEMPERATURA			UMIDADE			ASSINATURA	OBSERVAÇÃO
		HORA	ATUAL	MÁX.	MÍN.	ATUAL	MÁX.	MÍN.		
1	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
2	Manhã									
	Tarde									

	Noite									
3	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
4	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
5	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
6	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
7	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
8	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
9	Manhã									
	Tarde									

	Noite									
10	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
11	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
12	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
13	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
14	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
15	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
16	Manhã									
	Tarde									

	Noite									
17	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
18	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
19	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
20	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
21	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
22	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
23	Manhã									
	Tarde									

	Noite									
24	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
25	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
26	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
27	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
28	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
29	Manhã									
	Tarde									
	Noite									
30	Manhã									
	Tarde									

	Noite									
31	Manhã									
	Tarde									
	Noite									

TEMPERATURA E UMIDADE RECOMENDADAS:	**ATENÇÃO!**
Sala de recuperação pós-anestésica: 21°C – 24°C / Umidade(%): 40%-60% Sala de cirurgia: 18°C – 22°C / Umidade(%): 45%-55% **Sala de parto: 18°C – 2°C / Umidade(%): 45%-55% Arsenal: 20°C - 24°C/ Umidade de 30%-60%** **Sala de apoio de materiais estéreis: 20°C - 24°C/ Umidade de 30%-60%**	**Certifique-se que a porta esteja fechada antes da checagem da temperatura**

Referências:

Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. NBR 7.256/2005. Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS). Requisitos para projeto e execução de instalações. Rio de Janeiro: ABNT; 2005.

1.4.2.26 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Nome: _____ Data nascimento: _____/_____/_____

Número de Prontuário _____ Especialidade_____ Sala _____

Cirurgia Programada _____ Data _____/_____/_____

Anestesista:_____ CRM _____Cirurgião: _____ CRM _____

ENFERMAGEM – COREN _____

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Respondente: ( ) paciente ( ) acompanhante

Local: ( ) sala de preparo ( ) sala operatória

1.1 Pulseira de identificação presente? ○**Não** ○**Sim**

1.2 Origem do paciente: ( )unidade de internação ( )unidade de emergência ( ) outra instituição

1.3 Tomou banho pré-operatório?

○**Não** ○**Sim. Produto usado**_____

1.4 Uso de antibiótico nas últimas 24h? ○**Sim** ○**Não**

1.5 Está sob precaução específica?

○**Não** ○**Sim. Produto usado**_____

1.6 Sítio cirúrgico demarcado? ○**Sim** ○**Não**

1.7 Respondente informa qual procedimento cirúrgico será realizado?

○**Não** ○**Sim**

1.8 Respondente confirma o local do sítio cirúrgico?

○**Não** ○**Sim. Há lateralidade: ( ) direito ( )esquerdo**

Alergia conhecida ou declarada?

○**Não** ○**Sim. Qual** _____

Ficha de Avaliação Pré-anestésica presente?

○**Sim** ○**Não** ○ **NA**

Consentimento informado anestésico presente?

○**Sim** ○**Não** ○ **Na motivo:**_____

Consentimento informado cirúrgico presente?

○**Não** ○**Sim** ○ **NA Motivo:**_____

Realizada remoção dos pelos (Tricotomia)?

○**Sim** ○**Não** ○ **NA**

Local: ( ) CC ( )Unidade Internação ( )Domicílio

Identificação do paciente no prontuário?

○**Não** ○**Sim**

Presença de dispositivos invasivos?

○**Não** ○**Sim: ( )cateteres ( )sondas ( )drenos**

Temperatura corporal entre 36 a 36,5 ºC?

○**Não** ○**Sim**

ENFERMAGEM – COREN_____

ANTES DO INÍCIO DA ANESTESIA E DA DISTRIBUIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

2.1 Verificado o nome e número de registro do paciente? ○**Não** ○**Sim**

2.2 Carrinho de anestesia testado e em funcionamento? ○**Não** ○**Sim**

2.3 Monitorização de sinais vitais instalada e em funcionamento?

○Não ○Sim

2.4 Via aérea difícil/risco de broncoaspiração?

○Sim ○Não ○ Não se aplica

2.4.1 Equipamentos para assistência disponíveis? ○Não ○Sim

2.5 Risco de perda sanguínea considerável (> 500ml ou 700ml/kg em crianças)?
○Não ○Sim

2.5.1 Confirmado a reserva sanguínea? ○Não ○Sim ○NA

2.6 Os materiais e insumos necessários estão todos presentes?

○Não ○Sim

2.7 Verificado validação dos indicadores e prazo de validade da esterilização dos instrumentais cirúrgicos? ○Não ○Sim

2.8 Placa de bisturi posicionada?

○Sim. Local _____ ○Não ○Não se aplica

Paciente posicionado de modo a evitar lesões?

○Sim. Posição _____ ○Não

Podem ser visualizadas as imagens diagnósticas essenciais?

○Sim ○Não ○ Não se aplica

Realizada antissepsia no campo cirúrgico

○Não ○Sim. Com _____

Glicemia menor que 200mg/dl

○Sim ○Não ○ Não se aplica

3. ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

3.1 Todos os membros das equipes se apresentaram pelo nome e função? ○Não ○Sim

3.2 Confirmado a identificação do paciente, do procedimento e do sítio cirúrgico pelos membros das equipes? ○Não ○Sim

3.3 Há eventos críticos previstos para o procedimento? a) Cirúrgico ○Sim ○Não – b) Anestésico ○Sim ○Não – c) Enfermagem ○Sim ○Não

3.4 Antibiótico profilático administrado nos últimos 60 minutos?

○Não ○Sim O NA Horas:_____ Qual:_____ Houve repique: O Sim O Não

4. ANTES DA SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA

4.1 A contagem de compressas e gazes está correta?

○Sim ○Não ○ Não se aplica Quantidade: antes:_____ depois:_____

4.2 A contagem de instrumentos e agulhas está correta? ○Não ○Sim Quantidade: antes: _____ depois:_____

4.3 Coletado material (Anatomopatológico ou qualquer outro)?

○Não ○Sim ○ NA

4.3.1 Está com pedido e identificado corretamente?

○Sim ○Não ○ Não se aplica

4.4 Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental?

○Não ○Sim

4.5 O paciente apresenta alguma lesão de pele relacionada ao posicionamento ou ato operatório?

○Não ○Sim. Local:_____

4.6 Todos usam gorro, máscara, luvas e avental corretamente durante o procedimento? ○Não ○Sim

4.7 Alguma recomendação específica para o pós operatório imediato? ○Não ○Sim_____

Enfermagem – COREN _____ Anestesista - CRM: _____

Cirurgião - CRM: _____ENFERMAGEM – COREN _____

5. ANTES DA SAÍDA DO CENTRO CIRÚRGICO
5.1 Pulseira de identificação presente? ○Não ○Sim
5.2 Presença de dispositivos invasivos? **○Não ○Sim ( )cateteres ( )sondas ( )drenos**
5.3 Ficha Transoperatória e Anestésica no prontuário?○Não ○Sim
5.4 Descrição cirúrgica no prontuário assinado? ○Não ○Sim
5.5 Alguma recomendação específica para o pós-operatório? **○Não ○Sim**_____

1.4.2.27 MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Por este instrumento particular o(a) paciente Sr.(a) _____, RG:_____, CPF:_____ e demais familiares e responsáveis por mim declaramos por solicitação verbal do médico assistente, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) **nome do medico**, inscrito(a) no CRM-GO

sob o nº e RQE , que por livre e espontânea vontade o procuramos para tratamento na área de **ORTOPEDIA** para a doença **FRATURA DE ,** onde irá proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO COM USO DE PLACA, PARAFUSOS, FIXADOR EXTERNO E FIOS STEIMAN**", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. O Dr Régis Vieira de Castro me explicou com termos **NÃO** médicos do que se trata esta doença e o seu tratamento proposto e eu entendi perfeitamente, tendo sanado todas as dúvidas pré-existentes.

Declaro também que o **nome do medico** informou a mim e aos meus familiares as diversas possibilidades de tratamento, sendo decidido por mim que a opção seria o tratamento cirúrgico e a proposta cirúrgica é **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO COM USO DE PLACA, PARAFUSOS, FIXADOR EXTERNO E FIOS STEIMAN** com utilização de OPME (descrita anteriormente). **Eu estou ciente de como este procedimento é realizado; o nome do medico me explicou em TERMOS NÃO MEDICOS e eu entendi.**

Sendo cirúrgico o tratamento, fui também informado que serei submetido ao ato anestésico, e que os eventuais riscos anestésicos devem ser discutidos com o anestesiologista. O **medico** me indicou procurar o grupo de anestesia do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO onde serei operado. Caso não me manifeste sobre o anestesista de minha preferência, serei submetido ao ato anestésico pelo plantonista do hospital, ou o designado pelo chefe de anestesia para cumprimento da escala para aquele dia cirúrgico.

Tenho informações e considero que a Instituição Hospitalar onde serei tratado reúne as condições técnicas adequadas.

Declaro, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a ser adotado no tratamento clínico ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Ainda declaro ter sido inteirado de que tal tratamento cirúrgico pode ocasionar complicações (neurológicas e gerais), inerentes ou não ao procedimento cirúrgico, podendo ser permanentes (lesões neurológicas) e inclusive fatais (por ex, infecções ou hemorragias), mesmo porque não existe procedimento médico livre de riscos e, embora todas as precauções sejam tomadas para evitar complicações, certos riscos devem ser considerados em qualquer tipo de cirurgia. **O nome do medico me informou que estes riscos existem e não podem ser desconsiderados e eu fui informado e esclarecido sobre eles.** Também fui informado que pode haver necessidade de receber transfusão sanguínea, e me autoriza a realizar tal procedimento, cajo haja necessidade.

O Dr nome medico também me ressaltou que o meu tratamento vai continuar após a cirurgia, por exemplo, com acompanhamento ambulatorial, em consultas médicas, além necessidade de medicação e trabalho de fisioterapia. **Também não foi descartado que eu posso ser submetido à outra cirurgia no futuro**.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES:

1- Trombose venosa profunda
2- Embolia pulmonar
3- Fratura intra-operatória (novas fraturas)
4- Lesão vascular
5- Lesão nervosa
6- Deformidade Estética
7- Diminuição da Mobilidade(ADM)
8- Diminuição de Força
9- DOR
10- Distrofia Simpático Reflexa
11- Ossificação heterotópica
12- Infecção
13- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
14- Sangramento com necessidade de transfusão E OU Anemia
15- Pseudoartrose (Falha de Consolidação)
16- Síndrome Compartimental

CID – S52 Infecção hospitalar:

A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a

CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infectores Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgias Limpas – 2%, Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%, Cirurgias contaminadas – 20%, Cirurgias Infectadas – 40%.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Código de Ética Médica – Art. 22 - É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34 - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39 - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Por fim, declaro estar ciente do proposto como tratamento, resultados e riscos; bem como todas as informações contidas neste documento.

Dr RÉGIS VIEIRA DE CASTRO nos deixou a vontade para ouvir opiniões de outros médicos.

Finalmente, nós, considerados responsáveis ou com poderes para decidir junto à paciente, declaramos termos sido devidamente esclarecidos e participado das discussões de tratamento do paciente, concordando com todas as informações recebidas e que tudo acima foi informado e consentido. Assumimos inteira responsabilidade pela veracidade das declarações acima, sob pena das sansões legais.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo (a) médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

cidade _____ de_____ de _____.

Nome		**Ass. do (a) paciente e/ou responsável**

	Medico CRM	

TESTEMUNHA 01		**TESTEMUNHA 02**

1.4.2.28 Circulação de sala operatória

É realizada pelo Técnico de Enfermagem que recebe o paciente na admissão e encaminha-o para a sala cirúrgica, permanecendo até a chegada do anestesista.

O Técnico de Enfermagem realiza a monitorização dos sinais vitais, verifica em conjunto com anestesista o nível de consciência, padrão respiratório, acesso venoso, uso de sondas e cateteres. Aplica o Check List de Cirurgia Segura antes da indução anestésica, antes da

incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala. Auxilia o anestesista no ato anestésico e posiciona o paciente na mesa cirúrgica em conjunto com a equipe.

Além disso, este mesmo profissional deve auxiliar a equipe na paramentação, na abertura de materiais estéreis, atentando-se para os integradores internos dos pacotes, Colocar antissépticos, soro nas cubas para o instrumentar, auxiliar o enfermeiro na sondagem vesical sempre que necessário, posiciona a placa dispersiva do bisturi, posiciona foco cirúrgico na área a ser operada, e permanece na sala para auxiliar a equipe.

A manutenção da sala em ordem, e ao término do procedimento auxilia no controle de compressas e gazes, também é desempenhado pelo Técnico de Enfermagem, além de auxiliar ainda o instrumentador cirúrgico, e encaminhar o paciente para a SRPA e então deve realizar o registro da entrada e saída do paciente no prontuário.

1.4.2.29 Solicitação de insumos e medicamentos

A solicitação de insumos é realizada diariamente conforme necessidade e demanda do setor por um técnico de enfermagem ou enfermeiro na farmácia satélite, que gera um pedido para a CAF, que atende o pedido.

A dispensação de materiais e medicamentos para as cirurgias, ocorre através da entrega de kits cirúrgicos no início de cada plantão, os itens que não estão dentro dos kits a solicitação ocorre de forma individual para cada procedimento cirúrgico. Após o ato cirúrgico o técnico de enfermagem realiza a devolução dos itens que sobraram via check list do kit.

1.4.2.30 Elaboração do mapa cirúrgico

A solicitação do agendamento das cirurgias programadas deverá acontecer até as 16 h do dia anterior, por meio de formulário preenchido pelo médico cirurgião responsável. As Enfermeiras do centro cirúrgico deverão encaminhar as solicitações de agendamento à CME para a conferência das caixas de instrumentais solicitadas.

Após conferência dos materiais, que deverá ocorrer até as 17 horas, a CME deve devolver a confirmação das cirurgias ao centro cirúrgico. As solicitações confirmadas para agendamento deverão ser digitadas pelo assistente administrativo sendo conferido e carimbado pela Enfermeira, gerando o mapa cirúrgico, que será entregue pelo assistente

administrativo uma via impressa nos vários setores do hospital (**UTI adulta, Clínica Médica adulta posto CAF, Clínica cirúrgica, Observação, PA e NIR**).

O enfermeiro supervisor é quem realiza o agendamento da quantidade de procedimentos possíveis priorizando uma sala vermelha para cirurgias de urgência e/ou emergência. O enfermeiro supervisor atende a demanda de cirurgias do dia, sendo que as emergências têm prioridade em relação aos procedimentos programados.

1.4.2.31 Instrumentação Cirúrgica

A instrumentação das cirurgias deverá ser executada por profissional de enfermagem devidamente habilitado com curso de instrumentador, ou acadêmicos de medicina aptos, sendo estes responsáveis pelo instrumental cirúrgico desde a solicitação com a CME até o retorno destes ao expurgo.

1.4.2.32 Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica

A equipe de enfermagem receberá o paciente advindo da sala de cirurgia, acompanhado do anestesista e/ou da equipe de enfermagem, observando o preenchimento correto do prontuário, conferir o procedimento cirúrgico e anestésico realizado, conferir a identificação do paciente na pulseira e identificar o leito.

O paciente de ser monitorizado e posicionam conforme prescrição, proporcionando conforto, segurança e privacidade. O técnico de enfermagem anotará os sinais vitais no prontuário de 15 em 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos nas horas subsequentes até a alta da RPA.

1.4.2.33 Alta do centro cirúrgico

Após a da alta prescrita pelo anestesiologista, o Enfermeiro e/ou técnico de enfermagem realiza o contato com a unidade de origem, para o encaminhamento do paciente. O técnico de enfermagem das unidades de internação busca o paciente estável no centro cirúrgico e conduz o mesmo com o condutor. Os pacientes graves são encaminhados para o setor de origem acompanhados do Enfermeiro supervisor e anestesiologista devidamente monitorizado.

1.4.2.34 Encaminhamento de materiais para exames

Os pedidos médicos de materiais para exames como peças para anátomo patológico, tecidos e fluídos para cultura e etc, devem ser preparados e identificados pelo técnico de enfermagem. É escolhido o recipiente adequado, preparado com a solução adequada (soro fisiológico ou formol) e identificado com os seguintes dados: nome do paciente, data de nascimento, número do prontuário, nome da peça, data e nome do profissional que preparou a amostra para o laboratório.

Em seguida é repassado ao Enfermeiro, que confere o pedido e ser for cultura deverá acionar o laboratório de imediato e as peças serão recolhidas pelo laboratório de acordo com os horários definidos no fluxo do setor de destino.

1.4.2.35 Limpeza e desinfecção do Centro Cirúrgico

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização exclusiva do setor. No CC é realizada limpeza terminal aos domingos. É realizada a limpeza terminal nas salas cirúrgicas após o término de procedimentos contaminados e pacientes em precaução de contato. Durante a limpeza terminal da unidade são limpos todos os armários de guarda de materiais e equipamentos. A limpeza concorrente é realizada diariamente e após cada procedimento cirúrgico.

1.4.2.36 Controle da checagem do cardioversor e carro de emergência

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro supervisor no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês e após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição. É feito a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença do lacre e cilindro de oxigênio.

1.4.2.37 Controle de psicotrópicos

O controle de psicotrópicos dispensados aos pacientes deve acontecer com a dispensação da maleta, ou kit de anestesia.

1.4.2.38 Controle de equipamentos

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. É realizada a conferência diária dos equipamentos do setor por um técnico de enfermagem escalado no apoio pelo enfermeiro supervisor para tal atividade.

1.4.2.39 Escala de trabalho e divisão de tarefas

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem do centro cirúrgico, conforme jornada de trabalho do colaborador. As escalas são elaboradas mensalmente. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro supervisor faz a readequação.

O colaborador das áreas fechadas realiza os lanches (desjejum, lanche da tarde e ceia) apenas no refeitório.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo.

Os colaboradores podem solicitar até 03 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao Supervisor que encaminhará ao coordenador do centro cirúrgico para validação / aprovação e assinatura de ambos.

1.4.2.40 Alta por óbito

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo cirurgião ou anestesista. A equipe técnica em enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. A Enfermeira supervisora solicita no serviço social o formulário para encaminhamento ao IML / SVO ou a declaração de óbito,

entrega para o médico atestar. A Enfermeira supervisora registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro.

1.4.2.41 Passagem de plantão

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e as 19:00 após as trocas de equipe. Deve ser realizada no interior do setor, passando sala por sala e a beira leito na sala de RPA, onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passa a história do paciente, intercorrências e pendências.

1.4.2.42 Realização de exames laboratoriais

A solicitação dos exames é feita via formulário e a amostra de material de paciente em procedimento cirúrgico são coletadas pelo anestesiologista.

1.4.2.43 Realização de cuidados e procedimentos

A realização de cuidados e procedimentos são realizadas tendo como referência os protocolos institucionais disponibilizados no setor.

1.4.2.44 Registro em prontuário

Diariamente o Enfermeiro supervisor, o técnico em enfermagem e os instrumentadores cirúrgicos fazem o registro na evolução de enfermagem. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve dentro do CC. O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas: cirurgia e tipo de anestesia que o paciente foi submetido, início e término do procedimento, participantes da cirurgia, hemotransfusão se houver, curativos, drenos, condições clínicas do paciente.

1.5 MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

1.5.1 Normas Da Central De Materiais E Esterilização

1.5.2 Estrutura Organizacional

UNIDADE DE SAÚDE	**Manual de Normas**	**EO.1**	
	Central de Materiais e Esterilização	**Emissão**	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		**Revisão**	
		No:	**Data:**

Horário de funcionamento da área/serviço

Diariamente das 07h às 19h, inclusive feriados e finais de semana.

Clientes da área/serviço

Todos os usuários do hospital que necessitam dos serviços da Central de Materiais e Esterilização.

Normas

Todos os funcionários da CME deverão adotar as medidas de precaução padrão (medidas de barreira – higiene básica das mãos) para evitar a contaminação a partir de sangue, secreções e excreções;

Somente poderão acessar as dependências da CME, os funcionários higienizados e devidamente paramentados;

A porta que dá acesso as dependências da CME deverá ser mantida fechada, exceto nos horários de troca de material sujo;

O profissional escalado para plantão na área suja será o responsável pelo controle de entrada/saída de pessoal e entrada de materiais;

A programação cirúrgica deverá ser entregue na CME até as 12:30h do dia anterior às cirurgias, para que os materiais cirúrgicos possam ser preparados com antecedência;

A CME deverá encaminhar para o centro cirúrgico os materiais, conforme segue:

Na tarde anterior a cirurgia, para cirurgias do período matutino: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;

Na manhã da cirurgia, para cirurgias no período vespertino: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;

É de responsabilidade da enfermeira do centro cirúrgico informar a enfermeira da CME toda e qualquer alteração na programação cirúrgica, tais como: suspensão de cirurgias, urgências, emergências, mudança de porte, mudança de procedimento e necessidade de outros materiais;

Todo e qualquer material proveniente de outra instituição e/ou uso particular deverá ser entregue na CME para processamento, com 48 horas de antecedência da data prevista da cirurgia:

Cirurgias programadas na segunda-feira – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser até sexta-feira;

Cirurgias programadas em feriados – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser na véspera;

Todo material que estiver destinado a ser processado por óxido de etileno deverá ser encaminhado para a CME;

Todos os materiais processados com óxido de etileno deverão ter suas notas fiscais e materiais, conferidas e assinadas pela enfermeira da CME e encaminhadas para a Diretoria Administrativa;

A enfermeira da CME ou funcionária designada para tal será responsável pela inspeção de entrada/saída de material e/ou equipamento externo ou de uso particular;

A entrada/saída de todo e qualquer material e/ou equipamento externo deverá ser feita sob protocolo;

Todo e qualquer material e/ou equipamento externo ou de uso particular deverá ter um impresso com os itens do produto;

Toda e qualquer visita à CME deverá ser agendada previamente, através de comunicado formal, com a enfermeira da unidade ou secretária

Todo e qualquer material sujo deverá ser encaminhado para CME em caixas fechadas e com tampa com cuidado de proteção;

Todo e qualquer material sujo que der entrada na CME deverá ser inspecionado e protocolado pela Técnico de enfermagem e auxiliar da recepção de área suja;

Todo e qualquer material que tenha a sua integridade e/ou funcionalidade alterada deverá ser devolvido para a CME mediante protocolo;

O transporte de material esterilizado para as unidades deverá ser feito dentro de recipientes fechados com tampa;

Todo e qualquer material estéril a óxido de etileno, proveniente de empresa ou de uso particular, deve ser encaminhado previamente para a CME, para avaliação pela enfermeira e disponibilizado para o setor de origem;

Toda e qualquer intercorrência que aconteça na CME deverá ser comunicada imediatamente a enfermeira da unidade, para que sejam tomadas as providencias necessárias. Na ausência da enfermeira, a comunicação deverá ser feita à secretária ou ao funcionário designado por ela para este fim;

Ao final do expediente, o funcionário designado deverá fazer a revisão da CME (referente à parte elétrica e limpeza;

É de responsabilidade do funcionário da CME zelar por toda a estrutura física e equipamentos da mesma;

Todos os danos causados por mau uso deverão ser ressarcidos pelo funcionário da CME;

É de responsabilidade da CME devolver todo material e/ou equipamento processado de forma íntegra;

Somente a enfermeira da CME poderá autorizar a entrega e/ou recebimento de material/equipamento fora dos horários pré-estabelecidos;

Mensalmente deverá ser realizada uma reunião com todos os funcionários da CME, sendo obrigatória a participação de todos;

O empréstimo de todo e qualquer material/equipamento somente poderá ser feito após autorização da diretoria do Hospital;

Os materiais/equipamentos que não pertençam a instituição somente poderão ser processados na CME após autorização da diretoria do Hospital;

Periodicamente deverão ser realizados cursos de atualização para os funcionários da CME, sendo obrigatória a presença de todos;

O horário de distribuição de material estéril é das 08h às 12h;

É obrigatório o uso de protetor auricular quando o funcionário for usar ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pel Aprovação:	Aprovação	**Data:**
Assinatura do representante		

1.5.3 Embalagens Para A CME

UNIDADE DE SAÚDE	**Manual de Normas** **Central de Materiais e Esterilização**	**EO.2**	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		**Revisão**	
		No:	**Data:**

Normas

A seleção de embalagens para a CME deve obedecer aos critérios abaixo relacionados:

Ser apropriada para o tipo de material, o método de esterilização utilizado e suportar as condições físicas do processo;

Prover integridade adequada de selagem e ser à prova de violação;

Ser barreira microbiana;

Fornecer barreira adequada a líquidos;

Permitir remoção de ar adequada;

Permitir a penetração e remoção de agente esterilizante;

Proteger o conteúdo da embalagem de danos físicos;

Resistir a rasgos e perfurações;

Ser livre de furos e micro furos;

Não conter ingrediente tóxico, alvejantes ópticos, corante ou amido; **Ter imprimido o indicador químico específico para cada tipo de esterilização;** **Evitar liberação de fibras ou partículas;** **Não oferecer dificuldades à abertura do pacote;** **Ter uma relação custo/benefício positiva;** **Ser facilmente encontrada no mercado;** **O sistema de embalagens deve ser usado de acordo com as instruções escritas pelo fabricante e ter registro no Ministério da Saúde.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.4 Transporte De Material Sujo

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.1** **Emissão**
TRANSPORTE DE MATERIAL SUJO		**Revisão** No: **Data:**

Executante **Técnico de enfermagem do CC, Setores de Materiais ou ambulatório.**
Resultados esperados **Assegurar que o material sujo seja transportado de forma correta, evitando o perigo de contaminação.**
Recursos Necessários

Água, sabão, luvas, máscaras, carro de transporte de material sujo fechado e com tampa, livro de protocolo e caneta.
Atividades **Higienizar as mãos;** **Colocar os EPI's (máscara e luvas);** **Dispor o material sujo dentro do carro de transporte;** **Protocolar em livro próprio os materiais que estão sendo encaminhados para a CME;** **Conferir junto com o responsável pelo recebimento de material sujo, os materiais que estão sendo entregues;** **Retornar para o setor de origem com o livro de protocolo.**
Cuidados **Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;** **Nunca transportar material sujo sem o uso dos EPI's;** **Nunca transportar material sujo em carro que não seja específico para esta função.**
Ações em caso de não conformidade **Se o carro de transportar o material sujo apresentar problemas, comunicar a chefia da CME para que providencie o conserto e/ou a substituição do mesmo;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.5 Recepção De Material Sujo Pela Área Suja

		POP.2

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	Emissão
		Revisão
RECEPÇÃO DE MATERIAL SUJO PELA ÁREA SUJA		No: Data:

Executante

Técnico de enfermagem da CME.

Resultados esperados

Assegurar que o material sujo seja recebido de forma correta, evitando o perigo de contaminação.

Recursos Necessários

Água, sabão e EPI's

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Colocar os EPI's (óculos, avental, máscara com filtro químico, luvas de látex cano longo);

Conferir o material sujo que está recebendo, atentando para o quantitativo, condições gerais e funcionalidade;

Assinar o protocolo após conferência do material sujo;

Distribuir o material/artigo para lavagem mecânica ou manual;

Verificar se existe a necessidade de lubrificação e/ou desoxidação do material/artigo, após o termino da lavagem;

Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais;

Reiniciar o processo de lavagem do material/artigo, caso verifique que a limpeza não atingiu os padrões exigidos pelas normas;

Encaminhar o material/artigo limpo para a área de preparo.

Cuidados **Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;** **Nunca manusear material/artigo sujo sem estar usando os EPI's corretos;** **Muita atenção ao conferir o material que está sendo recebido;** **Muita atenção na verificação do material/artigo após a lavagem, verificando se a mesma atingiu os padrões exigidos.**
Ações em caso de não conformidade **Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;** **Se perceber alguma não conformidade no material/artigo, no ato da conferência, anotar no protocolo de recebimento e registrar no livro de ocorrência da CME;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: **Aprovação** **Assinatura do** **Data:**

1.5.6 Recepção E Esterilização De Material Lavado Autoclavável

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.3** **Emissão**
RECEPÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL LAVADO AUTOCLAVÁVEL		**Revisão** No: **Data:**
Executante **Técnico de enfermagem.**		

Resultados esperados

Assegurar que o material processado na autoclave seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.

Recursos Necessários

Água, sabão, EPI's (luvas de Kevlar, máscara e pro pé), papel manta (próprio para envolver o material/artigo que vai para a autoclave), etiqueta e caneta.

Atividades

Receber os Materiais limpos;

Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais recebidos;

Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;

Dispor o material/artigo em invólucro apropriado antes de colocá-los na autoclave;

Identificar o material/artigo conforme a rotina (data, lote, validade, processo que foi submetido e assinatura do responsável;

Monitorar cada lote ou carga no processo de esterilização;

Utilizar luvas de Kevlar quando for retirar da autoclave os Materiais processados;

Encaminhar, com técnica adequada, o material/artigo estéril para a sala de acondicionamento, utilizando máscara e propé.

Cuidados

Ter atenção no momento da conferência dos Materiais limpos recebidos;

Nunca se esquecer de envolver o material/artigo que será processado na autoclave no papel manta;

Nunca se esquecer de usar as luvas de Kevlar quando for retirar os Materiais esterilizados;

Nunca se esquecer de identificar o material/artigo conforme a rotina utilizada;

Nunca se esquecer de utilizar os EPI's corretos quando for encaminhar os Materiais estéreis para a sala de acondicionamento.

Ações em caso de não conformidade

Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente; **Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;** **Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.7 Recepção E Esterilização De Material Lavado Em Solução

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.4** **Emissão**
		Revisão
RECEPÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL LAVADO EM		No: **Data:**

Executante **Técnico de enfermagem.**
Resultados esperados **Assegurar que o material processado em solução seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.**
Recursos Necessários **Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, máscara com filtro químico, óculos, avental, protetor auricular), compressa estéril, ar comprimido, livro de protocolo e caneta.**

Atividades

Receber os materiais limpos;

Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais recebidos;

Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;

Imergir o material/artigo em solução própria para esterilização, respeitando o tempo necessário de exposição dos mesmos;

Utilizar pinça mestra quando imergir os Materiais dentro da solução;

Retirar o material/artigo de forma asséptica;

Secar o material com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular);

Acondicionar o material/artigo em invólucro apropriado;

Devolver o material/artigo processado ao setor de origem, mediante protocolo.

Cuidados

Ter atenção no momento da conferência dos Materiais limpos recebidos;

Nunca se esquecer de usar a pinça mestra quando for imergir os Materiais dentro da solução;

Respeitar o tempo necessário para a exposição dos materiais/artigo dentro da solução;

Nunca se esquecer de utilizar o papel invólucro correto quando o material/artigo estiver seco.

Ações em caso de não conformidade

Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;

Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;

Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.8 Recepção De Materiais Esterilizados Na Sala De Acondicionamento

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.5** **Emissão**
RECEPÇÃO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS NA SALA DE ACONDICIONAMENTO		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que o material/artigo processado/esterilizado está acondicionado dentro das normas e exigências sanitárias.

Recursos Necessários

EPI's (propé, máscara e gorro), livro de protocolo, livro de ocorrência.

Atividades

Colocar EPI's para receber os Materiais esterilizados;

Dispor os Materiais conforme as normas e exigências sanitárias;

Manipular os Materiais esterilizados, o mínimo possível;

Controlar e registrar a temperatura da sala de acondicionamento de materiais esterilizados;

Cuidados

Nunca colocar os Materiais uns sobre os outros;

Atenção com os Materiais perfurocortantes; **Não perfurar o invólucro dos materiais (grau – cirúrgico);**
Ações em caso de não conformidade **Invólucros não íntegros, devolver para a área de processamento;** **Atenção à temperatura ambiente. Se necessário comunicar a enfermeira chefe da CME para que a mesma tome providências;** **Se no manuseio de material perfurocortante, o profissional se machucar, comunicar a chefia da CME;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.9 Recebimento De Material/Artigo Médico-Hospitalar

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.6**	
		Emissão	
RECEBIMENTO DE MATERIAL/ARTIGO MÉDICO-HOSPITALAR		**Revisão**	
		No:	**Data:**

Executante **Técnico de enfermagem.**
Resultados esperados **Assegurar que as condições do material hospitalar sejam adequadas no recebimento.**

Recursos Necessários **Água, sabão, papel toalha, EPI's, ficha de conferência de material.**
Atividades **Higienizar as mãos;** **Colocar EPI's (luvas de procedimento e avental);** **Receber os Materiais médico-hospitalares;** **Conferir os Materiais quanto à integridade, quantidade e funcionalidade dos mesmos;** **Registrar em protocolo de recebimento dos Materiais, após conferência;** **Registrar em impresso própria a ausência de algum material/artigo;** **Solicitar a assinatura do responsável pela entrega dos Materiais.**
Cuidados **Não receber os Materiais sem estar usando os EPI's corretamente;** **Ter atenção no momento da conferência dos Materiais recebidos;** **Não se esquecer de registrar a ausência de algum material/artigo.**
Ações em caso de não conformidade **Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;** **Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.10 Limpeza De Motores E Serras

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.7** **Emissão**
LIMPEZA DE MOTORES E SERRAS		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que os motores e serras serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, papel toalha, detergente enzimático, EPI's

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão e secá-las com papel toalha;

Colocar os EPI's;

Desconectar cada acessório:

Motor,

Peça de mão,

Protetor de boca,

Broca,

Serra e

Lâmina;

Imergir os acessórios em um recipiente com detergente enzimático, exceto a peça do motor;

Verificar a qualidade da limpeza.

Cuidados **Não iniciar a limpeza dos acessórios sem estar utilizando os EPI's;** **Não se esquecer de desconectar os acessórios;** **Nunca imergir o motor no detergente enzimático;**
Ações em caso de não conformidade **Na falta de algum EPI não prosseguir com o procedimento até à reposição;** **Se perceber alguma avaria nos acessórios, comunicar a enfermeira chefe da CME;**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.11 Limpeza De Equipamentos Pneumáticos

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.8** **Emissão**
LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS PNEUMÁTICOS		**Revisão** No: **Data:**

Executante **Técnico de enfermagem.**
Resultados esperados **Assegurar que os equipamentos pneumáticos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.**
Recursos Necessários

Água, sabão, papel toalha, EPI's, compressa limpa, lubrificante mineral, tecido claro e escovas.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão e secar com papel toalha;

Colocar os EPI's;

Conectar o chicote na peça de mão do aparelho;

Enxaguar com água corrente, removendo o excesso de sujidade, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo;

Lavar todos os acessórios, tais como, lâminas, brocas e chicotes manualmente, utilizando escovas próprias para essa finalidade;

Enxaguar abundantemente os acessórios em água corrente, evitando a entrada de água no chicote;

Secar os acessórios com compressa limpa;

Verificar se os acessórios estão totalmente limpos;

Organizar os acessórios e encaminhá-los para a sala de preparo;

Submeter os acessórios a um método de limpeza que seja eficaz e conserve os mesmos;

Separar os instrumentos cirúrgicos, sempre que possível;

Abrir as pinças e desconectar os componentes desmontáveis;

Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;

Enxaguar abundantemente o material;

Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;

Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Cuidados

Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos pneumáticos sem estar usando os EPI's corretamente;

Atenção quando for enxaguar o aparelho, deixando sempre a ponta do mesmo para baixo;

Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;

Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;

A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;

A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;

Somente colocar na lavadora ultrassônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;

Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;

Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;

Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos, comunicar a enfermeira da CME;

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação: A	**Aprovação**
Assinatura do representante	**Data:**

1.5.12 Limpeza De Equipamentos Elétricos

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.9** **Emissão**
LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS		Revisão No: Data:

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que os equipamentos elétricos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, papel toalha, EPI's, tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.

Atividades

Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;

Colocar os EPI's;

Iniciar o processo de limpeza utilizando um tecido macio limpo, embebido com detergente enzimático para retirar a sujidade;

Usar um tecido limpo úmido até que retire todo o detergente do aparelho;

Conferir a limpeza realizada, verificando a existência de resíduo de sujidade e a presença de danos no aparelho;

Encaminhar equipamento para a área de preparo;

Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;

Enxaguar abundantemente o material/artigo;

Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;

Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Inspecionar a qualidade da limpeza;

Cuidados

Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos elétricos sem estar usando os EPI's corretamente;

Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;

Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;

A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;

A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;

Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;

Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;

Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;

Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade **Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos, comunicar a enfermeira da CME;** **Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;** **Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante	**Data:**

1.5.13 Limpeza De Materiais Específicos

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.10** **Emissão**
LIMPEZA DE MATERIAIS ESPECÍFICOS		**Revisão** No: **Data:**

Executante **Técnico de enfermagem.**
Resultados esperados **Assegurar que os Materiais serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.**

Recursos Necessários

Água, sabão, papel toalha, EPI's, tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.

Atividades

Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;

Colocar os EPI's;

Lavar peça por peça, fazendo fricção, utilizando escova apropriada no corpo, nas articulações e na cremalheira da pinça, seguindo a direção das ranhuras;

Lavar manualmente os instrumentos cirúrgicos delicados;

Submeter os Materiais a um método de limpeza que seja eficaz e conserve o material;

Separar os materiais cirúrgicos, sempre que possível;

Abrir as pinças e desconectar componentes desmontáveis;

Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;

Enxaguar abundantemente o material;

Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;

Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor;

Inspecionar a qualidade da limpeza;

Validar o processo de limpeza dos equipamentos.

Cuidados

Nunca iniciar a limpeza Materiais sem estar usando os EPI's corretamente;

Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;

Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;

A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;

A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;

Somente colocar na lavadora ultrassônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;

Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;

Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;

Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME;

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite manutenção;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante	**Data:**

1.5.14 Limpeza De Materiais De Assistência Respiratória

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.11** **Emissão**
LIMPEZA DE MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que os materiais de assistência respiratória serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental impermeável, abafador de ruídos e óculos), compressa estéril, ar comprimido, solução enzimática e recipiente para a solução.

Atividades

Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;

Colocar os EPI's;

Desconectar as válvulas, diafragmas, pequenos copos de reservatório;

Imergir totalmente o artigo em um recipiente contendo solução enzimática a fim de evitar perdas;

Imergir totalmente os artigos (traqueias, ambús, máscaras) em um recipiente contendo solução enzimática;

Lavar os artigos;

Enxaguar bem os artigos;

Secar os artigos com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular), antes de proceder à desinfecção ou esterilização dos mesmos;

Inspecionar a qualidade da limpeza realizada;

Encaminhar para o processo de esterilização ou desinfecção, conforme o tipo de artigo.
Cuidados **Nunca iniciar a limpeza Materiais sem estar usando os EPI's corretamente;** **Atenção ao desconectar os artigos para que não haja perdas;** **Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos;** **Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.**
Ações em caso de não conformidade **Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;** **Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum artigo, comunicar a enfermeira da CME;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.15 Limpeza Dos Artigos Tubulares

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.12**	
		Emissão	
LIMPEZA DOS ARTIGOS TUBULARES		**Revisão**	
		No:	**Data:**
Executante			

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que os artigos tubulares serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, papel toalha, EPI's, seringa, recipiente para solução enzimática, ar comprimido, hipoclorito de sódio a 1%, solução enzimática ou lavadora ultrassônica.

Atividades

Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;

Colocar os EPI's;

Lavar os artigos tubulares o mais rápido possível para assegurar uma limpeza eficiente;

Aspirar água abundantemente para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;

Submergir as tubulações, garantido que o ar possa sair do lúmen;

Observar a entrada de água por todo o lúmen ou forçar a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa;

Imergir os artigos em recipiente contendo solução enzimática ou na lavadora ultrassônica;

Secar com ar comprimido (usar o protetor auricular);

Encaminhar os artigos para o processo de esterilização por óxido de etileno ou autoclave à vapor;

Realizar a desinfecção química com hipoclorito de sódio a 1%, obedecendo à técnica estabelecida.

Cuidados

Nunca iniciar a limpeza Materiais sem estar usando os EPI's corretamente;

Nunca esquecer da aspirar com água abundante para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;

Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos;

Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.
Ações em caso de não conformidade **Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender procedimento;** **Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material, comunicar a enfermeira da CME;** •
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.16 Utilização Do Protetor Auricular

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.13**	
		Emissão	
UTILIZAÇÃO DO PROTETOR AURICULAR		**Revisão**	
		No:	**Data:**

Executante **Técnico de enfermagem.**
Resultados esperados **Assegurar que o protetor auricular será higienizado e usado corretamente.**
Recursos Necessários **Água, sabão, compressa limpa, álcool a 70%, saco plástico.**
Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão; **Higienizar o protetor auricular com uma compressa limpa, embebida em álcool a 70% no início da jornada de trabalho;** **Manter o protetor auricular em local visível, próximo à saída do ar comprimido;** **Guardar o protetor auricular dentro de um saco plástico, após a jornada de trabalho.**
Cuidados **Higienizar as mãos antes usar o protetor auricular;** **Higienizar o protetor auricular no início da jornada de trabalho;** **Usar sempre o protetor auricular quando utilizar ar comprimido medicinal ou equipamentos ruidosos;** **Manter o protetor auricular próximo da saída de ar comprimido.** **Guardar em um saco plástico o protetor auricular, após a jornada de trabalho.**
Ações em caso de não conformidade **Nos casos de perdas ou danos ao protetor auricular, comunicar imediatamente a enfermeira da CME;**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.17 Secagem De Artigos / Materiais Médico-Hospitalares

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.14** **Emissão**
SECAGEM DE ARTIGOS / MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES		**Revisão**

	No:	**Data:**
Executante **Técnico de enfermagem.**		
Resultados esperados **Assegurar que os materiais médico-hospitalares sejam secos com a técnica correta, permitindo o aumento de vida útil dos artigos / materiais, sobretudo, àqueles que possuem articulações, ranhuras e cremalheiras.**		
Recursos Necessários **Água, sabão, compressa limpa, protetor auricular, pistola de ar comprimido.**		
Atividades **Higienizar as mãos com água e sabão;** **Enxugar as mãos com uma compressa limpa;** **Colocar o protetor auricular;** **Inspecionar os materiais / artigos quanto à limpeza realizada, integridade e funcionalidade dos mesmos;** **Realizar a secagem dos materiais / artigos com a pistola de ar comprimido;** **Encaminhar os materiais / artigos para a área de preparo.**		
Cuidados **Sempre higienizar as mãos antes de iniciar a secagem dos materiais / artigos médico- hospitalares;** **Ter bastante atenção quando for inspecionar a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais / artigos médico-hospitalares;** **Usar o protetor auricular quando for utilizar o ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.**		
Ações em caso de não conformidade **Se o protetor auricular apresentar avaria, comunicar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição do mesmo;**		

Se a pistola de ar comprimido apresentar defeitos, informar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie o conserto desta; **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.18 Lubrificação De Materiais / Artigos Médico-Hospitalares

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.15**	
		Emissão	
LUBRIFICAÇÃO DE MATERIAIS / ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES		Revisão	
		No:	Data:
Executante **Técnico de enfermagem.**			
Resultados esperados **Assegurar que os materiais / artigos médico-hospitalares sejam lubrificados da forma correta, permitindo o aumento de vida útil destes.**			
Recursos Necessários **Água, sabão, papel toalha, EPI's, lubrificante, recipiente limpo, compressa limpa e papel invólucro apropriado.**			
Atividades **Higienizar as mãos com água e sabão e, secá-las com papel toalha;**			

Colocar os EPI's;

Diluir o lubrificante conforme indicação do fabricante e colocá-lo dentro do recipiente limpo;

Imergir os materiais / artigos abertos dentro da solução deixando-os permanecer durante o tempo indicado pelo fabricante;

Retirar os materiais / artigos e colocá-los sobre uma compressa limpa;

Esperar que os materiais / artigos sequem;

Acondicionar os materiais / artigos em papel apropriado.

Cuidados

Atenção ao diluir o lubrificante para que seja feito, conforme indicações do fabricante;

Atenção ao imergir com os Materiais na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante;

Somente envolver os Materiais em papel apropriado, após a secagem total dos mesmos.

Ações em caso de não conformidade

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a lubrificação do Material, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Se faltar algum produto necessário para a execução da tarefa de lubrificar os Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie;

Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.19 Utilização De Ar Comprimido

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.16** **Emissão**
UTILIZAÇÃO DE AR COMPRIMIDO		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que o ar comprimido medicinal será utilizado dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, compressa limpa, EPI's, malhar tubular estéril e pistola.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa;

Colocar os EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular);

Colocar a malha tubular estéril na pistola de ar comprimido;

Pressionar a pistola e iniciar o processo de secagem dos Materiais;

Retirar a malha tubular da pistola após o término da secagem.

Cuidados

Somente iniciar o processo de secagem após higienizar as mãos, colocar os EPI'S e colocar a malha tubular na pistola de ar comprimido.

Ações em caso de não conformidade

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a secagem do Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma; **Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME;**		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.20 Desinfecção De Materiais

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.17** **Emissão**
DESINFECÇÃO DE MATERIAIS		**Revisão** No: **Data:**
Executante **Técnico de enfermagem.**		
Resultados esperados **Assegurar que os Materiais serão desinfetados, conforme padrões sanitários exigidos.**		
Recursos Necessários **Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, protetor auricular, gorro, máscara, avental impermeável e óculos de proteção), recipiente de plástico rígido ou vidro com tampa, compressa limpa, cuba metálica, solução desinfetante, água estéril, papel manta, pistola de ar comprimido e álcool a 70%.**		
Atividades		

Higienizar as mãos com água e sabão;

Colocar os EPI's necessários (luvas de borracha, gorro, máscara, óculos de proteção e avental impermeável) antes de iniciar o processo de desinfecção dos Materiais;

Colocar na tampa do recipiente (vidro ou plástico rígido) a identificação do processo realizado (nome da solução desinfetante, data da manipulação, validade e responsável);

Lavar os Materiais e secá-los antes de submergi-los na solução desinfetante;

Colocar a solução desinfetante em quantidade suficiente no recipiente apropriado e identificado;

Imergir os Materiais dentro da solução desinfetante, de forma que fiquem envolvidos completamente;

Preencher com solução desinfetante os Materiais que contenham áreas ocas;

Deixar os Materiais imersos em solução desinfetante, conforme as instruções do fabricante (utilizar um timer);

Enxaguar abundantemente com água estéril os Materiais que foram submetidos à solução desinfetante química;

Colocar os Materiais desinfetados sobre compressas limpas, cuidando para que não haja recontaminação dos mesmos;

Colocar protetor auricular e iniciar o processo de secagem com a pistola de ar comprimido medicinal;

Proceder à secagem rigorosa dos Materiais antes de guardar, evitando surgimento e/ou crescimento de fungos;

Fazer a revisão de todo o material/artigo desinfetado e seco;

Acondicionar os Materiais em recipientes e/ou invólucros apropriados;

Lavar o recipiente da solução e desinfetá-lo com álcool a 70%;

Guardar o recipiente em local apropriado.

Cuidados

Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa;

Colocar os EPI's antes da realização de processo (desinfecção e secagem);

Colocar os Materiais dentro de cuba metálica, sobre compressa limpa, se for necessário, evitando o

desgaste dos mesmos; **Preencher com solução desinfetante os Materiais que contenham áreas ocas;** **Adotar métodos de validação e monitoração dos processos de desinfecção;** **Controlar a qualidade dos processos de desinfecção;** **Atenção ao imergir com os Materiais na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante;** **Somente envolver os Materiais em papel e/ou recipiente apropriado, após a secagem total dos mesmos;** **Desinfetar o recipiente da solução após lavagem, com álcool a 70%;** **Realizar a limpeza do recipiente onde fica a solução desinfetante, desprezando a solução após o termino do processo se verificar que a mesma contém sujidade, alteração na saturação ou de acordo com a recomendação do fabricante.**
Ações em caso de não conformidade **Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a desinfecção dos Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;** **Se faltar algum produto para a execução correta das tarefas, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição;** **Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;** **Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME;**
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprovação
Assinatura do representante Data:

1.5.21 Utilização E Limpeza Da Máscara Facial

		POP.18

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	Emissão
UTILIZAÇÃO E LIMPEZA DA MÁSCARA FACIAL		Revisão No: Data:

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que a máscara facial será usada corretamente e que a sua limpeza será feita conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, compressa limpa.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão, antes de utilizar a máscara;

Adaptar a máscara à face de forma que não haja vazamento;

Limpar a máscara com uma compressa limpa e úmida após o uso da mesma, no final de cada procedimento;

Guardar a máscara após uso e limpeza em armário fechado, próximo a área de manipulação.

Cuidados

Usar a máscara sempre que manusear soluções voláteis;

Usar a máscara sempre que manipular glutaraldeído a 2%;

Realizar a troca do filtro da máscara conforme orientações do fabricante;

Manter a máscara em armário fechado, próximo à área de manipulação.

Ações em caso de não conformidade

Solicitar a enfermeira da CME que providencie nova máscara e/ou a troca do filtro da mesma se perceber que a mesma está apresentando vazamentos, mesmo quando bem ajustada à face;		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.22 Limpeza E Desinfecção Do Analisador De O2 (Assistência Respiratória)

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.19** **Emissão**
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO ANALISADOR DE O2 (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, luvas de procedimento, álcool a 70%.

Atividades

Higienizar a mãos com água e sabão;

Colocar as luvas para iniciar o processo de limpeza do analisador de O2;

Limpar o analisador de O2;

Desinfetar o analisador de O2 com álcool a 70%; **Realizar a operação por três vezes seguidas;** **Deixar secar naturalmente e guardar.**
Cuidados **Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2;** **Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2.**
Ações em caso de não conformidade **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.23 Limpeza E Desinfecção Do Cabo De Laringoscópio (Assistência Respiratória

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.20** **Emissão**
		Revisão
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CABO DE LARINGOSCÓPIO (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)		No: **Data:**

Executante **Técnico de enfermagem.**
Resultados esperados

Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários **Água, sabão, luvas de procedimento, compressa limpa, solução detergente enzimática, álcool a 70%.**
Atividades **Higienizar as mãos com água e sabão;** **Colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza do cabo de laringoscópio;** **Limpar o cabo com uma compressa limpa embebida em solução detergente enzimática;** **Remover a solução detergente enzimática com uma compressa limpa úmida;** **Deixar o cabo secar e proceder a desinfecção com álcool a 70%;**
Cuidados **Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio;** **Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio.**
Ações em caso de não conformidade **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.24 Limpeza Da Lâmina Do Laringoscópio (Assistência Respiratória)

		POP.21

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	Emissão
LIMPEZA DA LÂMINA DO LARINGOSCÓPIO (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)		Revisão No: Data:

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, solução detergente enzimática, glutaraldeído a 2% e/ou álcool a 70%.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da lâmina do laringoscópio;

Desconectar a lâmpada e limpá-la;

Lavar a lâmina em água corrente e detergente enzimático;

Imergir a lâmina em solução de glutaraldeído a 2% por 30 minutos;

Deixar secar e guarda em local apropriado.

Cuidados

Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;

Não se esquecer de desconectar a lâmpada do laringoscópio antes de iniciar a limpeza e desinfecção da lâmina do mesmo;

Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da lâmina do laringoscópio.

Ações em caso de não conformidade **Na falta de solução de glutaraldeído a 2% realizar a desinfecção da lâmina com uma compressa limpa embebida em álcool a 70%, repetindo a operação por 3 vezes seguidas;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.25 Limpeza Da Máscara (Assistência Respiratória)

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.22** **Emissão**
LIMPEZA DA MÁSCARA (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)		**Revisão** No: **Data:**

Executante **Técnico de enfermagem.**
Resultados esperados **Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.**
Recursos Necessários **Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.**

Atividades **Higienizar as mãos com água e sabão;** **Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da máscara de assistência respiratória;** **Lavar a máscara em água corrente;** **Envolver a máscara em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora;** **Deixar secar e guarda em local apropriado.**
Cuidados **Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da máscara de assistência respiratória;** **Na desinfecção da máscara com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar a mesma na solução por uma hora e sem enxágüe.**
Ações em caso de não conformidade **Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção da máscara, colocar a mesma numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar;**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.26 Limpeza E Desinfecção De Ambús, Nebulizadores, Cânulas De Guedel E Inladores

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.23**
		Emissão
		Revisão

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚS, NEBULIZADORES, CÂNULAS DE GUEDEL E INLADORES	No:	**Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que os materiais sejam limpos e desinfetados conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza dos materiais;

Lavar os materiais em água corrente;

Envolver os materiais em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora;

Deixar secar e guarda em local apropriado.

Cuidados

Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção dos materiais;

Na desinfecção dos materiais com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar os mesmos em solução por uma hora e sem enxágüe.

Ações em caso de não conformidade

Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção dos materiais, colocar os mesmos numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.27 Empacotamento De Materiais

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.24** **Emissão**
EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que os Materiais sejam empacotados conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, embalagem, caixas/pacotes (25x20x20), embalagem dupla, etiquetas, fita adesiva, papel grau cirúrgico.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Verificar se as condições de higienização, integridade e funcionalidade dos Materiais antes de empacotá-los;

Selecionar a embalagem adequada ao material/artigo e conforme o tipo processo de esterilização que o mesmo será submetido;

Observar o peso máximo que as caixas/pacotes devem ter (até 5 kg) e tamanho (25x20x20 cm);

Observar se a embalagem dupla (quando for o caso de usá-la) não está apresentando dobras internas e se a mesma se ajusta perfeitamente à parte externa;

Identificar, através de etiqueta, a embalagem com as seguintes informações: descrição do conteúdo interno, método de esterilização, controle do lote, data da esterilização, data da validade e responsável técnico; **Colocar a etiqueta de identificação no papel de grau cirúrgico na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem;** **Inspecionar a integridade da selagem da embalagem;** **Remover o ar interno da embalagem de papel grau cirúrgico, antes de colocá-la na câmara de esterilização.**
Cuidados **Atenção para que o peso máximo da caixa/pacote não exceda a 5 Kg e tamanho de 25x20x20;** **Atenção as dobraduras da embalagem para que não apresentem dobras internas, ficando perfeitamente ajustada à parte externa da mesma;** **Atenção na identificação da embalagem, colocando todas as informações necessárias;** **Jamais escrever sobre a embalagem e sim sobre fita ou em etiqueta, utilizando canetas apropriadas para essa tarefa;** **Observar a existência de ar no interior da embalagem, pois no processo de esterilização a expansão do ar interno pode provocar a abertura do pacote;** **Observar a integridade selagem antes de colocá-la na câmara de esterilização;** **Adaptar técnicas de empacotamento de Materiais.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.28 Uso De Fita Adesiva Indicadora

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO PADRÃO**	**OPERACIONAL**	**POP.25**
			Emissão

	Central de Materiais e Esterilização	
USO DE FITA ADESIVA INDICADORA	**Revisão**	
	No:	**Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Garantir que o material/artigo foi submetido corretamente ao processo de esterilização.

Recursos Necessários

Água, sabão, fita adesiva indicadora.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Colocar no pacote/embalagem do material/artigo que será esterilizadora a fita adesiva indicadora, respeitando o tamanho de 5 cm;

Observar, após o processo de esterilização, se a fita indicadora apresentou alguma alteração na sua coloração.

Cuidados

Atentar para o tamanho da fita adesiva indicadora, que deverá ser no mínimo de 5 cm (3 listras);

Atentar para a coloração da fita indicadora, verificando se a mesma alterou a cor, após o processo de esterilização.

Ações em caso de não conformidade

Se a fita adesiva indicadora apresentar alguma alteração na sua coloração, realizar novamente todo o processo de esterilização do pacote/embalagem contendo o artigo/material;

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	**Aprovação**

	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.29 Esterilização De Próteses

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.26** **Emissão**
ESTERILIZAÇÃO DE PRÓTESES		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que as próteses sejam esterilizadas conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, teste bacteriológico.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Realizar teste bacteriológico e aguardar o resultado;

Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave;

Esterilizar a prótese;

Repetir o teste bacteriológico da autoclave;

Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave;

Liberar a autoclave para outras esterilizações.
Cuidados **Não realizar esterilização da prótese antes de fazer o teste bacteriológico da autoclave;** **Atentar para esterilizar somente a prótese, sem qualquer outro artigo e/ou material;** **Repetir teste bacteriológico após a esterilização da prótese para então, liberar a autoclave para novas esterilizações.**
Ações em caso de não conformidade **Se o resultado do teste bacteriológico não estiver dentro dos padrões exigidos, informar a enfermeira da CME para que ela tome as providências para calibração da autoclave;**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.30 Montagem Da Carga Da Autoclave

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.27** **Emissão**
MONTAGEM DA CARGA DA AUTOCLAVE		**Revisão**

	No:	**Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que a carga de materiais / artigos a serem esterilizados na autoclave está dentro dos padrões sanitários exigidos, assim como as orientações do fabricante da mesma.

Recursos Necessários

Água, sabão, autoclave.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Selecionar os materiais / artigos médico-hospitalares a serem esterilizados;

Colocar os instrumentais metálicos (pinças e tesouras) abertos e destravados dentro das caixas metálicas (que devem ter superfícies perfuradas para facilitar a penetração do vapor e saída do condensado);

Verificar se a válvula está fechada;

Verificar a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg;

Verificar se a pressão de ar comprimido está entre 3 e 4 Kg;

Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;

Colocar os materiais / artigos médico-hospitalares dentro da autoclave;

Ligar a chave geral;

Selecionar o ciclo de esterilização conforme o material / artigo:

Apertar tecla 1 para ciclos a 134°C (materiais / artigos de densidade, instrumental e utensílios de inox e/ou resistentes à temperatura);

Apertar tecla 2 para ciclos a 121°C (materiais / artigos termolábeis e borrachas);

Apertar tecla 3 para esterilização de líquidos em frascos abertos a 121°C;

Fechar a porta da autoclave, segurando levemente a porta;

Apertar o botão verde para iniciar o ciclo de esterilização;

Acionar o botão partida/parada para iniciar o processo de esterilização.

Cuidados

Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;

Ao selecionar os Materiais para esterilização na autoclave, evitar a utilização de cargas mistas (embalagens com utensílios e instrumentais com pacotes de material têxtil);

Utilizar somente 80% da capacidade da autoclave para facilitar a circulação do vapor;

Atentar para a esterilização de instrumentais metálicos (pinças e tesouras) mantendo-os abertos e destravados dentro de caixas metálicas com tampas de superfície perfurada (ideal 50% da superfície com furos e de pequenas dimensões);

Verificar se a válvula está fechada e a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg, antes de ligar a autoclave;

Verificar se a pressão de ar comprimido se encontra entre 3 e 4 Kg;

Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;

Dispor os lap's verticalmente dentro da autoclave para facilitar a penetração do vapor;

Dispor as bacias e tampos metálicos na posição vertical com a abertura voltada para baixo, evitando a retenção de condensação;

Não colocar os Materiais uns sobre os outros, pois dificulta a penetração do vapor e retirada da umidade no final do ciclo de esterilização;

Atentar para que os artigos/materiais fiquem encostados às laterais e fundo da câmara da autoclave;

Ações em caso de não conformidade

Se a autoclave apresentar problemas em qualquer um dos processos antes de iniciar a esterilização dos Materiais, informar a enfermeira da CME tome as providencias cabíveis;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante Data:	

1.5.31 Desmontagem Da Carga Esterilizada Da Autoclave

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.28**	
		Emissão	
DESMONTAGEM DA CARGA ESTERILIZADA DA AUTOCLAVE		**Revisão**	
		No:	**Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Garantir a segurança do funcionário que irá retirar os Materiais esterilizados na autoclave, evitando acidentes de trabalho e danos ao aparelho.

Recursos Necessários

Água, sabão, EPI's (luva Kevlar de cano longo), carro de transporte de material esterilizado.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Colocar as luvas antes de iniciar a retirada do material esterilizado de dentro da câmara da autoclave;

Acionar o botão do painel para abrir a porta;

Retirar a carga da autoclave após a completa normalização da pressão interna da câmara;

Colocar a carga esterilizada dentro do carro de transporte;

Encaminhar o material/artigo esterilizado para a área de estocagem.

Cuidados

Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos; **Somente iniciar o processo de retirada dos Materiais esterilizados utilizando o EPI (luva de Klevar de cano longo);** **Observar o alarme acústico contínuo que a autoclave emite ao término do ciclo de esterilização;** **Observar a lâmpada acesa no painel externo do aparelho que é indicadora do final ciclo de esterilização;** **Aguardar a completa normalização da pressão interna da câmara da autoclave quando ocorrerá a abertura da porta.**
Ações em caso de não conformidade **Todo e qualquer problema detectado antes e durante o processo de esterilização relativo à autoclave, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto do aparelho;**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.32 Armazenagem E Distribuição Dos Materiais Esterilizados

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.29**	
		Emissão	
ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS		**Revisão**	
		No:	**Data:**

Executante **Técnico de enfermagem.**

Resultados esperados

Assegurar que os Materiais esterilizados sejam armazenados e distribuídos, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, luvas de procedimento.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Verificar se os Materiais esterilizados apresentam alguma alteração (rasgados, furados, comprimidos, torcidos ou úmidos);

Estocar os Materiais estéreis;

Verificar prazo de validade dos Materiais esterilizados, antes da distribuição dos mesmos;

Distribuir os Materiais esterilizados obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização;

Controlar o registro de distribuição de Materiais esterilizados;

Limpar diariamente os carros e/ou caixas de transporte dos Materiais esterilizados.

Cuidados

Somente manusear as embalagens/pacotes esterilizadas quando estes estiverem frios;

Estocar os Materiais esterilizados em área de acesso restrito, separados de artigos não estéreis, em ambiente ventilado e com controle da temperatura ambiente (entre 18°C e 22°C) e umidade relativa (entre 30 – 60%);

Proteger os Materiais esterilizados de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte dos mesmos;

Considerar como contaminados todas as embalagens/pacotes que caírem no chão ou que apresentem rasgos, furos, comprimidos, torcidos ou úmidos, após a esterilização;

Estocar os Materiais estéreis a uma distância de 20-25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes;

Estocar os Materiais de modo a não comprimir, torcer ou perfurar para não comprometer a esterilização dos mesmos;

Realizar inventário periódico dos Materiais estocados;

Guardar e distribuir os Materiais do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes esterilizados;

Estocar os Materiais em uma área que tenha segurança patrimonial contra extravios;

Realizar inspeção periódica dos Materiais estocados, observando se apresentam alguma degradação visível;

Verificar sempre o prazo de validade dos Materiais estocados;

Estabelecer condições ideais de empacotamento;

Nunca utilizar Materiais que apresentem as seguintes alterações: papel grau cirúrgico amassado, invólucros com umidade e/ou manchas, invólucros (não tecido) com desprendimento de partículas suspeita de abertura do invólucro e presença de sujidade e, campos de tecidos que estejam cerzidos e com camada fina;

Propiciar condições ideais de armazenamento para as embalagens/pacotes;

Manter um controle de distribuição dos Materiais esterilizados;

Limpar diariamente os carros/caixas de transporte de material/artigo esterilizados;

Ações em caso de não conformidade

Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo de estocagem e controle de distribuição dos Materiais esterilizados, informar a enfermeira da CME;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante Data:

1.5.33 Transporte De Material/Artigo Estéril

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.30** **Emissão**
TRANSPORTE DE MATERIAL/ARTIGO ESTÉRIL		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que o material/artigo estéril seja transportado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, carro e/ou caixas de transporte, livro de protocolo e caneta.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Conferir os Materiais que estão sendo recebidos;

Assinar o livro de protocolo, após conferência dos Materiais esterilizados;

Acondicionar os Materiais estéreis nos carros e/ou caixas de transporte específicos;

Receber as caixas de transporte devidamente limpas.

Cuidados

Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;

Manusear os pacotes/embalagens esterilizados quando estes estiverem frios;

Proteger os Materiais esterilizados de contaminação, danos físicos e perdas durante o transporte.

Ações em caso de não conformidade **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.34 Utilização Da Incubadora Attest Rápido

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.31** **Emissão**
UTILIZAÇÃO DA INCUBADORA ATTEST RÁPIDO		**Revisão** No: **Data:**
Executante **Técnico de enfermagem.**		
Resultados esperados **Assegurar, através de testes realizados na incubadora, que o aparelho de autoclave, realizar processos de esterilização, conforme os padrões sanitários exigidos.**		
Recursos Necessários **Água, sabão, indicadores biológicos, etiqueta, caneta, tubetes/ampolas, pacote-teste, ficha de controle de qualidade de esterilização.**		
Atividades **Higienizar as mãos com água e sabão;**		

Separar as ampolas dos indicadores biológicos que serão utilizados no controle;

Escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;

Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;

Ligar o aparelho 1 hora antes de iniciar o processo com o tubete;

Colocar o tubete no centro do pacote-teste com a tampa aberta dentro do pacote que será esterilizado;

Retirar o tubete do pacote-teste, após o término do processo de esterilização e esperar esfriar;

Tampar todos os tubetes, inclusive o não processado (será o parâmetro do teste);

Quebrar todos os tubetes, inclusive o não processado;

Calibrar o aparelho ligado colocando o tubete processado na parte frontal do aparelho, apertando delicadamente e, ao mesmo tempo, pressionar o botão vermelho existente na parte traseira da incubadora 9ª luz irá parar de piscar e acenderá a luz vermelha (+) e depois a luz verde (-);

Colocar os tubetes processados e o não processado para incubar dentro de um dos 14 espaços existentes na incubadora, após a realização da calibração;

Realizar a leitura com todos os tubetes na parte frontal do aparelho, onde acenderá a luz vermelha (+) ou verde (-), após a 1.ª hora, 2.ª hora e 3.ª hora de incubação, que será o resultado oficial do teste;

Registrar em impresso próprio os parâmetros do ciclo de esterilização, colocando as etiquetas dos tubetes, próprias para este fim;

Desprezar os tubetes em recipiente de perfuro-cortante.

Cuidados

Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;

O teste deverá ser realizado o mais próximo da realidade;

Não se esquecer de escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;

Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;

Não se esquecer de ligar o aparelho com o tubete 1 hora antes de iniciar o processo teste; **Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;** **A leitura do processo teste só deverá ser feita após o cumprimento de todas as etapas necessárias;** **Não se esquecer de registrar em impresso próprio o resultado do teste;** **Realizar semanalmente o controle de qualidade da esterilização, após a manutenção preventiva/corretiva e esterilização de próteses.**
Ações em caso de não conformidade **Percebendo que o resultado do controle de qualidade da esterilização está fora dos padrões exigidos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite providências para o conserto da autoclave;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: Aprovação
Assinatura do representante Data:

1.5.35 Calibração Da Incubadora TeSte Rápido

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.32** **Emissão**
CALIBRAÇÃO DA INCUBADORA TESTE RÁPIDO		**Revisão** No: **Data:**
Executante **Técnico de enfermagem.**		
Resultados esperados		

Assegurar que a calibração da incubadora seja feita, conforme os padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários **Água, sabão, umidificador biológico e incubadora.**
Atividades **Higienizar as mãos com água e sabão;** **Comprimir a tampa do frasco do umidificador biológico;** **Introduzir o frasco do umidificador biológico específico, pressionando-o contra a parede de forma a quebrar a ampola de vidro;** **Deixar o frasco no cruscher (orifício específico) por i minuto;** **Introduzir o frasco do umidificador biológico no orifício da leitura, pressionando-o para baixo;** **Esperar a luz verde ou amarela acender;** **Pressionar e soltar o botão de calibração localizado na parte posterior da incubadora.**
Cuidados **Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;** **Não se esquecer de ligar o aparelho com 1 hora antes de realizar a calibração da incubadora;** **Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;** **Deixar o frasco no cruscher por 1 minuto;**
Ações em caso de não conformidade **Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo calibração da incubadora, informar a enfermeira da CME;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:
Responsável pela aprovação: **Aprovação**

	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.36 Utilização Da Seladora

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.33** **Emissão**
UTILIZAÇÃO DA SELADORA		**Revisão** No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que o uso da seladora será feito da forma correte e conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, caneta apropriada, etiqueta, papel grau cirúrgico e seladora.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Ligar a seladora à tomada e logo após, ligar a chave geral do painel;

Observar se as luzes do painel já estão indicando que o equipamento já está pronto para ser utilizado;

Observar a integridade do papel grau cirúrgico;

Verificar a integridade da selagem observando a existência de rugas e áreas queimadas, regulando o equipamento conforme a necessidade;

Selar um dos lados da embalagem, antes de colocar os Materiais dentro dela;

Selar o outro lado da embalagem com uma margem de 3 cm da borda para permitir uma abertura asséptica;

Avaliar, após a selagem, a integridade da mesma nas laterais, topo e fundo da embalagem; **Identificar o material/artigo por meio manuscrito ou através de etiquetas, na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem.**
Cuidados **Só iniciar o uso da seladora após a confirmação das luzes do painel do aparelho estiver indicando a utilização;** **Observar a integridade do papel grau cirúrgico;** **Estar atento a integridade da selagem (existência de rugas e/ou queimaduras);** **Observar a margem de segurança para realização da selagem (3 cm da borda);** **Atentar para selar o papel grau cirúrgico de acordo com o tamanho e quantidade dos Materiais;** **Acondicionar os Materiais com pontas perfurantes em embalagem dupla;** **Sempre avaliar a integridade da selagem da embalagem;** **Nunca se esquecer de identificar (manuscrito ou etiqueta) as embalagens (parte inferior, na área da selagem).**
Ações em caso de não conformidade **Se perceber que a selagem não está dentro dos padrões sanitários exigidos, repetir o processo até manter a embalagem íntegra;** **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.37 Limpeza Diária Da Autoclave

		POP.34

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	Emissão
LIMPEZA DIÁRIA DA AUTOCLAVE		Revisão No: Data:

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que a limpeza da autoclave seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, EPI's (luvas de borracha e óculos), pano limpo, solução específica para limpeza da autoclave, compressa limpa e sabão neutro.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;

Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor;

Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;

Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido;

Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;

Aguardar a câmara esfriar;

Colocar os EPI's (óculos e luvas de borracha);

Passar pano limpo embebido em solução específica para limpeza da autoclave, prestando atenção às áreas que apresentem sujidade ou corrosão, friccionando o local com mais intensidade;

Aguardar a ação do produto;

Retirar todo o excesso do produto com uma compressa limpa e úmida;

Limpar externamente as paredes da autoclave com sabão neutro, sempre no sentido do fundo para frente.
Cuidados **A limpeza da autoclave deverá ser realizada ao término da jornada de trabalho;** **Antes de iniciar a limpeza da autoclave atentar para:** **Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;** **Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor;** **Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;** **Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido;** **Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;** **Aguardar a câmara esfriar;** **Friccionar com intensidade os locais que apresentam mais sujidade e corrosão.**
Ações em caso de não conformidade **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

1.5.38 Desinfecção Da Cme

UNIDADE DE SAÚDE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Central de Materiais e Esterilização**	**POP.35**
		Emissão
DESINFECÇÃO DA CME		**Revisão**
		No: **Data:**

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que a higieniza e desinfecção da CME seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, EPI's (avental impermeável e luvas de borracha), carro de limpeza, sacos de lixo, baldes, rodo, pano de piso e soluções necessárias à higienização.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Preparar o carro de limpeza com os materiais e equipamentos necessários à limpeza e desinfecção da CME;

Colocar os EPI's (avental impermeável e luvas de borracha);

Preparar as soluções de limpeza nos baldes, conforme os padrões sanitários exigidos;

Recolher os sacos de lixo, fechá-los e colocá-los no saco coletor do carro de limpeza;

Higienizar toda a parede da área de lavagem com rodo envolvido com um pano de piso embebido com solução adequada;

Lavar o carro de transporte de material sujo;

Higienizar o piso, utilizando o rodo envolvido com pano de piso embebido com solução adequada;

Higienizar o banheiro;

Higienizar a copa, sala da coordenação de enfermagem, área de circulação interna, armários, janelas e pisos;

Guardar todos os materiais e equipamentos utilizados.

Cuidados

Não se esquecer de utilizar corretamente os EPI's;

Preparar as soluções para higienização e desinfecção conforme os padrões sanitários exigidos; **Não se esquecer de realizar diariamente a desinfecção da CME.**	
Ações em caso de não conformidade **Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.**	
Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	**Aprovação**
	Assinatura do representante / **Data:**

1.5.39 Procedimento: Recebimento de Artigos Sujos no CME

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Número**		**Página**	
		Revisão		**Data**	

Procedimento: Recebimento de Artigos Sujos no CME	
Quem	Técnicos de Enfermagem (do CME e das unidades) Enfermeira do CME
Onde	- CME e unidades
Quando	- Ao receber materiais sujos no CME
Condições Necessárias	Impresso de Recebimento/Devolução de Artigos Luvas de procedimento não estéril Caixa plástica com tampa Saco plástico

	Máscara
Descrição do Procedimento	Recolher os artigos sujos, conferir o número de peças Separar artigos por tipo: instrumental pesado, material respiratório, elétricos, vidros e delicados Acondicionar em caixa plástica com tampa, lavar as mãos e registrar em ocorrência Encaminhar para o expurgo do CME Assinar legível no ato da entrega do material Receber artigos sujos, conferir a quantidade de peças e conferir com a identificação Lavar as mãos Separar os artigos por tipo e método de limpeza, reservando os delicados Iniciar o processo de limpeza o mais rápido possível
Resultado Esperado	Receber os artigos sujos de forma segura, controlada e com qualidade Separar os artigos por tipo antes da limpeza
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade com os artigos (presença de perfuro cortante, falta de peças, incompleto ou quebrado) comunicar a enfermeira e registrar em ocorrência
Elaborado por:	**Aprovado por:**

1.5.40 Procedimento: Limpeza Manual de Artigos Sujos no CME

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número		Página	
		Revisão		Data	

Procedimento: Limpeza Manual de Artigos Sujos no CME

Quem	Técnicos de enfermagem do CME Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados Enfermeira do CME
Onde	- Sala de limpeza do CME
Quando	- Ao receber materiais sujos no CME
Condições Necessárias	Escovas de cerdas de dimensões e diâmetros variados Solução de limpeza padronizada Esponjas Caixas plásticas para solução de limpeza Pistolas de água com bicos adaptáveis e seringas EPIs: Avental impermeável, óculos de proteção, gorro, sapato fechado antiderrapante, luvas de borracha, protetor auricular, máscara e óculos

Descrição do Procedimento	Preparar solução de limpeza de acordo com a recomendação do fabricante, datando e assinando em local visível, observando sempre a necessidade de troca, Lavas as escovas reutilizáveis a cada período, observando as condições de uso Receber e separar os artigos de acordo com o padrão Fazer limpeza prévia no instrumental com jatos de água para a retirada de matéria orgânica, caso necessário, Imergir os artigos na solução de limpeza padronizada, observando se todos os espaços estão preenchidos, pelo tempo recomendado pelo fabricante, Friccionar os instrumentos sob água, para evitar aerossóis de microorganismos Nos tubulares utilizar preferencialmente pistola com jatos de água quente ou seringa para retirada de sujidade interna Nos artigos elétricos, a limpeza deve ser feita com compressas embebidas na solução de limpeza com posterior limpeza com compressa úmida por, no mínimo, duas vezes. Não submergir Fazer o último enxágue em água desmineralizada, deionizada ou de osmose reversa
Resultado Esperado	Remover contaminantes orgânicos e inorgânicos Remover a sujidade visível dos artigos - Reduzir a carga microbiana natural dos artigos
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade com os artigos (presença de perfuro cortante, falta de peças, incompleto ou quebrado) ou de acidente de trabalho, comunicar a enfermeira e registrar em ocorrência.
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.41 Procedimento: Secagem dos Artigos após Limpeza Manual

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Número**		**Página**	
		Revisão		Data	

Procedimento: Secagem dos Artigos após Limpeza Manual	
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados Enfermeira do CME
Onde	- Sala de preparo do CME
Quando	- Após realizar limpeza manual dos artigos
Condições Necessárias	Pistola de ar comprimido Campos de algodão Óculos de proteção Máscara Protetor auricular Luvas de procedimento não estéril

Descrição do Procedimento	Secar os instrumentos com compressa limpa ou pistola de ar comprimido, observando a presença de sujidade Testar a funcionalidade e resistência dos artigos Separar artigos defeituosos, identificando com uma fita o tipo de defeito e a data Lubrificar artigos quando necessário Secar os artigos tubulares com ar comprimido, protegendo o local de saída de ar com uma compressa ou gaze para evitar aerossóis de microorganismos e observar o nível de limpeza Secar os artigos delicados com compressa, cuidadosamente, protegendo as pontas, quando houver Secar os artigos de assistência respiratória com compressa ou ar comprimido Conferir novamente o quantitativo de peças Separar por tipo de acordo com o padrão de preparo e encaminhar para a área de preparo e embalagem
Resultado Esperado	- Secar os artigos limpos de forma segura e com qualidade
Em Caso de Anormalidade	Se o artigo apresentar sujidade deve ser realizado novamente o processo de limpeza do mesmo Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.42 Procedimento: Desinfecção de Artigos não críticos com álcool a 70%

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número		Página	
		Revisão		Data	

Procedimento: Desinfecção de Artigos não críticos com álcool a 70%

Quem	- Técnicos de enfermagem do CME e do centro cirúrgico - Enfermeira do CME
Onde	- Sala de preparo do CME ou do centro cirúrgico
Quando	- Após realizar limpeza manual dos artigos
Condições Necessárias	Compressa não estéril Álcool a 70% Luvas de procedimento não estéril
Descrição do Procedimento	Secar o material Testar a funcionalidade e resistência dos artigos Conferir novamente o quantitativo de peças Aplicar álcool a 70% em toda superfície do material com uma compressa não estéril Após a desinfecção com álcool, separar, identificar, embalar e armazenar em local adequado
Resultado Esperado	- Realizar desinfecção de artigos não críticos com álcool a 70% de forma segura e com qualidade
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis

Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.43 Procedimento: Preparo de instrumental cirúrgico

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número		Página	
		Revisão		Data	

Procedimento: Preparo de instrumental cirúrgico	
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados Enfermeira do CME
Onde	- Sala de preparo do CME
Quando	- Após realizar limpeza dos artigos
Condições Necessárias	Tecido de algodão e papel grau cirúrgico Integradores químicos Fita adesiva branca e fita teste para autoclave Compressa não estéril Luvas de procedimento não estéril
Descrição do Procedimento	Lavas as mãos Testar a funcionalidade e resistência dos artigos Separar e conferir as pinças e instrumentos conforme a caixa a ser preparada e conferir novamente o quantitativo de peças Montar as caixas e pacotes

	Enrolar caixas e instrumentos densos e pesados com tecido de campo duplo de acordo com o tamanho, demais pacotes podem ser feitos no papel grau cirúrgico Caixas e bandejas devem ser forradas com tecido de algodão ou compressas não estéreis de acordo com as dimensões do pacote Se houver instrumental com ponta que possa romper o papel grau, fazer embalagem dupla de papel grau cirúrgico Colocar um integrador químico em cada pacote de instrumental, exceto em pacotes pequenos Fechar as caixas com tecidos e com fita branca adesiva e fita teste para autoclave. Todos os pacotes devem estar identificados com nome da caixa, quantidade de peças, cor da marcação do instrumental, nome do cirurgião (quando for o caso), data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou a caixa Instrumental embalado e esterilizado em tecido de algodão tem validade de 07 dias Instrumental embalado e esterilizado em papel grau tem validade de 03 meses Encaminhar para a esterilização em autoclave
Resultado Esperado	- Preparo adequado e seguro do instrumental cirúrgico
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.44 Procedimento: Preparo de material de consumo (compressas, ataduras, faixas de Smarch, algodão ortopédico e malha tubular)

		Número		**Página**	

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Revisão		Data	

Procedimento: Preparo de material de consumo (compressas, ataduras, faixas de Smarch, algodão ortopédico e malha tubular)

Quem	- Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME
Onde	- Sala de preparo do CME
Quando	- Após receber material do almoxarifado ou da sala de limpeza (apenas no caso da faixa de Smarch)
Condições Necessárias	Papel grau cirúrgico Atadura não estéril Faixa de Smarch Malhar tubular Algodão ortopédico Compressa não estéril Luvas de procedimento não estéril

Descrição do Procedimento	Lavas as mãos Retirar os produtos das embalagens originais Inspecionar a funcionalidade e qualidade do material Separar material não adequado para esterilização Montar kits com 05 compressas para formar um pacote e embalar em papel grau Preparar a malha tubular, cortando um tamanho de aproximadamente 01 metro e meio, enrolar e deixar pontas livres e de fácil acesso Testar funcionalidade da faixa de Smarch em caso de reprocessamento, enrolar a faixa e embalar com uma gaze para manter a faixa enrolada - Montar pacotes individuais de atadura, malha tubular, algodão ortopédico e faixa de Smarch no papel grau Todos os pacotes devem estar identificados com data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou o pacote Encaminhar para a esterilização em autoclave Encaminhar compressas não adequadas para esterilização para sala de limpeza
Resultado Esperado	- Preparo adequado e seguro do material de consumo
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.45 Procedimento: Preparo de material termossensível para ser encaminhado para empresa de esterilização externa

	POP PROCEDIMENTO	**Número**		**Página**	
		Revisão		Data	

	OPERACIONAL PADRÃO				
Procedimento: Preparo de material termossensível para ser encaminhado para empresa de esterilização externa					
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Enfermeira do CME				
Onde	- Sala de preparo do CME				
Quando	- Após receber material da sala de limpeza				
Condições Necessárias	Impresso de encaminhamento do material Sacos plásticos				
Descrição do Procedimento	Lavas as mãos Testar a funcionalidade e resistência dos artigos Separar e conferir os instrumentos Conferir novamente o quantitativo de peças Separar e embalar em sacos plásticos o material a ser encaminhado Identificar em impresso próprio o material a ser encaminhado e sua quantidade Encaminhar para a esterilização externa Materiais a serem encaminhados: canetas de bisturi, umidificador, cânula de Guedel, material de fisioterapia respiratória, ambú, cabo de fibra ótica, ótica, pinças e instrumentos de artroscopia, cabo de Shaver, ponteira de radio frequência, bateria de trépano ortopédico e lâminas de Shaver (que só devem ser reprocessadas no máximo 3 vezes).				

Resultado Esperado	- Preparo e encaminhamento adequado do material a ser esterilizado externamente
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.46 Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado

	POP	**Número**		**Página**	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Revisão		Data	

Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado	
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados Enfermeira do CME
Onde	- Sala de preparo do CME
Quando	- Após recebimento de material limpo ou após realizar limpeza dos artigos
Condições Necessárias	Tecido de algodão e papel grau cirúrgico Integradores químicos Fita adesiva branca e fita teste para autoclave Compressa não estéril e luvas de procedimento não estéril

	Protocolo de recebimento e retirada de material do cirurgião e consignado
Descrição do Procedimento	Lavas as mãos Testar a funcionalidade e resistência dos artigos Separar e conferir as pinças e instrumentos conforme a caixa a ser preparada Montar as caixas e pacotes Enrolar caixas e instrumentos densos e pesados com tecido de campo duplo de acordo com o tamanho Demais pacotes podem ser feitos no papel grau Caixas e bandejas devem ser forradas com tecido de algodão ou compressas não estéreis de acordo com as dimensões do pacote Se houver instrumental com ponta que possa romper o papel grau, fazer embalagem dupla de papel grau Colocar um integrador químico em cada pacote de instrumental, exceto em pacotes pequenos Fechar as caixas com tecidos e com fita branca adesiva e fita teste para autoclave Todos os pacotes devem estar identificados com nome da caixa, quantidade de peças, cor da marcação do instrumental, nome do cirurgião (quando for o caso), data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou a caixa Toda movimentação (recebimento e retirada) deve ser registrado em protocolo Encaminhar para a esterilização em autoclave
Resultado Esperado	- Preparo adequado e seguro do instrumental cirúrgico

Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.47 Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Número**		**Página**	
		Revisão		Data	
Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado					
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Enfermeira do CME				
Onde	- Sala de esterilização do CME				
Quando	- Após o preparo do material				
Condições Necessárias	Caixas, bandejas e outros artigos devidamente embalados Rack com cestos aramados e carrinho da Autoclave Impresso de Controle de Cargas das Autoclaves Impresso de Monitorização da Esterilização Caneta Luvas protetoras				
Descrição do Procedimento	Lavas as mãos Checar identificação dos pacotes				

	Utilizar somente 80% da capacidade da câmara interna, para facilitar a circulação do vapor entre os pacotes, estando estes a pelo menos 2,5 cm de distância uns dos outros Não permitir que os pacotes toquem as paredes, piso ou teto da Autoclave - Organizar a carga com pacotes de maior tamanho na parte inferior do rack e os mais leves na parte superior Posicionar bacias, frascos, cubas e outros artigos que tenham concavidade com abertura voltada para baixo, para facilitar escoamento de condensado - Quando for carga de material implantável, posicionar o teste desafio na direção do dreno da Autoclave Registrar todos os ciclos nos impressos próprios de controle e monitorização
Resultado Esperado	- Esterilização efetiva e segura em Autoclave
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.48 Procedimento: Teste biológico e Teste biológico Desafio

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Número**		**Página**	
		Revisão		Data	
Procedimento: Teste biológico e Teste biológico Desafio					
Quem	Técnicos de enfermagem do CME				

	Enfermeira do CME
Onde	- Sala de esterilização do CME
Quando	- Primeiro ciclo de esterilização do dia e ciclos de material implantável
Condições Necessárias	Pacote Pronto de teste biológico Ampola de controle do teste biológico Incubadora Cesto Inox Impresso de registro do teste biológico Luvas de proteção
Descrição do Procedimento	Identificar o teste biológico colocando o número da Autoclave e data Posicionar o cesto inox no local mais próximo do dreno Realizar o ciclo normalmente Retirar o pacote pronto após resfriamento Abrir o pacote, retirar a ampola do teste, incubar junto com a ampola piloto - Retirar o indicador químico e registrar no impresso próprio, identificando a carga Após incubação, registrar o resultado na folha de monitoramento O teste biológico deve ser realizado sempre na primeira carga do dia e nas cargas de material implantável Liberar a carga após a leitura do resultado do teste, que acontece após 3 horas de incubação das ampolas
Resultado Esperado	- Teste biológico e teste biológico desafio realizado com segurança e resultado satisfatório

Em Caso de Anormalidade	- Em caso de resultado não satisfatório, comunicar imediatamente a Enfermeira e não realizar nenhum ciclo na Autoclave
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.49 Procedimento: Teste Bowie & Dick

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Número**		**Página**	
		Revisão		Data	

Procedimento: Teste Bowie & Dick	
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Enfermeira do CME
Onde	- Sala de esterilização do CME
Quando	- Ciclo antes da primeira carga de esterilização do dia
Condições Necessárias	Pacote Pronto de teste B&D Cesto Inox Impresso de registro do teste B&D Luvas de proteção
Descrição do Procedimento	Identificar o teste B&D colocando o número da Autoclave e data Colocar o pacote pronto de teste B&D no cesto inox Posicionar o cesto inox no local mais próximo do dreno e com a Autoclave vazia Realizar o ciclo programado a 134º C por 3,5 minutos sem o processo de secagem

	Retirar o pacote pronto após resfriamento Abrir o pacote, retirar a folha de teste B&D, verificando se o resultado foi satisfatório ou não Registrar o resultado na folha de monitoramento e na ocorrência Complementar os dados de identificação na folha de monitoramento
Resultado Esperado	- Teste Bowie & Dick realizado com segurança e resultado satisfatório
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de resultado não satisfatório, comunicar imediatamente a Enfermeira e não realizar nenhum ciclo na Autoclave
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.50 Procedimento: Manuseio da Autoclave SERCON (autoclave 01)

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Número**		**Página**	
		Revisão		Data	

Procedimento: Manuseio da Autoclave SERCON (autoclave 01)	
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Enfermeira do CME
Onde	- Sala de esterilização do CME
Quando	- Manuseio da Autoclave 01
Condições Necessárias	- Luvas de proteção

Descrição do Procedimento	Abrir manualmente a porta da autoclave até o final permitindo que o SENSOR DE PORTA ABERTA que fica na parte inferior do equipamento identifique o início do processo Montar a carga conforme necessidade do setor Fechar a porta manualmente até vedar totalmente a porta, permitindo que o SENSOR DE PORTA FECHADA identifique essa etapa Selecionar no painel o comando PORTA, em seguida o comando FECHAR e em seguida o comando OK Aguardar aproximadamente 15 segundos para o ponteiro de PRESSÃO DE AR NA REDE e o ponteiro de AR NA GUARNIÇÃO NA PORTA subirem até atingir calibração. Observar neste momento um disparo (um som) de IMPACTO na porta Em seguida selecionar o ciclo desejado: 06 para Instrumental (tempo de esterilização: 05 mim; temperatura: 134ºC e tempo de secagem: 20 mim) 10 para Bowie & Dick (tempo de esterilização: 04 mim; temperatura: 134ºC e tempo de secagem: 01 mim) 11 para carga Mista (tempo de esterilização: 05 mim; temperatura: 134ºC e tempo de secagem: 15 mim) Seleciona o comando PARTIDA Todos os ciclos operam com o seguinte: tempo de vácuo: 10 segundos e número de pulsos de vácuo: 04 pulsos Ao término do ciclo, é dado um alarme sonoro e visual, e o operador deverá acionar o comando OK Esperar alguns segundos e abrir até o meio da porta Retirar o material esterilizado com segurança
Resultado Esperado	- Manuseio seguro da Autoclave

Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.51 Procedimento: Manuseio da Autoclave CISA (autoclave 02)

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Número**		**Página**	
		Revisão		Data	

Procedimento: Manuseio da Autoclave CISA (autoclave 02)	
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Enfermeira do CME
Onde	- Sala de esterilização do CME
Quando	- Manuseio da Autoclave 02
Condições Necessárias	- Luvas de proteção
Descrição do Procedimento	Ligar a autoclave ativando o botão LIGA-DESLIGA (ON/OFF) Abrir a porta pressionando uma vez o comando ABRE PORTA Carregar a autoclave manualmente ou através de carro interno, com o material a ser esterilizado Aguardar a pressão na câmara externa atingir 2,0 (JAQUETA) Fechar a porta pressionando e segurando o comando FECHAR PORTA até que a porta feche totalmente Selecionar o comando INICIAR CICLO Escolher entre as opções: B&D, TECIDOS ou INSTRUMENTOS

	Após a seleção de um dos ciclos, pressionar o botão INICIAR para continuar, aparecerá a tela de INSERÇÃO DE CÒDIGO DO OPERADOR, selecionar 1111 e confirmar o código apertando ENTER - Selecionar o tipo de carga padronizando como CESTOS Selecionar o botão INICIAR Após iniciar o ciclo aparecerá uma tela mostrando as fases do ciclo de esterilização Se o ciclo for encerrado regularmente, será disposta a tela de FIM DE CICLO Deve ser apertado em qualquer ponto da tela para retorno ao menu principal e selecionar ABRE PORTA Ao término da esterilização é dado um alarme sonoro e visual Aguardar alguns segundo e abrir a porta Retirar o material esterilizado com segurança
Resultado Esperado	- Manuseio seguro da Autoclave CISA
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.52 Procedimento: Armazenamento e distribuição de material estéril

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Número**		**Página**	
		Revisão		Data	
Procedimento: Armazenamento e distribuição de material estéril					
Quem	Técnicos de enfermagem do CME				

	Enfermeira do CME
Onde	- Sala de esterilização do CME
Quando	- Após esterilização do material e do preparo com álcool a 70% dos artigos não críticos
Condições Necessárias	Estantes e caixas plásticas com tampa Sacos plásticos Protocolo de distribuição e entrega
Descrição do Procedimento	Lavar as mãos Após esterilização realizar armazenamento dos materiais no arsenal, respeitando tamanho e peso (mais pesados, embaixo e mais leves, em cima) Respeitar a organização pré-estabelecida Deixar identificações visíveis para facilitar a distribuição Registrar no protocolo de distribuição e entrega a saída de materiais em menor quantidade e maior demanda (trépanos, caixas de mão, de pé, ortopedia delicada, material de artroscopia, material de cirurgião e cirurgião dentista) Atender as demandas das unidades sempre que possível
Resultado Esperado	- Rastreamento do material e entrega adequada do material estéril para as unidades
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

1.5.53 CME – Controle de data limite de utilização

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 01	
	CME – Controle de data limite de utilização	
	EXECUTANTE:	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida do processo de esterilização.

Etapas do Processo:
Data limite de uso do produto esterilizado: é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado; Tecido de algodão- 7 dias Embalagem Tyvec e papel grau cirúrgico- validade 03 meses Embalagens SMS - validade de 6 meses

O tempo de vida só deve ser considerado se a embalagem estiver íntegra. A perda da esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote. Disponibilizar identificação do processo e prazo de validade (2 meses para SMS e 03 meses para papel grau cirúrgico e tyvec) a partir da data de preparo. Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente, e nas demais embalagens, na última semana do mês, retirando os materiais a vencerem em 5 dias e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens. Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens).

Responsável pelo processo:
Equipe de enfermagem

1.5.54 CME – Leitura de teste Biológico

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 02 CME – Leitura de teste Biológico	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Monitorar o processo de esterilização

Etapas do Processo:
Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico semanalmente, na primeira carga do dia e em pacotes disponíveis pelo CME.
Colocar a ampola-teste dentro do pacote-teste e processe-o juntamente com o restante da carga.
Retirar a ampola-teste do pacote processado no vapor e deixar resfriar por 10 minutos.
Posicionar a ampola-teste inclinando-a (ângulo de 45o) na posição central do compartimento específico. Empurrá- la para frente. A ampola de vidro quebrará no interior da ampola de plástico. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente á tira com bacilo.Incubar o indicador biológico nos compartimentos.
Proceder da mesma forma para uma ampola não processada, para utilizá-la como controle-positivo.
Observar resultado positivo para a ampola controle, ao final de 12 horas
Observar resultado negativo para a ampola teste , ao final de 12 horas
Observar resultado negativo para a ampola teste, ao final de 24 horas, com permanência de coloração azul púrpura.
Observar resultado positivo para a ampola teste, ao final de 24 horas, com mudança de coloração azul púrpura para amarelo.
Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros. Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado.
Descartar as ampolas em caixa de perfuro-cortantes.

Responsável pelo processo:
Equipe de enfermagem

1.5.55 CME – Leitura do integrador químico Classe 05

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 03	
	CME – Leitura do integrador químico Classe 05	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:

Efetuar a monitorização das condições de esterilização a vapor para liberação de carga

Etapas do Processo:

Utilizar no primeiro ciclo de cada dia.

Acondicionar o integrador dentro de um pacote individual.

Acondicionar todos os instrumentos cirúrgicos dentro da autoclave de modo que não ultrapasse 80% de sua capacidade.

É importante que o **indicador** seja posicionado junto ao material que será esterilizado em locais diversos da autoclave, de preferência nos pontos de maior dificuldade de acesso para o vapor saturado

Avaliar mudança de cor, o quadrado que antes rosa, agora deve ser igual ou mais escuro que a cor da flecha indicativa.

Caso não ocorra a mudança de cor, todo material deve ser esterilizado novamente com nova tira de integrador.

Registre o resultado na ficha de monitoramento.

Responsável pelo processo:
Equipe de enfermagem

1.5.56 CME – Limpeza de Instrumentos para esterilizar

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 04	
	CME – Limpeza de Instrumentos para esterilizar	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Remover a sujidade dos materiais

Etapas do Processo:
Limpeza Manual:

Fricção com escova macia e/ou esponja, atentando para ranhuras, articulações, concavidades e lumens do material. Ex: Instrumentais, circuito respiratório, etc.

O artigo deve ser imerso, por completo, em água com detergente enzimático ou sabão neutro líquido, friccionado, enxaguado em água corrente abundante e seco.

Observação:

Após a limpeza, deve ser feita revisão de todo material, com cuidado especial para ranhaduras e lumens, para detecção de sujidade;

A escolha da alternativa de limpeza deve levar em conta a realidade de cada unidade e a natureza do artigo a ser processado;

O uso dos EPIs pelo servidor, é obrigatório nesta fase.

Secagem: Deve ser feita rigorosamente utilizando-se:

- Pano limpo e seco;
- Secadoras de ar quente;
- Ar comprimido.

Produtos de limpeza:

Detergente Neutro:

São produtos que contém tensoativos em sua formulação, com a finalidade de limpar através de redução da tensão superficial, umectação, dispersão, suspensão e emulsificação da sujeira.

Detergente Enzimático:

À base de enzimas e surfactantes, não-iônico, com pH neutro, destinado a dissolver e digerir sangue, restos mucosos, fezes, vômito e outros restos orgânicos de instrumental cirúrgico, endoscópios e artigos em geral. As enzimas que promovem a quebra da matéria orgânica são basicamente de três tipos:

1- Proteases: decompõem as proteínas

2- Amilases: decompõem os carbohidratos
3- Lipases: decompõem as gorduras

1.5.57 CME – Empacotamento dos materiais

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 05	
	CME – Empacotamento dos materiais	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Garantir a esterilidade do material.

Empacotamento:
Peso máximo de 5 Kg; Embalagem adequada ao volume do material. Não deixá-los muito apertados, para que o agente esterilizante possa penetrar facilmente nem muito folgados para que não se desfaçam, permitindo contaminação durante o manuseio. Papel grau:

É um laminado com duas faces de papel (uso industrial) ou uma face de papel e outra com filme transparente.

Permeável ao vapor e óxido de etileno;

Resistente a temperaturas de até 160º C;

Impermeável a microorganismos, oferecendo segurança ao material esterilizado;

Validade de esterilização de acordo com as condições de estocagem e integridade da embalagem;

Não pode ser reaproveitado porque torna-se impermeável ao agente esterilizante após uma esterilização;

O ar deve ser removido ao máximo da embalagem para evitar ruptura dos pacotes por expansão do mesmo.

Identificação:

Todo o material a ser esterilizado deve ser identificado na própria fita (ou etiqueta) adesiva com os seguintes dados:

- Identificação do material (curativo, etc);
- data;
- assinatura legível do servidor que preparou.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 06	
	CME – Limpeza de tubos de aspiração e oxigenio (silicone ou látex)	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21

		Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Remover a sujidade dos materiais

Etapas do Processo:
Após uso, passar em jato de água corrente imediatamente, para retirar excesso de matéria orgânica; • Imergir em solução de sabão neutro de 20 a 30 minutos; • Levar para pia, friccionando toda extensão da borracha para retirada total da sujidade; • Enxaguar em água corrente; • Colocar para escorrer o excesso de água em suporte; • Encaminhar para preparo, após inspeção visual; • Todo tubo usado em procedimento de grande sujidade (pús, fezes, etc) deve ser desprezado no local do procedimento; • Os tubos novos devem ser lavados antes do preparo; • Separar por tamanho (máximo 1,50m), enrolar em círculo frouxo • Fixar e identificar • Encaminhar para esterilização OBS: As borrachas deverão ser preparadas ainda úmidas internamente, para facilitar a penetração de vapor no lúmem.

1.5.58 Desinfecção química de material

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
	USO DO ACÍDO PERACÉTICO	
	EXECUTANTE: EQUIPE DE ENFERMAGEM	Emissão: 20/09/21 Revisão: 20/09/22

Objetivo:
Promover processo de desinfecção de alto nível dos artigos semicríticos, por meio de imersão em ácido peracético 0,25%.

Recursos necessários:
EPIs; Solução de ácido Peracético; Recipiente de polietileno ou similar, com tampa; Água potável; Compressas gaze não estéreis; Frasco graduado ou Seringa 20ml; Saco plástico; Pinça longa;

Etapas do Processo:

Diluição do Produto:

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com os

Colocar água potável no recipiente, de acordo com o volume desejado e concentração do ácido disponível, conforme tabela abaixo;

Utilizar o frasco graduado ou seringa para medir o volume de Ácido Peracético concentrado;

Adicionar o ácido concentrado (com cuidado para não respingar) no recipiente com água;

Identificar o recipiente contendo: nome da solução, data, horário, nome e assinatura de quem preparou.

Volumes para preparar UM LITRO de solução pronta para uso (0,25%):

Concentração do Ácido disponível na Unidade	Volume Ácido Concentrado	Volume Água
3%	83ml	917ml
4%	62,5 ml	937,5 ml
4,5%	55,5 ml	944,5 ml
5%	50 ml	950 ml

Testagem do Produto:

Higienizar as mãos;

Diariamente, antes da utilização, fazer validação com fita para medir a concentração de Ácido Peracético visando verificar a conformidade da concentração;

Mergulhar a região absorvente da fita na solução diluída por 01 segundo.

Remover o excesso da amostra agitando cuidadosamente.

Após 30 segundos comparar a cor da ponta da fita com as cores padrões que constam no frasco; □ Se concentração estiver adequada (cor mais escura), seguir para utilização;

Se concentração estiver inadequada, descartar a solução e realizar nova diluição.

Utilização:

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com os EPIs indicados

Desconectar as peças e lavar o material com água e sabão antes da exposição ao agente desinfetante;

Enxaguar o material abundantemente em água corrente, para remoção completa do de detritos;

Deixar escorrer a água do material e/ou secar com compressa de gaze, a fim de não deixar água no material evitando a diluição da solução;

Imergir totalmente o material na solução de ácido peracético;

Tampar o recipiente;

Respeitar o tempo de exposição definido pelo fabricante (10 à 30 min);

Retirar (utilizando luvas de procedimento e óculos de proteção) o material da solução com auxílio da pinça longa;

Enxaguar (utilizando luvas e óculos de proteção), os artigos com água limpa em abundância, para remover o odor e qualquer resíduo químico do ácido peracético, que possa causar danos à pele e mucosas.

Secar com compressa de gaze;

Acondicionar material em saco plástico;

Rotular com a data da embalagem e nome do profissional responsável;

Higienizar as mãos;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Precauções para manuseio seguro

Não deve entrar em contato com materiais orgânicos;

Manter afastado do calor (atenção: pode incendiar sobre ação do calor);

Manter afastado de produtos incompatíveis (ácidos, bases, metais, sais de metais pesados, sais de metal em pó, agentes redutores e materiais inflamáveis); Medidas de higiene

Em caso de derramamento, remover imediatamente a roupa e os sapatos contaminados;

Lavar o vestuário contaminado antes de voltar a usá-lo;

Não comer, beber ou fumar durante o uso

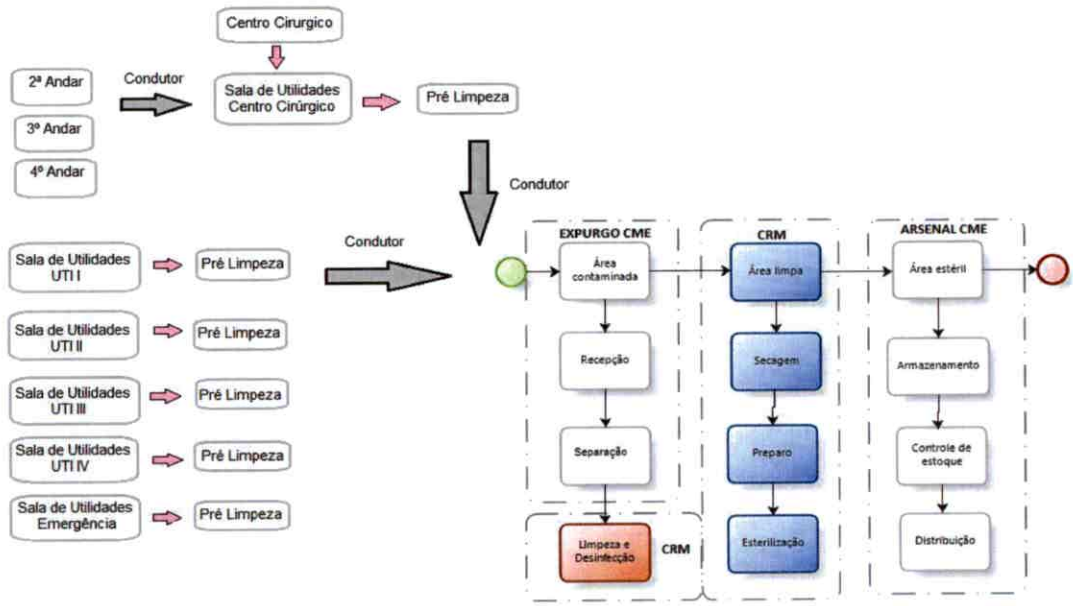
Derramamentos:

Em caso de derramamento evacuar a unidade imediatamente e entrar em contato com o SESMT

Em caso de intoxicação entrar em contato com CIT - Goiás - **0800-646-4350**.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

1.5.59 MACRO FLUXO DA CME



1.5.60 ROTINA PARA ADENTRAR NA ÁREA DO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o uso dos EPIs corretos para adentrar nas áreas da CME, a fim de permitir um ambiente seguro para execução das atividades, e livre de contaminação em todas as áreas.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Retirar todos os adornos e guardar pertences nos armários.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
2.	Realizar o processo de higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
3.	Paramentar-se colocando unissex, sapato fechado e gorro.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários

4.	Identificar o setor escalado conforme o documento específico do CME Escala de atividades, fixado em pasta própria no setor pelo enfermeiro do plantão, o qual, está descrito as atividades a serem desenvolvidas, bem como horário de descanso.	Colaboradores
5.	Identificar as áreas e utilizar as paramentações de acordo com cada área de atuação: • Área suja: Expurgo; • Área limpa: Preparo e Esterilização, Termodesinfecção, Dobradura de Roupas e Área Estéril, utilizar o vestiário da área limpa.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
6.	**Paramentar-se para área do Expurgo**: Unissex, touca, protetor auricular, óculos de proteção ou protetor facial, máscara N-95, bota com cano longo, capote impermeável, avental impermeável, luva nitrílica e luvas termorresistente. Utilizar luva nitrílica no recebimento, lavagem, secagem e montagem de carga em termodesinfectora. OBS.: Preencher e assinar a planilha de EPIs diariamente.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
7.	**Paramentar-se para área do preparo com**: Unissex, touca, protetor auricular, máscara de procedimento, luvas de procedimento e sapato fechado. · Utilizar luva de procedimento: durante o preparo dos artigos que passaram por processo de limpeza manual, automatizada e termodesinfecção; · Utilizar luvas termorresistentes: ao descarregar a termodesinfectora, carregar e descarregar a unidade secadora e montagem de carga das autoclaves.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários
8.	**Paramentar-se para área estéril com**: EPIs: Unissex, touca, máscara de procedimento, protetor auricular, luva de proteção térmica.	Colaboradores/ Visitantes/ Estagiários

	Obs.: Utilizar luva de proteção térmica ao descarregar as autoclaves.	

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar; Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia. 2ª Edição revisada, 2000.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

NR 32. Site do Ministério do Trabalho. www.mte.gov.br.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	

Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_02

1.5.61 PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS E VALIDAÇÃO DOS INDICADORES DAS AUTOCLAVES A VAPOR NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar os registros e validação das autoclaves a vapor, utilizando o Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar se conforme rotina para adentrar na área do CME.	Técnico e Auxiliar em Enfermagem
2.	Realizar, diariamente, os testes com indicadores nas autoclaves a vapor, utilizando o Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico.	Técnico e Auxiliar em Enfermagem / Enfermeiro
3.	Realizar o **Bowie-Dick** diariamente no primeiro ciclo da autoclave, sem carga e após manutenção preventiva e corretiva: • Identificar no teste o número da autoclave, lote e ciclo para facilitar o registro e rastreabilidade; • Dispor o teste próximo a bomba de vácuo (de 10 a 20 cm acima do dreno), no rack respectivo a autoclave em teste, a fim de promover maior desafio; • Selecionar ciclo Bowie-Dick (134°C durante 3,5 a 4 minutos de esterilização), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado; • Abrir a porta de carga (do lado do preparo), após término do ciclo com luva térmica, recolher o teste para realização da leitura; • Avaliar se a coloração da folha teste está uniforme, livre de umidade e lacuna em sua pigmentação (bolha), o qual assegura que a bomba de vácuo está funcionando de forma adequada; • Fixar o Bowie-Dick no DOC 001 CME Controle dos ciclos de esterilização, correspondente ao ciclo realizado, devidamente preenchido; • Imediatamente? Ou faz um segundo teste? • Informar a Engenharia Clínica por meio de O.S. (Ordem de Serviço) se resultado for insatisfatório; • Repetir o teste Bowie-Dick após a manutenção preventiva e corretiva.	Técnico e Auxiliar em Enfermagem / Enfermeiro

<table>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Realizar o Teste Biológico diariamente no segundo ciclo do dia, após manutenção preventiva, corretiva e em ciclos a serem processados implantes.

Identificar o pacote desafio do teste biológico, com o número da autoclave, lote e ciclo correspondente;
Dispor o pacote desafio no rack da autoclave correspondente, conforme orientação fixada em cada autoclave:

<table>
<tr><th>Dias</th><th>Local de colocar ampola do teste biológico</th></tr>
<tr><td>Segunda</td><td>Ampola na porta suja</td></tr>
<tr><td>Terça</td><td>Ampola meio</td></tr>
<tr><td>Quarta</td><td>Ampola na porta limpa</td></tr>
<tr><td>Quinta</td><td>Ampola na porta suja</td></tr>
<tr><td>Sexta</td><td>Ampola meio</td></tr>
<tr><td>Sábado</td><td>Ampola na porta limpa</td></tr>
<tr><td>Domingo</td><td>Ampola na porta suja</td></tr>
</table>

Selecionar o ciclo correspondente a ser realizado (tecidos, instrumentais ou termossensível), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado;
Recolher o pacote desafio após o término do ciclo e encaminhá-lo para a incubação;
Incubar a ampola teste e a ampola piloto, destinadas a testes de autoclave a vapor, após quebra das mesmas e fixar o integrador químico presente no teste desafio em documento específico do setor (qual documento???);
Registrar o resultado da incubação no DOC 007 CME Ficha de monitorização de testes biológicos, referente ao primeiro ciclo do dia;

</td>
<td>Técnico e Auxiliar de Enfermagem / Enfermeiro</td>
</tr>
</table>

	• Registrar o resultado referente aos demais ciclos (consignados e pós manutenção) em documento específico do setor (qual documento???); • Comunicar a Coordenação e a Engenharia Clínica (OS? Qualquer colaborador pode comunicar a engenharia clínica?) o resultado for insatisfatório, bem como, não liberar carga, retornando os materiais para novo processo.	
5.	Realizar **Teste Biológico de leitura rápida** (1h) quando houver necessidade de uso de implante não estéril, em cirurgia de emergência: • Dispor o teste entre os artigos, somente após autorização da enfermeira supervisora ou coordenadora do centro cirúrgico C.C.; • Recolher o pacote desafio ao término do ciclo e encaminhar a enfermeira, a qual incubará o teste; • Incubar a ampola teste e a ampola piloto, no setor destinada a testes de autoclave a vapor de leitura rápida. Após quebra e leitura de 1 (uma) hora retirar a etiqueta da ampola e fixar o integrador químico presente no teste desafio em documento específico do setor; • Fixar resultado após incubação em documento específico do setor, realizar cópia do ciclo, já fixado o resultado e arquivar em pasta destinada a este arquivamento, contendo o nome da enfermeira do C.C. que autorizou o uso do teste.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
6.	Dispor **pacote desafio de integrador químico** entre os pacotes em todos os ciclos da autoclave a vapor, exceto em cargas contendo indicador biológico, visto que, todos os pacotes desafios de teste biológico contém integrador químico. • Selecionar ciclo correspondente a ser realizado (tecidos, instrumentais ou termossensível), fechar a porta o qual o ciclo será iniciado;	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro

	• Recolher o pacote desafio ao término do ciclo e encaminhar a enfermeira; • Fixar resultado em documento específico do setor; • Comunicar a Coordenação e a Engenharia Clínica se o resultado for insatisfatório, bem como, não liberar carga, retornando os materiais para novo processo.	
7.	Trocar a bobina da impressora das autoclaves (POP???) quando apresentar lista lateral vermelha, a qual, indica que está acabando. • Todas as impressões referentes ao término dos ciclos das autoclaves a vapor devem ser fixadas em documento específico do setor(qual documento???);.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
8.	Preencher mensalmente em documento específico do setor - Relatório de indicadores CME – CCIH, com quantitativo dos indicadores das autoclaves a vapor (Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico) com resultado satisfatório e insatisfatório, nas lacunas correspondentes, passível de intervenções e rastreabilidade pertinente do CME e CCIH.	Enfermeiro
9.	Preencher mensalmente em documento específico do setor- Relatório indicadores das termodesinfectoras e lavadoras ultrassônica, com quantitativo dos indicadores das termodesinfectoras e lavadora ultrassônica (teste de limpeza e teste de temperatura), com resultado satisfatório e insatisfatório, nas lacunas correspondentes, passível de intervenções e rastreabilidade pertinente do CME e CCIH.	Enfermeiro
10.	Realizar diariamente relatórios com as ocorrências referentes ao plantão do dia, assegurando a continuidade das informações, registrando em documento específico do setor - Relatório de enfermagem, em seguida salvar o documento em formato PDF, contendo assinatura,	Enfermeiro

	matrícula e COREN-GO, na pasta privada da CME, em pasta destinada para este fim.	

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização;

O.S.: Ordem de Serviço;

C.C.: Centro Cirúrgico;

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO	Data: 25/05/2022	POP_CME_03

1.5.62 RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS INSTRUMENTAIS E DOS MATERIAIS NO EXPURGO

1. OBJETIVO

Padronizar o horário de recebimento e limpeza dos instrumentais e dos demais materiais no setor do expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar limpeza das bancadas (com água e detergente enzimático) e desinfecção (com pano multi uso e desinfetante hospitalar fazendo fricção unidirecional).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Verificar os materiais de trabalho e sinalizar quando houver falta de algum; preparar solução do detergente enzimático de acordo com orientações do fabricante e realizar a troca do mesmo sempre que necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais conforme horário anexado no setor, realizando conferência da sua integridade e funcionalidade, se danificado, comunicar a supervisão e receber somente mediante a autorização da enfermeira do plantão, e com o devido preenchimento de documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Separar os materiais cuidadosamente a fim de evitar danos como quedas ou acidente ocupacional, atentando para corpo estranho (lâmina de bisturi, agulhas e etc.)	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Realizar pré-lavagem dos materiais com água filtrada e solução detergente enzimático (diluído conforme orientações do fabricante), utilizando escovas e esponjas compatíveis a cada material a ser processado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Imergir os instrumentais abertos na solução de água e detergente enzimático para remoção dos resíduos de matéria orgânica. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível e friccionar os artigos sob água para evitar aerossóis de microrganismo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Enxaguar rigorosamente os instrumentais em água corrente filtrada, abrindo e fechando as articulações até remover a sujidade e o detergente enzimático.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar os artigos críticos para o processo automatizado escolhido conforme tipo do material (termodesinfectora ou lavadoura ultrassônica).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Priorizar os artigos mais críticos (pinças cirúrgicas) no processo da lavadoura ultrassônica e respiratórios (látex e traqueias) priorizar na termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Colocar o instrumental cirúrgico de modo organizado nas bandejas perfuradas, para permitir que a solução ocupe todos os espaços dos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acondicionar os materiais pesados e maiores, de maneira que estes fiquem abaixo dos pequenos e leves.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Utilizar lente de aumento disponibilizado no setor, a fim de conferir a limpeza dos artigos, assegurando o processo de adequada higienização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Repetir o processo em caso de permanência de sujidade após o processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Secar as peças com compressa estéril e ou ar comprimido, em todo a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras, se necessário encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desprezar solução ao término do expediente, lavar e secar as cubas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Lavar e secar pia e bancada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Manter ambiente limpo e em ordem.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia. 2ª Edição revisada, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a Materiais Biológicos. Brasília, 2006. 76p.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO	Data: 07/04/2020	POP_CME_04

1.5.63 FLUXO DE RECEBIMENTO E ENTREGA DE MATERIAIS PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

1. OBJETIVO

Padronizar o processo dos materiais de uso a assistência a saúde no CC, desde seu recebimento no expurgo, até a distribuição, após estéril.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais provenientes do CC, avaliando: composição, integridade e funcionalidade. Ao detectar falha na entrega, solicitar preenchimento em documento especifico do setor CME - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores, e acionar enfermeira do plantão para tratativas pertinentes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar os materiais e imergi-los em solução com detergente enzimático por tempo e diluição, conforme orientação do fabricante.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Realizar limpeza friccionando com esponjas e/ou escovas apropriadas a cada material, inspecionando cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Enxaguar em água corrente filtrada e encaminhar para limpeza automatizada correspondente a cada material conforme POP de Limpeza automatizada nas termodesinfectoras e POP Limpeza automatizada realizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Encaminhar os materiais aos processos correspondentes a características de cada um, os quais serão submetidos ao processo de esterilização a vapor, conforme POP CME Preparo, envólucros dos artigos e montagem das cargas da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Armazenar e distribuir os artigos no CC conforme POP CME Armazenamento e controle dos artigos, após processos de esterilização ou termodesinfecção, atentando para validade e fornecimento dos materiais conforme o solicitado, sinalizando ao enfermeiro do plantão problemas ocorrentes durante a ofertada destes artigos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CC: Centro Cirúrgico.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

BRASIL. Resolução - RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior	25/05/2022	

	Gerente Assistencial		
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA	Data: 25/05/2022	POP_CME_05

1.5.64 LIMPEZA AUTOMATIZADA NA LAVADOURA ULTRASSÔNICA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza automatizada realizada pela lavadoura ultrassônica a fim de romper os elos que fixam a partícula de sujidade à superfície do produto, a fim de garantir um processo seguro.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Realizar teste de limpeza diariamente, no primeiro ciclo do dia, dispondo-o no meio da lavadoura.	Enfermeira
•	Separar os materiais após pré-lavagem, destinado ao processo de limpeza automatizado na lavadoura ultrassônica e relacionar em documento específico CME Controle dos ciclos de desinfecção nas lavadouras ultrassônicas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir o instrumental pontiagudo e limpar cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Organizar o instrumental no cesto, visto que os mais pesados não devem ficar por cima dos demais, permitindo que o detergente penetre bem nos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Distribuir uniformemente a carga e não ultrapassar 80% de sua capacidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Abrir os instrumentais articulados (tesouras, pinças, goiva) antes da limpeza, para que o agente de limpeza entre em contato com toda a superfície do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir o detergente em uso, atentando para quantidade existente no galão e diluição (conforme orientação do fabricante).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Ligar o aparelho utilizando a chave localizada ao lado do aparelho, selecionar o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Enxaguar em água corrente filtrada e secar com compressa, ar comprimido ou encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Inspecionar a limpeza dos artigos com auxílio da lupa e repetir o processo caso necessário. Encaminhar para o preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Informe técnico nº 01/09 Princípios Básicos para Limpeza de Instrumental Cirúrgico em Serviços de Saúde – Fevereiro de 2009 – ANVISA.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS	Data: 25/05/2022	POP_CME_06

1.5.65 LIMPEZA AUTOMATIZADA NAS TERMODESINFECTORAS

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza automatizada realizada nas termodesinfectoras, a fim de garantir um processo seguro.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Realizar teste de limpeza diariamente no primeiro ciclo do dia. Manter na posição vertical clampeado por uma pinça, dispondo-o entre os materiais em ciclos de instrumental ou termossensível. Após término do ciclo o enfermeiro deve avaliar o resultado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Anexar resultados dos testes em documento específico do setor - Controle dos ciclos de desinfecção nas termodesinfectoras.	Enfermeira
•	Acionar, via ordem de serviço a Engenharia Clínica se resultados apresentados forem insatisfatórios.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Realizar pré-limpeza dos instrumentais com água e detergente enzimático, conforme diluição do fabricante, com auxílio de esponjas e escovas apropriadas a cada material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	O instrumental pontiagudo deve ser aberto e limpo cuidadosamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Colocar o instrumental de modo organizado nas bandejas perfuradas, para permitir que o detergente penetre bem nos instrumentais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Carregar a termodesinfectora, atentando-se se a água de lavagem alcança e circula livremente, ficando em contato com cada parte do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Distribuir uniformemente a carga e não ultrapassar 80% de sua capacidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Priorizar materiais respiratórios (traqueias e látex) e atentar para o encaixe correto do Rack.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir os instrumentais articulados (tesouras, pinças, goiva), antes da limpeza, para que o agente entre em contato com toda a superfície do artigo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Ativar a tecla no painel de controle correspondente para fechar a porta, após término do carregamento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acionar na tecla de programação o tipo do ciclo desejado (instrumental ou termossensível), atentando-se para a diluição do detergente enzimático, conforme orientação do fabricante.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Fechar a porta pressionando o botão correspondente ao fechamento da porta, até que se feche por completo, iniciando o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir a porta pelo lado oposto (área de preparo) para retirar o material no final do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Inspecionar a limpeza dos artigos com auxílio da lupa e repetir o processo caso seja necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de desinfecção nas termodesinfectoras, a relação dos materiais submetidos ao processo de limpeza automatizada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar o material para a secadora ou bancada de secagem, e em seguida para a mesa de preparo correspondente ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

O.S.: Ordem de Serviço

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Informe técnico nº 01/09 Princípios Básicos para Limpeza de Instrumental Cirúrgico em Serviços de Saúde – Fevereiro de 2009 – ANVISA.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE	Data: 25/05/2022	POP_CME_007

1.5.66 PREPARO, ENVÓLUCROS DOS ARTIGOS E MONTAGEM DAS CARGAS DA AUTOCLAVE

1. OBJETIVO

Padronizar a rotina do preparo, envólucros e montagem de carga das autoclaves, a fim de promover integridade e condições de funcionalidade, favorecendo em maior vida útil a esses artigos e segurança ao paciente/cliente, sem risco de contaminação.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Paramentar-se conforme POP Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir o material, realizando inspeção rigorosa do processo de limpeza com auxílio de lentes intensificadoras de imagem, em todas reentrâncias, cremalheiras e verificar a integridade e funcionalidade de cada peça.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Selecionar a embalagem de acordo com o processo, peso e o tamanho do item (papel grau cirúrgico, manta SMS, tecido de algodão).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Acondicionar o material conforme padronizado, em bandejas e/ou caixas. Colocar um integrador químico no interior das caixas, dos pacotes de instrumentais e bandejas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Avaliar a necessidade de embalagens duplas e envolver os materiais usando a técnica de envelope (01 campo simples SMS ou tecido no interior e outro externamente), atentando	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	para compatibilidade dos envólucros. Lacrar o pacote com fita autoclavável. OBS.: Os materiais que vão para o centro cirúrgico devem ter embalagem dupla.	
•	Afixar em documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril, informando o conteúdo do pacote, lote de esterilização, número do ciclo, autoclave, data da esterilização, data de validade, método de esterilização, quantidade de itens, nome do funcionário responsável pelo preparo do pacote. Colar no mínimo cinco centímetros, o equivalente a três riscas, da fita para autoclave (zebrada) nos pacotes, exceto no papel grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Cortar o grau cirúrgico, respeitando a medida do artigo a ser embalado, selar uma das extremidades e colocá-la na embalagem e selar a outra parte externa. Observar se a selagem está íntegra e avaliar a necessidade de um segundo envólucro (de grau cirúrgico) fixar etiqueta na parte plástica com fita autoclavável. Não escrever diretamente no invólucro.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Separar os materiais que estão envolvidos com envólucros correspondente ao material e ciclo programado (121° C ou 134° C).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Abrir a porta da autoclave e encaixar o suporte do rack puxando para fora da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Carregar a autoclave obedecendo as especificações dos materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Dispor os artigos nos racks e não compactá-los, mantendo as caixas sempre na posição horizontal (não virá-las).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Respeitar à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Colocar os artigos côncavos/convexos como comadres, baldes e frascos na posição vertical.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Respeitar o volume máximo de 80% do preenchimento da câmara. Os materiais e embalagens não devem tocar as paredes e teto da câmara. Evitar compactar as embalagens e	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	posicionar os materiais embalados com papel grau cirúrgico de forma que o papel fique em contato com papel e o plástico com o plástico.	
•	Selecionar o ciclo desejado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Fechar a porta da autoclave, o qual, o ciclo será iniciado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente, registrando os valores em documento específico do setor- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO	Data: 25/05/2022	POP_CME_08

1.5.67 ARMAZENAMENTO E CONTROLE DOS ARTIGOS APÓS PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO OU TERMODESINFECÇÃO

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de armazenamento de artigos esterilizados, a fim de manter a integridade da esterilização e do conteúdo, bem como facilitar a localização/identificação dos materiais.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Calçar as luvas de proteção térmica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Abrir a porta do lado estéril da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Remover o carrinho de descarga da autoclave, após 30 minutos de porta aberta.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Manusear os pacotes quando estiverem completamente frios antes de estoca-los ou removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Certificar-se que os pacotes estão completamente frios a fim de evitar a condensação do vapor tanto fora quanto dentro dos pacotes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras de acordo com a sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Organizar os artigos e considerar como contaminados os pacotes que caírem no chão ou que apresentar a embalagem violada e/ou danificada (furos, rasgos) bem como os que estiverem comprimidos, torcidos ou úmidos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Posicionar os pacotes com data de esterilização mais antiga à frente daqueles com data mais recente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Guardar e distribuir os artigos obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos antes dos mais novos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Efetuar a inspeção diária dos artigos estocados para a verificação de qualquer degradação visível e o prazo de validade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Manter o setor organizado e o controle dos materiais em estoque, registrando diariamente a quantidade de materiais em documento específico do setor- Estoque de materiais no arsenal, sinalizando a enfermeira do setor o déficit a serem priorizados.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Atender a solicitação de requisição de materiais do C.C. mediante documento específico do setor- Requisição de materiais no CME para montagem das salas cirúrgicas e dos setores através do documento específico Requisição de materiais no CME, preenchidos adequadamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Arquivar em pastas físicas os documentos, permitindo alimentar a planilha de produtividade mensal disponível em pasta privada no diretório da CME.	Enfermeira
•	Verificar os prazos de validade dos artigos, identificando em sua lateral os materiais a vencer na semana (iniciando no domingo), retirar os vencidos e encaminhá-los para expurgo para iniciarem novo processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente da área de armazenamento de artigos esterilizados, registrando os em documento específico- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
•	Realizar visita semanal em cada setor da unidade com objetivo de avaliar o armazenamento, integridade, validade e acúmulo de materiais, evitando que outros setores fiquem desprovidos de alguns materiais. A avaliação setorial deverá ser registrada em documento específico do setor - Não conformidade nas visitas dos setores, passível de tratativas com responsáveis, visando redução de custos e melhoria no atendimento ao cliente.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

C.C.: Centro Cirúrgico.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		

Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA	Data: 25/05/2022	POP_CME_09

1.5.68 LIMPEZA MANUAL, TERMODESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza de artigos utilizados na assistência respiratória, tais como nebulizadores, circuitos respiratórios e de suporte anestésico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Receber os materiais de assistência ventilatória das unidades consumidoras.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Conferir a integridade dos artigos e se os mesmos estão completos, se danificados comunicar a enfermeira do CME e receber somente após entrega do documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Desconectar cuidadosamente as válvulas, diafragmadas, copos reservatórios, máscaras, conexões, balões de ventilação e traqueias, a fim de evitar perdas e facilitar limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Imergir os artigos em recipiente com detergente enzimático (diluir o produto conforme instrução do fabricante, realizando a leitura antecipada do rótulo do mesmo).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

•	Lavar os artigos com escovas e/ou esponjas não abrasivas adequadas e enxaguar com água filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar para a termodesinfecção os materiais termossensíveis e de alta rotatividade já padronizados. Preparar em embalagem plástica, selar com seladora térmica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Secar os artigos cuidadosamente com compressas e/ou ar comprimido, montá-los e encaminhar para processo correspondente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Identificar os materiais com o documento específico do setor Etiqueta de identificação da embalagem desinfecção, com validade de 07 dias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos Ciclos de Desinfecção na Termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar para área de preparo os materiais que suportam alta temperatura para serem autoclavados, devendo serem envolvidos em Grau cirúrgico e/ou SMS.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Identificar os materiais com documento específico do setor Etiqueta de identificação da embalagem estéril, afixando-as com fita autoclavável.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, tipo de pacotes e quantidades.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
•	Encaminhar ao Enfermeiro do setor os produtos que estejam incompletos para providências.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração/ Revisão Jovani Gomes Ferreira Junio	Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação Dr. Jose Fernando B. Folgosi	Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DOS AMBUS	Data: 25/05/2022	POP_CME_10

1.5.69 PROCESSAMENTO DOS AMBUS

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de limpeza, desinfecção e esterilização dos ambus.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais mediante o preenchimento em documento específico do setor - Entrega de materiais no CME e conferir a integridade no ato do recebimento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento em documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desmontar o ambu (retirar a máscara e conexões).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir o ambu e seus componentes em detergente neutro (pronto uso).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Lavar externamente e internamente, com solução de água e detergente neutro, usando a escova de limpeza apropriada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente, bem como suas conexões.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para a lavagem automatizada na termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Secar com compressas e ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo e Esterilização os materiais montados, conferindo a sua integridade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar o teste de insuflação e ventilação para todos os ambus antes de conectar a máscara.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolver em grau cirúrgico ou SMS ou embalagem plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com documento específico do setor - Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Esterilizar no ciclo de 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem desinfecção e encaminhar para o armazenamento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES	Data: 25/05/2022	POP_CME_11

1.5.70 PROCESSAMENTO DAS TRAQUEIAS DOS VENTILADORES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza manual e automatizada das traqueias dos ventiladores.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Receber os materiais mediante apresentação do documento específico do setor - Entrega de materiais no CME, preenchido corretamente e conferir integridade da válvula no ato do recebimento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento de documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a pré - limpeza manual do artigo utilizando detergente enzimático (diluído conforme recomendado pelo fabricante) e escovas adequadas para cada lúmen de traqueia.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir totalmente as traqueias na solução enzimática e deixar de 5 a 10 minutos, preenchendo todo lúmen.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conectar as traqueias nos encaixes do rack da termodesinfectora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo destinado aos materiais termossensíveis, atentando para nível de detergente enzimático no recipiente e se necessário realizar reposição.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Inspecionar a eficácia da limpeza e se necessário retornar ao processo de limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o gabinete de secagem.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para bancada do preparo correspondente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los em papel grau cirúrgico, atentando para uma selagem com eficácia.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte plástica com a fita autoclavável.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais. Posicionar conforme rotina o integrador químico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar m documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo de 121° C, acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida iniciar o ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar após o término do ciclo, através da fita impressa pela autoclave, se o mesmo foi concluído regularmente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Retirar os pacotes da autoclave quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes a sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente, registrando os valores em documento específico do setor- Controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Composição de cada Kit Respiratório.

COMPOSIÇÃO DE CADA KIT RESPIRATÓRIO	
NOME DO KIT	**COMPOSIÇÃO**
Kit New Port 500 Adulto	• Duas traqueias de silicone de 1,20 cm; • Um "Y" com furo duas entradas; • Uma linha de fluxo em silicone com adaptador ao "Y"; • Uma conexão cotovelo 90°.
Kit New Port 500 Infantil	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm infantil; • Dois copos coletores com duas entradas para traqueias; • Um "Y" com furo duas entradas; • Uma linha de fluxo em silicone com adaptador ao "Y"; • Uma conexão cotovelo 90° infantil.
Kit New Port 360 Adulto	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm; • Dois copos coletores com duas entradas para traqueias; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90°.
Kit New Port 360 Infantil	• Quatro traqueias de silicone de 0,80 cm; • Dois copos coletores com duas entradas para traqueias;

	• Um "Y" sem furo duas entradas; • Oito conexão reta infantil.
Kit Anestesia Adulto	• Duas traqueias de silicone de 1,40 cm; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90°.
Kit Anestesia Infantil	• Duas traqueias de silicone de 1,20 cm infantil; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90° infantil.
Kit Tomografia	• Quatro traqueias de silicone de 1,20 cm; • Duas conexões retas para encaixe das traqueias; • Um "Y" sem furo duas entradas; • Uma conexão cotovelo 90°.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX)	Data: 25/05/2022	POP_CME_12

1.5.71 LIMPEZA E PREPARO DAS MANGUEIRAS DE SILICONE (LÁTEX)

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e preparo das mangueiras de silicone (Látex) no setor de Expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais mediante documento específico do setor- Entrega de materiais no CME preenchido	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	corretamente e conferir a integridade da válvula no ato do recebimento, quando tiver o vacuometro. OBS.: Látex de 3 m para o centro cirúrgico, endoscopia e colonoscopia; Látex de 2 m para os demais setores.	
1.	Receber os materiais danificados somente com a autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento de documento específico do seotr- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a pré-limpeza manual do artigo utilizando detergente enzimático (diluído conforme recomendado pelo fabricante) e escovas adequadas para lúmen do látex.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir totalmente os látex na solução enzimática, e deixar de 5 à 10 minutos, preenchendo todo lúmen.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conectar nos encaixes no rack da termodesinfectora destinada a limpeza automatizada de látex.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo destinado aos materiais termossensíveis (ciclo 2 para látex).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Inspecionar a eficácia da limpeza e retornar para novo processo caso necessário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Observar se o material está totalmente seco, e se necessário, secá-los com ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los em SMS, preferencialmente, ou em grau cirúrgico, atentando para uma selagem com eficácia.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH	Data: 25/05/2022	POP_CME_13

1.5.72 LIMPEZA E PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DAS FAIXAS DE SMARCH

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza, preparo e esterilização das faixas de smarch.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional e paramentar-se conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber os materiais mediante documento específico do setor- Entrega de materiais no CME, preenchido correspondendo ao que foi entregue.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir as faixas de smarch totalmente na solução enzimática (diluído conforme orientação do fabricante), em vasilhames e deixar durante 10 minutos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirá-las da solução enzimática e realizar limpeza manual com auxílio de esponja não abrasiva e detergente enzimático.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Enxaguar abundantemente em água corrente filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para bancada de secagem no expurgo e secar com compressas limpas e secas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar para o setor de Preparo e empacotá-los em SMS ou grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar esterilização no ciclo 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	1. Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
	1. Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
	1. Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES	Data: 25/05/2022	POP_CME_14

1.5.73 LIMPEZA, PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS TUBULARES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização dos instrumentais tubulares.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento em documento específico do setor - Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desmontar os materiais possíveis de tal ação.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Realizar pré – limpeza imergindo os materiais tubulares em solução enzimática (diluído conforme orientação do fabricante), deixar agir de 5 à 10 minutos, e em seguida lavar com escovas apropriadas a cada lúmen, observando a entrada da água ou forçando a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa e/ou jato de água.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirá-las da solução enzimática, enxugar e encaminhar a limpeza automatizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Iniciar o ciclo conforme POP CME Limpeza automatizada realizada na lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar os materiais abundantemente em água corrente e avaliar com auxílio de lupas disponíveis no setor, se os lumens e conexões estão visivelmente limpos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Secar os artigos com ar comprimido e encaminhar para o setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Envolvê-los com envólucros compatíveis ao processo. Fixar etiqueta de identificação conforme documento específico fo setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar esterilização nos ciclos de acordo com as características de cada um dos instrumentais tubulares.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI	Data: 25/05/2022	POP_CME_15

1.5.74 PROCESSAMENTO DAS CANETAS DE BISTURI

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e processamento das canetas de bisturi no setor do Expurgo.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

1.	Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente com autorização da enfermeira responsável do plantão e após preenchimento do documento específico do setor- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar o excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desconectar as peças da caneta de bisturi.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Imergir as pontas das canetas de bisturi na solução enzimática (diluído conforme orientação do fabricante) e deixar durante 10 minutos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar da solução enzimática e friccionar a esponja não abrasiva em todas as partes da caneta de bisturi, se necessário, fazer isso com escova de cerdas macias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar a secagem com compressas limpas na parte externa e com ar comprimido na parte interna.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Encaminhar para o setor de Preparo, conferindo previamente a integridade do mesmo e empacotá-la em grau cirúrgico.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar esterilização no ciclo 121° C.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fixar a etiqueta na parte externa do SMS com fita autoclavável, e se necessário o uso do grau cirúrgico, fixar etiqueta na parte plástica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Dispor os artigos nos racks da autoclave e não compactá-los, obedecendo à distância de 2,5 cm à 5 cm entre os materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Selecionar o ciclo desejado de 121° C, e acionar o dispositivo de fechamento da porta e em seguida o de início do ciclo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Confirmar se a impressora está no ciclo selecionado.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Anotar em documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar da autoclave os pacotes quando estiverem completamente frios, só então removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras correspondentes, de acordo com sua identificação, sem contato com a parede.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS	Data: 25/05/2022	POP_CME_16

1.5.75 PROCESSAMENTO DE SERRAS, PERFURADORES PNEUMÁTICOS, CRANIÓTOMO, DRILL E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização de equipamentos que são utilizados para serrar e perfurar ossos em cirurgias ortopédicas, neurológicas, dentre outras.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber materiais danificados somente após preenchimento de documento específico do setor- Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Retirar excesso de sujidade em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Desconectar cada acessório (motor, peça de mão, protetor, brocas, mangueiras, serra e lâmina) e manter todos no recipiente do equipamento, para evitar perdas.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar as mangueiras com uma esponja embebida com solução de detergente enzimático (diluído conforme orientação do fabricante), enxaguá-las em água corrente, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo, a fim de evitar danos aos rolamentos e engrenagens,	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

	impedindo entrada de água na mangueira (proibido imergir).	
1.	Lavar todos os acessórios manualmente, tais com lâminas, brocas, fresas e serras com o auxílio de escovas apropriadas de cerdas curtas e macias, esponjas não abrasivas e solução de detergente enzimático.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Enxaguar abundantemente os acessórios com água corrente e secá-los com uma compressa.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Lavar os perfuradores elétricos e serras, com bucha não abrasiva e enxaguar com água corrente filtrada (proibido imergir).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar secagem com compressas limpas e ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Fazer a lubrificação do equipamento pneumático com o lubrificante recomendado e realizar teste de funcionalidade com ar comprimido ainda no expurgo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar inspeção visual para observar a presença de resíduos de sujidade e de danos no aparelho.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Comunicar, ao enfermeiro do setor, caso seja observado qualquer alteração no mesmo que possa comprometer seu uso futuro.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Organizar os acessórios no seu próprio recipiente limpo e seco e encaminhá-los para a área de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Envolver com SMS, identificar com documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril, identificando número do lote.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Esterilizar no ciclo 121° C, registrando no documento específico do setor- Controle dos ciclos de esterilização, o número de identificação do perfurador.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

SMS: Spunbond Meltblown Spunbond

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	

Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS	Data: 25/05/2022	POP_CME_17

1.5.76 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS DE TERCEIROS

1. OBJETIVO

Receber e promover o processamento de artigos advindos de terceiros, conforme rotina interna da instituição.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Receber o material a ser processado para o procedimento no setor do Expurgo, com antecedência mínima de 8 horas antes do ato cirúrgico e registrar a entrada do mesmo no caderno de protocolo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
1.	Avaliar e conferir o material junto a enfermeira do plantão, observando a integridade do material e sua composição (barrar materiais danificados, porosos e caixas sem perfuração) e protocolar recebimento.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
1.	Realizar processo de limpeza compatível com o material e orientação da enfermeira do plantão.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Secar na secadora e/ou ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Encaminhar a área de preparo, inspecionar limpeza com auxílio da lupa e envolvê-los, com envólucro correspondente ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar com o documento específico do setor - Etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Realizar o processo de esterilização ou desinfecção conforme especificação do material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Devolver o material ao médico responsável, limpo, ou se ainda estéril, retirar envólucros, registrando sua saída em caderno de protocolo.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_18

1.5.77 RECEBIMENTO E LIBERAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS DO CME

1. OBJETIVO

Padronizar a rotina de recebimento e devolução dos materiais consignados do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Receber os materiais advindos da empresa contratada para o fornecimento dos materiais consignados que necessitam passar por esterilização, na área administrativa do CME. O recebimento das caixas deverão ocorrer até as 20 horas, ou conforme avaliação/liberação do enfermeiro responsável.	Enfermeiro
1.	Descrever no documento específico do setor- Controle de entrada e saída de materiais consignados no expurgo, a relação de caixas e/ou instrumentais entregues pela empresa contratada.	Enfermeiro
1.	Inspecionar e identificar irregularidade do material, e pontuar a empresa contratada para que ocorra a troca pelo material adequado.	Enfermeiro
1.	Verificar se todas as caixas estão identificadas, e se seus respectivos rótulos conferem com o material entregue. Não permitir caixas que não são furadas.	Enfermeiro

1.	Encaminhar as caixas para o setor Expurgo para que seja iniciado o processo de limpeza.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
1.	Verificar na liberação dos materiais consignados todas as caixas, avaliando o processo de limpeza e a presença de instrumentais que não condiz a composição do artigo.	Enfermeiro
1.	Entregar o documento específico do setor - Controle de saída de materiais consignados, constatando que a empresa possa retirar-se do hospital com as caixas e materiais consignados.	Enfermeiro
1.	Preencher todos os campos do documento específico do setor, para que seja lançado baixa (saída) destes materiais.	Enfermeiro
1.	Avaliar periodicamente o cronograma de fornecimento de consignados para a devida solicitação e posterior entrega do material em tempo hábil.	Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS	Data: 25/05/2022	POP_CME_19

1.5.78 PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DOS TECIDOS

1. OBJETIVO

Padronizar o uso de invólucros de tecido de algodão, a fim de garantir um desempenho seguro do tecido com função de biobarreira.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Solicitar via telefone, junto ao setor de Processamento de Roupas, o quantitativo de tecidos necessários para a execução das atividades diárias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
1.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
1.	Receber os tecidos necessários para o processo de esterilização dos materiais utilizados na unidade.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

1.	Separar os tecidos que são utilizados como invólucros, como campo cirúrgico que desempenham a finalidade de proteção e biobarreira do produto esterilizado com o meio externo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Conferir a integridade do tecido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Separar tecidos que apresentarem evidências de furos, rasgos e desgastes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Encaminhar os tecidos impróprios para o uso ao setor de Processamento de Roupas, em sacos plásticos identificados, para as devidas tratativas no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Utilizar embalagem dupla de tecido para o preparo dos materiais.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
1.	Identificar os pacotes com o documento específico do setor- Etiqueta de identificação da embalagem estéril, com validade de 15 dias.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – APECIH. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Resolução – RDC nº 06, de 30 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 30 de janeiro de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS	Data: 25/05/2022	POP_CME_20

1.5.79 LIMPEZA E TESTE DE FUNCIONALIDADE DAS SELADORAS

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de limpeza e validar as seladoras das embalagens plásticas e grau cirúrgico.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3.	Realizar a limpeza semanalmente, no mesmo dia da limpeza terminal do setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
4.	Desligar o aparelho da tomada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
5.	Esperar o resfriamento completo do aparelho.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
6.	Limpar com água e produto fornecido pela higienização, todas as superfícies externas, utilizando o pano multiuso disponível no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
7.	Retirar o resíduo interno da esteira com pano multiuso limpo e secar.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
8.	Ligar a seladora e aguardar o aquecimento.	Enfermeira
9.	Realizar teste de selagem, introduzir o papel grau cirúrgico.	Enfermeira
10.	Ligar a esteira e realizar a selagem.	Enfermeira
11.	Avaliar qualidade da selagem, fixar e registrar no DOC 010 CME Teste da seladora – Grau cirúrgica, e arquivar com devidas observações.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO	Data: 25/05/2022	POP_CME_21

1.5.80 IDENTIFICAÇÃO, RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO

1. OBJETIVO

Padronizar a identificação, recebimento e processamento de materiais de uso único destinado a assistência a saúde do paciente.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

1.	Receber o material destinado ao processo de esterilização ou termodesinfecção, ainda na embalagem e com o rótulo, contendo em seu descritivo informações do produto passível de avaliação.	Enfermeira
2.	Recusar recebimento se no rótulo trazer a seguinte informação: *"PROIBIDO REPROCESSAR"*, conforme estabelece a RDC/Anvisa nº 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e esclarecer ao interessado que este produto não poderá ser reprocessado.	Enfermeira
3.	Avaliar o material e orientar a equipe a cerca do correto preparo e esterilização ou desinfecção do artigo, conforme especificação do mesmo.	Enfermeira
4.	Encaminhar para CPPS os materiais de uso único com intuito de novos reprocessos, os quais serão analisados pela comissão se estes são passíveis de reuso, bem como seu custo/benefício e delimitação do reprocesso.	Enfermeira
5.	Preencher o documento específico do setor- Etiqueta de identificação dos produtos de uso único reuso, sempre que o material de uso único for reprocessado.	Enfermeira
6.	Sinalizar a enfermeira do plantão qualquer falha na integridade e funcionalidade do material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeira
7.	Descartar o produto quando a integridade e funcionalidade estiverem prejudicadas e/ou quando definido pela CPPS.	Enfermeira

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CPPS: Comitê de Processamento de Produtos para Saúde.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006.

BRASIL. Resolução – RDC nº 30, de 15 de fevereiro de 2006.

Consulta Pública nº 17, de 19 de março e3 2004. D.O.U de 22/03/2004.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	

Aprovação :	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_22

1.5.81 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS VENCIDOS NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processamento dos materiais vencidos no CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor

1.	Verificar diariamente as datas dos materiais, dispondo os que vencerão na semana.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Acompanhar através do mapa cirúrgico, a necessidade desses materiais com vencimento próximo, priorizando sua utilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
3.	Encaminhar os materiais vencidos para o expurgo, seguindo o fluxo unidirecional até as 17:00 hs, de forma gradativa, após comunicar enfermeira de plantão. Lançar em planilha específica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Lavar todos os materiais com detergente enzimático e encaminhar para o processo automatizado quando necessário, correspondente a cada tipo de material (lavadoura ultrassônica ou termodesinfectora) atentando para sua integridade e correta composição.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Realizar a enxágue do instrumental em água corrente filtrada quando optado pelo processo da lavadoura ultrassônica.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Secar todos os materiais com compressa, ar comprimido ou encaminhar para secadora.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Encaminhar os materiais para o setor de preparo e esterilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_23

1.5.82 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS EPIs USADOS NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e desinfecção dos EPI's: Luvas de proteção, sapatos, aventais e óculos.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Retirar sujidade da superfície dos EPI's com compressa umedecida em solução de detergente enzimático diluído ao final do plantão.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Remover o resíduo da solução de detergente enzimático com compressa umedecida em água filtrada.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	Secar os EPI's com compressa seca ou ar comprimido.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

4.	Aplicar álcool na parte interna e externa dos EPI's.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Inspecionar, durante o processo de limpeza e desinfecção, possíveis rasgos ou furos que possam comprometer a funcionalidade do EPI, e em caso afirmativo, providenciar a troca junto ao SESMT.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Guardar em local destinado a este fim (cada colaborador será responsável pelo seu EPI).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

EPI's: Equipamentos de Proteção Individual.

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

NR 32. Site do Ministério do Trabalho www.mte.gov.br

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_24

1.5.83 ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE ESCOVAS E ESPONJAS UTILIZADOS NO CME

1. OBJETIVO

Promover a rotina de limpeza e troca das escovas e esponjas utilizadas nos processos de limpeza do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	As esponjas devem ser substituídas a cada 24 horas, no início das atividades do período diurno.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Substituir as escovas sempre que apresentarem sinais de desgaste.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Registrar a troca das escovas em documento específico do setor- Controle de troca de escovas do expurgo.	Enfermeira
6.	Processar as escovas em uso, sempre no início do plantão diurno.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Imergir as escovas no detergente enzimático (diluído conforme instruções do fabricante).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

8.	Realizar a fricção com auxílio de outra escova em processo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
9.	Enxaguar em água filtrada e encaminhar a termodesinfecção.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
10.	Dispor as mesmas em bandejas aramadas e inserir na termodesinfectadora para que seja realizado a limpeza automatizada na termodesinfectora diariamente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
11.	Retirar da termodesinfectora e encaminhar para uso	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_25

1.5.84 LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL NO CME

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza concorrente e terminal de todas as áreas do setor CME, objetivando a redução da sujidade e minimizando a possibilidade de contaminação ambiental de todas as superfícies horizontais e verticais.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Paramentar conforme POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Realizar limpeza concorrente diariamente e sempre que necessário, em conjunto com equipe da higienização. OBS.: Realizar a limpeza das bancadas no início do plantão friccionando o pano multiuso com solução de álcool a 70%.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Higienização
3.	Realizar limpeza terminal semanalmente, em conjunto com equipe da higienização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
4.	Auxiliar os colaboradores da higienização na limpeza terminal, afastando prateleiras, armários e cobrindo artigos. Compete a equipe do setor de higienização a limpeza de teto, paredes, pisos, armários e prateleiras desocupadas. OBS.: Os armários deverão ser desocupados e os materiais devem ser encaminhados para o expurgo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Higienização

5.	Higienizar prateleiras, equipamentos e máquinas de todos os setores do CME semanalmente, nos quais estes devem ser executadas pela equipe do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Executar a limpeza, do arsenal, cujas, prateleiras devem ser limpas diariamente, de forma gradativa, conforme identificado no setor. Avaliar também a integridade e validade dos pacotes, os quais, devem ser manipulados de forma cautelosa, para evitar dano ao material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Limpar as autoclaves semanalmente, iniciando na parte externa com pano umedecido, secar com pano seco e aplicar lubrificante (somente na parte externa).	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
8.	Higienizar a secadora, quando fria, internamente e externamente com pano úmido (água filtrada) e outro seco, atentando para integridade da máquina.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONANDO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (APECIH), higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos do serviço de saúde, São Paulo, 2013.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	Sara Gonçalves Reis Enfermeira Intensivista	25/05/2022	
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022	
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022	

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME	Data: 25/05/2022	POP_CME_26

1.5.85 MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DO CME

1. OBJETIVO

Definir o procedimento para execução dos trabalhos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do CME.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Informar a equipe de enfermagem, com 24 horas de antecedência, sobre a manutenção preventiva, após agendado pela engenharia clínica da unidade.	Enfermeiro
2.	Desligar a máquina escolhida do dia, às 02 horas da manhã, para início da manutenção às 08 horas, pois a máquina deverá estar fria, passível de manuseio.	Enfermeiro
3.	Acompanhar o trabalho de revisão dos equipamentos.	Enfermeiro

4.	Apresentar e apontar as alterações e observações importantes a coordenação de enfermagem da CME.	Enfermeiro
5.	Realizar Bowie Dick, após término da manutenção. Se resultado satisfatório liberar máquina e comunicar equipe.	Enfermeiro
6.	Iniciar ciclos com biológico diário.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem / Enfermeiro
7.	Solicitar e acompanhar trocas dos filtros das torneiras do CME, mensalmente e/ou quando identificar alteração na coloração ou aspecto da água.	Enfermeiro
8.	Registrar no DOC 028 CME Controle de troca do filtro de torneiras do CME, a data, horário, local da torneira, nome do responsável pela empresa, nome do responsável do CME e se necessário acrescentar observações pertinentes de descrição.	Enfermeiro
9.	Acompanhar a coleta de água semestralmente por laboratório terceirizado selecionado pela unidade, e, pontos já pré definidos (pré osmose e pós osmose) para o processo de qualidade da água usada no CME.	Enfermeiro
10.	Analisar resultados dos testes realizados da água e se resultado insatisfatório, em conjunto com CCIH deverá solicitar limpeza e troca dos filtros. Verificar a limpeza das caixas de água e requisitar nova coleta. Até que o resultado seja satisfatório o uso desta água deverá ser suspensa.	Enfermeiro

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

Portaria 2914 de 12/12/2011 – MINISTÉRIO DA SAÚDE dispõe sobre os procedimentos de controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaboração:	**Sara Gonçalves Reis** **Enfermeira Intensivista**	**25/05/2022**
Validação:	Jovani Gomes Ferreira Junior Gerente Assistencial	25/05/2022
Aprovação:	Dr. Jose Fernando B. Folgosi Diretor Técnico	25/05/2022

Histórico de revisão

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Setor: CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Versão nº 01 Revisão nº 00	Cópia Controlada
Assunto: TRATAMENTO DE EXPLANTES	Data: 25/05/2022	POP_CME_27

1.5.86 TRATAMENTO DE EXPLANTES

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização dos produtos para saúde oriundos de explantes, a fim de atender as exigências da RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	Realizar higienização das mãos, conforme protocolo institucional.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
2.	Paramentar-se conforme o POP CME Rotina para adentrar na área do CME.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
3.	Receber o material devidamente identificado com documento específico do setor- Etiqueta de identificação de explantes.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

4.	Desmontar cuidadosamente o produto sempre que possível, caso possua reentrâncias, lumens, utilizar escovas de diâmetros e comprimento adequados.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
5.	Proceder a limpeza manual dos artigos, utilizando detergente enzimático (diluído conforme orientação do fabricante) e escovas adequadas para cada material.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
6.	Enxaguar abundantemente em água corrente.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
7.	Colocar na termodesinfectora no ciclo para instrumentais e em rack destinado a instrumental.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
8.	Secar o produto inspecionando condições de limpeza e encaminhar para o setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
9.	Envolver em papel grau cirúrgico e selar.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
10.	Alimentar planilha específica do setor - Controle de retirada e esterilização dos explantes, com todos os dados descritos no DOC 018, passível de rastreabilidade.	Enfermeiro
11.	Identificar o produto com etiqueta específica do setor- Etiqueta de Identificação da embalagem estéril.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
12.	Armazenar temporariamente no contêiner disponível no setor de preparo.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
13.	Acionar coleta dos explantes ao setor de Higienização, responsável pelo serviço de coleta de resíduo interno via ramal disponível no setor.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

14.	Preencher documento específico do setor- Termo de entrega dos explantes devolvidos, caso seja solicitado pelo paciente, com devidas orientações de proibido reutilização.	Auxiliar ou Técnico em Enfermagem

3. AÇÕES CORRETIVAS

- Não aplicável.

4. SIGLAS

- Não aplicável.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de março de 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004.Diário Oficial da União. Brasília, 10 de dezembro de 2004.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

6. ANEXOS

- Não aplicável.

Histórico de revisão		
Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

1.5.87 Controle de data limite de utilização

Rotina/Procedimento

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO -

POP 01

CME – Controle de data limite de utilização	
EXECUTANTE:	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:

Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida do processo de esterilização.

Etapas do Processo:

Data limite de uso do produto esterilizado: é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;

Tecido de algodão- 7 dias Embalagem Tyvec e papel grau cirúrgico- validade 03 meses Embalagens SMS - validade de 6 meses O tempo de vida só deve ser considerado se a embalagem estiver íntegra. A perda da esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote. Disponibilizar identificação do processo e prazo de validade (2 meses para SMS e 03 meses para papel grau cirúrgico e tyvec) a partir da data de preparo. Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente, e nas demais embalagens, na última semana do mês, retirando os materiais a vencerem em 5 dias e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens. Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens).

Responsável pelo processo:
Equipe de enfermagem

1.5.88 Leitura de teste Biológico

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 02 CME – Leitura de teste Biológico	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Monitorar o processo de esterilização

Etapas do Processo:
Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico semanalmente, na primeira carga do dia e em pacotes disponíveis pelo CME. Colocar a ampola-teste dentro do pacote-teste e processe-o juntamente com o restante da carga. Retirar a ampola-teste do pacote processado no vapor e deixar resfriar por 10 minutos. Posicionar a ampola-teste inclinando-a (ângulo de 45o) na posição central do compartimento específico. Empurrá- la para frente. A ampola de vidro quebrará no interior da ampola de plástico. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente á tira com bacilo.Incubar o indicador biológico nos compartimentos. Proceder da mesma forma para uma ampola não processada, para utilizá-la como controle-positivo. Observar resultado positivo para a ampola controle, ao final de 12 horas Observar resultado negativo para a ampola teste , ao final de 12 horas Observar resultado negativo para a ampola teste, ao final de 24 horas, com permanência de coloração azul púrpura. Observar resultado positivo para a ampola teste, ao final de 24 horas, com mudança de coloração azul púrpura para amarelo. Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros. Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado. Descartar as ampolas em caixa de perfuro-cortantes.

Responsável pelo processo:
Equipe de enfermagem

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 03	
	CME – Leitura do integrador químico Classe 05	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Efetuar a monitorização das condições de esterilização a vapor para liberação de carga

Etapas do Processo:
Utilizar no primeiro ciclo de cada dia.
Acondicionar o integrador dentro de um pacote individual.
Acondicionar todos os instrumentos cirúrgicos dentro da autoclave de modo que não ultrapasse 80% de sua capacidade.
É importante que o **indicador** seja posicionado junto ao material que será esterilizado em locais diversos da autoclave, de preferência nos pontos de maior dificuldade de acesso para o vapor saturado
Avaliar mudança de cor, o quadrado que antes rosa, agora deve ser igual ou mais escuro que a cor da flecha indicativa.

Caso não ocorra a mudança de cor, todo material deve ser esterilizado novamente com nova tira de integrador. Registre o resultado na ficha de monitoramento.

Responsável pelo processo:
Equipe de enfermagem

1.5.89 Limpeza de Instrumentos para esterilizar

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 04 CME – Limpeza de Instrumentos para esterilizar	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Remover a sujidade dos materiais

Etapas do Processo:

Limpeza Manual:
Fricção com escova macia e/ou esponja, atentando para ranhuras, articulações, concavidades e lumens do material. Ex: Instrumentais, circuito respiratório, etc. O artigo deve ser imerso, por completo, em água com detergente enzimático ou sabão neutro líquido, friccionado, enxaguado em água corrente abundante e seco.
Observação: Após a limpeza, deve ser feita revisão de todo material, com cuidado especial para ranhaduras e lumens, para detecção de sujidade; A escolha da alternativa de limpeza deve levar em conta a realidade de cada unidade e a natureza do artigo a ser processado; O uso dos EPIs pelo servidor, é obrigatório nesta fase.

Secagem: Deve ser feita rigorosamente utilizando-se:
• Pano limpo e seco; • Secadoras de ar quente; • Ar comprimido.

Produtos de limpeza:
Detergente Neutro:
São produtos que contém tensoativos em sua formulação, com a finalidade de limpar através de redução da tensão superficial, umectação, dispersão, suspensão e emulsificação da sujeira.
Detergente Enzimático:
À base de enzimas e surfactantes, não-iônico, com pH neutro, destinado a dissolver e digerir sangue, restos mucosos, fezes, vômito e outros restos orgânicos de instrumental

cirúrgico, endoscópios e artigos em geral. As enzimas que promovem a quebra da matéria orgânica são basicamente de três tipos:

1- Proteases: decompõem as proteínas

2- Amilases: decompõem os carbohidratos

3- Lipases: decompõem as gorduras

1.5.90 Empacotamento dos materiais

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 05	
	CME – Empacotamento dos materiais	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Garantir a esterilidade do material.

Empacotamento:

Peso máximo de 5 Kg;

Embalagem adequada ao volume do material.

Não deixá-los muito apertados, para que o agente esterilizante possa penetrar facilmente nem muito folgados para que não se desfaçam, permitindo contaminação durante o manuseio.

Papel grau:

É um laminado com duas faces de papel (uso industrial) ou uma face de papel e outra com filme transparente.

Permeável ao vapor e óxido de etileno;

Resistente a temperaturas de até 160º C;

Impermeável a microorganismos, oferecendo segurança ao material esterilizado;

Validade de esterilização de acordo com as condições de estocagem e integridade da embalagem;

Não pode ser reaproveitado porque torna-se impermeável ao agente esterilizante após uma esterilização;

O ar deve ser removido ao máximo da embalagem para evitar ruptura dos pacotes por expansão do mesmo.

Identificação:

Todo o material a ser esterilizado deve ser identificado na própria fita (ou etiqueta) adesiva com os seguintes dados:

- Identificação do material (curativo, etc);
- data;
- assinatura legível do servidor que preparou.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO -

	POP 06 CME – Limpeza de tubos de aspiração e oxigenio (silicone ou látex)	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:
Remover a sujidade dos materiais

Etapas do Processo:
Após uso, passar em jato de água corrente imediatamente, para retirar excesso de matéria orgânica; • Imergir em solução de sabão neutro de 20 a 30 minutos; • Levar para pia, friccionando toda extensão da borracha para retirada total da sujidade; • Enxaguar em água corrente; • Colocar para escorrer o excesso de água em suporte; • Encaminhar para preparo, após inspeção visual; • Todo tubo usado em procedimento de grande sujidade (pús, fezes, etc) deve ser desprezado no local do procedimento; • Os tubos novos devem ser lavados antes do preparo; • Separar por tamanho (máximo 1,50m), enrolar em círculo frouxo • Fixar e identificar • Encaminhar para esterilização

OBS: As borrachas deverão ser preparadas ainda úmidas internamente, para facilitar a penetração de vapor no lúmem.

1.5.91 Desinfecção química de material

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
	USO DO ACÍDO PERACÉTICO	
	EXECUTANTE: EQUIPE DE ENFERMAGEM	Emissão: 20/09/21 Revisão: 20/09/22

Objetivo:
Promover processo de desinfecção de alto nível dos artigos semicríticos, por meio de imersão em ácido peracético 0,25%.

Recursos necessários:
EPIs; Solução de ácido Peracético; Recipiente de polietileno ou similar, com tampa; Água potável;

Compressas gaze não estéreis;

Frasco graduado ou Seringa 20ml;

Saco plástico;

Pinça longa;

Etapas do Processo:

Diluição do Produto:

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com os

Colocar água potável no recipiente, de acordo com o volume desejado e concentração do ácido disponível, conforme tabela abaixo;

Utilizar o frasco graduado ou seringa para medir o volume de Ácido Peracético concentrado;

Adicionar o ácido concentrado (com cuidado para não respingar) no recipiente com água;

Identificar o recipiente contendo: nome da solução, data, horário, nome e assinatura de quem preparou.

Volumes para preparar UM LITRO de solução pronta para uso (0,25%):

Concentração do Ácido disponível na Unidade	Volume Ácido Concentrado	Volume Água
3%	83ml	917ml
4%	62,5 ml	937,5 ml
4,5%	55,5 ml	944,5 ml
5%	50 ml	950 ml

Testagem do Produto:

Higienizar as mãos;

Diariamente, antes da utilização, fazer validação com fita para medir a concentração de Ácido Peracético visando verificar a conformidade da concentração;

Mergulhar a região absorvente da fita na solução diluída por 01 segundo.

Remover o excesso da amostra agitando cuidadosamente.

Após 30 segundos comparar a cor da ponta da fita com as cores padrões que constam no frasco; □ Se concentração estiver adequada (cor mais escura), seguir para utilização;

Se concentração estiver inadequada, descartar a solução e realizar nova diluição.

Utilização:

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com os EPIs indicados

Desconectar as peças e lavar o material com água e sabão antes da exposição ao agente desinfetante;

Enxaguar o material abundantemente em água corrente, para remoção completa do de detritos;

Deixar escorrer a água do material e/ou secar com compressa de gaze, a fim de não deixar água no material evitando a diluição da solução;

Imergir totalmente o material na solução de ácido peracético;

Tampar o recipiente;

Respeitar o tempo de exposição definido pelo fabricante (10 à 30 min);

Retirar (utilizando luvas de procedimento e óculos de proteção) o material da solução com auxílio da pinça longa;

Enxaguar (utilizando luvas e óculos de proteção), os artigos com água limpa em abundância, para remover o odor e qualquer resíduo químico do ácido peracético, que possa causar danos à pele e mucosas.

Secar com compressa de gaze;

Acondicionar material em saco plástico;

Rotular com a data da embalagem e nome do profissional responsável;

Higienizar as mãos;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Precauções para manuseio seguro

Não deve entrar em contato com materiais orgânicos;

Manter afastado do calor (atenção: pode incendiar sobre ação do calor);

Manter afastado de produtos incompatíveis (ácidos, bases, metais, sais de metais pesados, sais de metal em pó, agentes redutores e materiais inflamáveis); Medidas de higiene

Em caso de derramamento, remover imediatamente a roupa e os sapatos contaminados;

Lavar o vestuário contaminado antes de voltar a usá-lo;

Não comer, beber ou fumar durante o uso

Derramamentos:

Em caso de derramamento evacuar a unidade imediatamente e entrar em contato com o SESMT

Em caso de intoxicação entrar em contato com CIT - Goiás - **0800-646-4350**.

Responsável pela elaboração: Natalia Bolonhini		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

1.6 SCIRAS

1.6.1 Protocolo - REGIMENTOINTERNO SCIRAS

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º- A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) por determinação do Regimento Interno é um órgão de assessoria da Diretoria Clínica e Administrativa, sendo de sua competência:

1. Planejar, estudar e implementar ações de prevenção e controle de infecções hospitalares;

2. Implementar e desenvolver a melhoria da qualidade dos serviços e da assistência prestada ao paciente;

3. Notificar e investigar casos de doenças sob vigilância e agravos inusitados à saúde atendidos no Hospital e auxiliar na implementação de medidas de prevenção e controle das doenças de notificação compulsória de acordo com as normas do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria municipal da Saúde;

4. Racionalizar o uso de antimicrobianos no Hospital;

5. Promover educação continuada e treinamentos.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) é composta por:

1. Um Presidente indicado pelo Diretor Clínico;

2. Um Secretário;

3. Um Representante da Diretoria Administrativa;

4. Um Representante da Farmácia;

5. Um Representante do Laboratório de Microbiologia;

6. Um Representante da Chefia de Enfermagem;

7. Membros do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS).

Art 3º - O núcleo executivo da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) será formado por:

1. Um médico com experiência comprovada em controle e prevenção de infecções hospitalares;

2. Um enfermeiro com experiência em controle e prevenção de infecções hospitalares.

§ 1. Compete à Diretoria Geral e Administrativa do Hospital indicar os profissionais que farão parte da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

§2. Compete à Diretoria Geral e Administrativa do Hospital oferecer condições adequadas de infraestrutura (local adequado, material de consumo e permanente) para o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

§ 3. O Presidente da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde terá mandato de 2 (dois) anos, sendo permitido a recondução. A indicação destes cargos ocorrerá no mês de janeiro dos anos pares.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º- Do Presidente:

1. Convocar e presidir as reuniões da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

2. Estabelecer o dia para as reuniões;

3. Dirigir os trabalhos da Comissão;

4. Assinar toda documentação relacionada à Comissão;

5. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

Art. 5º- Da secretária:

1. Receber, registrar, distribuir, expedir e arquivar documentos e processos;

2. Manter o arquivo em ordem;

3. Auxiliar os membros da Comissão na aquisição, digitação e elaboração de documentos;

4. Fazer as correspondências da Comissão.

Art. 6º- Do Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Núcleo Executivo):

Ao SCIRAS compete:

1. Elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares;

2. Implantar e manter um sistema de Vigilância Epidemiológica adequado às características do Hospital;

3. Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas de prevenção e controle;

4. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;

5. Aplicar medidas técnico-administrativas para controlar e prevenir a disseminação de microorganismos responsáveis por infecções hospitalares através de medidas de precauções/ isolamento;

6. Participar da elaboração do formulário terapêutico do Hospital de modo a garantir que contenha os antimicrobianos necessários para o tratamento dos processos infecciosos dos pacientes do Hospital;

7. Elaborar e implementar estratégias capazes de minimizar os riscos profissionais adquirir em microorganismos no ambiente hospitalar;

8. Atuar junto com os diversos serviços do Hospital em programas de Educação Continuada;

9. Promover uma base sistemática e integrada de análise e discussão, visando à melhoria da qualidade dos serviços, da assistência prestada ao paciente e a satisfação dos clientes;

10. Desenvolver e aplicar diretrizes clínicas práticas, protocolos, de modo a maximizar a qualidade da assistência prestada, bem como contribuir na formação de profissionais, minimizando os custos e otimizando os recursos;

11. Buscar ativamente os casos suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica e agravos inusitados à saúde atendidos no hospital (ambulatórios, enfermarias e pronto socorro) e notificá-los, a nível local, cumprindo os fluxos da Secretaria municipal de Saúde;

12. Preencher os impressos próprios do Sistema de Vigilância Epidemiológica;

13. Divulgar informações fornecidas pelo Centro de Vigilância Epidemiológica sobre comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância, ao corpo clínico do Hospital;

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde se reunirá, no mínimo, mensalmente, em sessões abertas, com a diretoria clínica e/ou administrativa do Hospital para discussão e promoção de ações para o cumprimento do Art. 1º.

Art. 8º - As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo Diretor Clínico ou pelo presidente, através de memorando protocolado.

Art. 9º - A Comissão deverá participar de grupos de estudos, programas regionais e nacionais de controle e prevenção de infecção hospitalar, de desenvolvimento de qualidade e de vigilância de doenças de notificação compulsória.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 11- Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO:

Nome emissor:	Nome aprovador:
Ass. emissor:	Ass. Aprovador:

1.6.2 Protocolo - PRO.003.SCIRAS USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO

1. OBJETIVO:

1.1. Garantir o controle dos antimicrobianos a serem utilizados na instituição, bem como das condutas (guias terapêuticos e protocolos de tratamento).

1.2. Promover orientações para o uso racional de antimicrobianos terapêuticos e profiláticos, visando reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente) e minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência na Unidade.

1.3. Promover o uso racional de antimicrobianos, de forma a minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência.

1.4. Reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente).

2. APLICAÇÃO:

2.1. Este protocolo deverá ser aplicado nas diferentes áreas de atendimento ao usuário: Urgência/Emergência/Observação, Unidade de internação, UTI's, e na necessidade do uso profilático sempre que necessário.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **ATM:** Antimicrobiano.

3.2. **SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde

3.4. **CCIRAS:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde.

3.5. **Tratamento profilático:** é o nome que deriva do termo profilaxia, a qual é de origem grega *prophýlaxis* e significa cautela. Deste modo, profilático é o mesmo que prevenir algum mal ou doença por meio de ações e tratamentos específicos.

3.6. **Tratamento terapêutico:** o nome de terapêutica, por conseguinte, à especialidade médica encarregada dos meios para o tratamento de males e afecções com a finalidade de conseguir curar, tratar ou pelo menos minimizar os sintomas.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. A responsabilidade da aplicação deste "Protocolo do uso Racional de Antimicrobianos" é dos prescritores de antimicrobianos. A verificação à adesão e eficácia deste protocolo será realizada pela Farmácia e o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde-SCIRAS.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. Este protocolo não se aplica a pacientes que não estejam com diagnóstico clínico, laboratorial ou de imagem de infecção ou aqueles que não farão uso de antimicrobianos. Estes deverão ser excluídos do protocolo.

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

6.1. Após realizar a Prescrição médica, o médico prescritor/plantonista preencherá a solicitação de uso de antimicrobiano, contendo TODAS as informações necessárias, em DUAS vias. Obs: Cada antimcrobiano terá seu impresso preenchido;

6.2. O profissional de Enfermagem/ auxiliar administrativo fará a entrega da ficha ao serviço de Farmácia, que realizará a conferência se está devidamente preenchida e libera as primeiras doses do antimicrobiano. Em caso de preenchimento incompleto a ficha será devolvida ao médico para adequação, o antimicrobiano não será liberado até o preenchimento correto da ficha;

6.3. Médico auditor realizará a avaliação diária de 3ª, 4 ª e as 6ª-feiras (dias úteis) das fichas de solicitação de antimicrobianos (2 vias) entregues no setor de farmácia hospitalar (central).

6.4. A farmácia fará a liberação dos antimicrobianos por até 72 horas até a avaliação do médico auditor, exceto os medicamentos de alto custo. **Obs:** Em caso de medicamentos de alto custo: Anfotericina, Daptomicina, Vancomicina, Teicoplamina, Polimixina B e Micafungina liberação somente será feita pelo Infectologista, que estará disponível por meios alcançáveis.

6.5. Após análise da Ficha de Solicitação de ATM, assinalar o item USO AUTORIZADO ATÉ, definindo a data de uso ou assinalar o item USO NÃO AUTORIZADO, conforme a definição do caso, carimbar e assinar a Ficha de Solicitação;

6.6. Para as fichas que apresentem incoerências quanto à prescrição, dosagem, carimbo do médico solicitante ou justificativa para uso do ATM, realizar a observação pertinente na Ficha de Solicitação de Antimicrobiano, no subitem Recomendações ao profissional solicitante e o antimicrobiano será bloqueado até a adequação da prescrição pelo médico prescritor/plantonista;

6.7. Cabe ao médico prescritor/plantonista a atualização diária da prescrição médica, para que o de tempo uso de antimicrobiano seja coerente com o solicitado na ficha, se houver necessidade de prolongar o uso, o médico prescritor/plantonista deve preencher nova ficha de solicitação de antimicrobiano seguindo o mesmo fluxo, é imprescindível em prescrição médica conter o dia vigente/ dia de término;

6.8. Fazer o armazenamento das 2ª vias das fichas de antimicrobianos, após parecer do médico auditor do SCIRAS, em ordem alfabética nas pastas de consulta (autorizadas e vencidas) para a equipe da farmácia, durante dispensação dos antimicrobianos para os setores;

6.9. Providenciar o recolhimento das 1ª vias das fichas para registro de dados no livro do SCIRAS e devolução das mesmas ao prontuário do paciente com o parecer do auditor, para conhecimento do médico prescritor.

6.10. Fazer o controle dos incidentes relacionados à Prescrição de ATM, conforme descrição a seguir, e encaminhar ao Núcleo de Segurança do Paciente:

6.10.1. POSOLOGIA ERRADA
6.10.2. DILUIÇÃO ERRADA
6.10.3. TEMPO DE USO INADEQUADO
6.10.4. APRESENTAÇÃO ERRADA
6.10.5. NÃO JUSTIFICADO/INDICAÇÃO ERRADA
6.10.6. DISCORDÂNCIA FICHA/PRESCRIÇÃO
6.10.7. DOSE MAIOR
6.10.8. DOSE MENOR
6.10.9. NOME ATM (ESCRITA ERRADA)

6.10.10. COBERTURA INADEQUAD

6.10.11. VIA DE ADMINISTRAÇÃO ERRADA

6.10.12. ASSOCIAÇÃO INADEQUADA

6.10.13. VELOCIDADE DE INFUSÃO

6.10.14. AUSÊNCIA DE ASSINATURA PRESCRITOR

6.10.15. NÃO SOLICITAÇÃO POR INFECTOLOGISTA*

6.10.16. TOTAL DE OCORRÊNCIAS

6.10.17. TOTAL DEFICHAS AVALIADAS

6.11 Obs: Antimicrobianos não padronizados pela instituição, devem primeiramente, ser avaliados pela comissão de farmácia terapêutica. Depois de padronizados, automaticamente serão inclusos na lista de antimicrobianos de uso restrito.

6.12 O antimicrobiano Cefazolina/ Cefalotina está destinado apenas para o uso profilático em cirurgia.

6.13 Indicações de antimicrobiano por patologia:

6.13.1 Infecções de pele e parte moles

Infecções de pele e parte moles			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Erisipela	Strepto	Penicilina cristalina 500mg 6/6h por 5 -7 dias Ou Cefalotina 1 g 6/6 h por 5 - 7 dias	Ceftriaxona 2 g 24/24 h po 5 – 7 dias
Celulite	Stafilo	Oxacilina 2g 4/4h por 5-7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Sind. Fournier	Clostridium	Pen cristalina 3 milhões 4/4 h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias

Sind. Fournier	Gram neg	Ceftriaxona 2g 24/24h por 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 dias
Fasciite necrotizante	Strepto grupo A	Pen cristalina 3 milhões 4/4 h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Fasciite necrotizante	Strepto	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias	
Leishmaniose cutânea/ mucosa	Leishmania	Glucantime 15mg kg/dia 24/24h por 20 dias (IM ou IV)	Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 1 mg/ kg dia ou em dias alternados até atingir a dose total de Forma cutânea: 1 a 1,5g Forma mucosa: 2,5 a 3g NÃO UNTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA

6.13.2 Infecções pulmonares

Infecções pulmonares			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Pnm comunitária	Pneumococo Moraxela influenza	Amoxicilina 500mg/clavulanato 125mg 8/8 h + Claritromicina 500mg 12/12 h por 5 – 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias
Pnm aspirativa		Ceftriaxona 2g 24/24h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias

Pnm hospitalar precoce		Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 5 – 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO (SPSE) Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Dpoc exacerbado		Ceftriaxona 2g 24/24h + Claritromicina 500mg 12/12 h por 5 – 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24 h por 5 – 7 dias
Dpoc exacerbado hospitalar	Pseudomonas Klebsielaspp	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 5 – 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 dias
Pneumonite viral	H1N1	Olsetamivir 75 mg 12/12 h por 5 dias	
Tuberculose pulmonar	M. tuberculoses	RIPE 4 cp> 45 kg em jejum por 6 meses	

6.13.3 Infecções trato urinário

Infecções trato urinário			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Bacteriúria assintomática (procedimento em rins ou vias urinarias)		Ceftrixona 2g 24/24 h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Bacteriúria assintomática gestante		Cefalexina 500mg 6/6 h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias

Itu baixa comunitária Cistite	Cândida	Fluconazol 200mg24/24h 14 dias	Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/ kg dia por 14 dias NÃO UNTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA
Itu alta comunidade Pielinefrite	Cândida	Fluconazol 400mg 24/24h 14 dias	Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/ kg dia por 14 dias NÃO UNTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA
Itu baixa comunitária Cistite		Nitrofurantoina 100mg 6/6h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Itu alta comunidade Pielinefrite		Ceftrixona 2g 24/24 h por 14 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 14 dias
Itu alta associada SVD		Cefepime 2g 8/8h por 7- 10 dias	Ciprofloxacino 400mg 12/12h por 7-10 dias
Abscesso renal		Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 10-14 dias	Meropenem 1g 8/8h por 10-14 dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO Vancomicina 1 g 12/12 h por 10-14 dias

6.13.4 Infecções sistema nervoso central

Infecções sistema nervoso central			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Meningite < 1 mes		Ampicilina 75-100mg/kg + cefoxetina 75mg/kg 6/6 h por 14 dias	

Meningite > 1 mes		Ceftriaxone (100mg/kg/d)2g 12/12 h por 14 dias	Meropenem (40mg/kg) 2g 8/8h por 14 dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO Vancomicina (15mg/kg) 750mg 6/6 h por 14 dias
		Avaliar uso de corticoterapia	
Meningite viral	Sem indicação		
Pôs cirúrgica ou trauma	S. aureus ou coagulaseneg	Vancomicina 1g 12/12h+ ceftazidima 2g 8/8h por 14 dias	
Encefalite viral	Herpes vírus	Aciclovir 10mg/kg 8/8h	
Abscesso cerebral		Ceftriaxone 2g 12/12h + oxacilina 2g 4/4h + metronidazol 500mg 8/8h por 4 – 8 semanas	Vancomicina 1g 12/12h+ ceftazidima 2g 8/8h por 4 -4 semanas
Meningite tuberculosa	M. tuberculoses	RIPE	

6.13.5 Infecções pé diabético e insuficiência venosa

Infecções pé diabético e insuficiência venosa			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa

Comunitária	S. aureus	Cefalexina 1g 6/6h ou Amox 500 + clav125 8/8 h ou	Clindamicina 600 6/6h ou Bactrim 800mg 12/12h por 28 dias
IRAS	S. aureus Gram neg Enterobacterias Anaeróbios	Ceftriaxona 2g 24/24h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 28 dias	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h por 28 dias

6.13.6 Infecções Intra-abdominais

Infecções Intra-abdominais			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Diverticulite		Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colecistite aguda ou colangites	Enterobacterias + enterococcus + anaerobios	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

Colangite **Após manipulação da via**	Pseudomonas	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Pancreatite aguda leve	Sem indicação		
Pancreatite grave	30% necrose em tomo	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

6.13.7 Infecções Intra-abdmoninais

Infecções Intra-abdominais			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Diverticulite		Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colecistite aguda ou colangites	Enterobacterias + enterococcus + anaerobios	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

Colangite **Após manipulação da via**	Pseudomonas	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Pancreatite aguda leve	Sem indicação		
Pancreatite grave	30% necrose em tomo	Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h

6.13.8 Infecções óssea e articulações: osteomielite e artrite séptica

Infecções óssea e articulações: osteomielite e artrite séptica			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Hematogênica aguda		Ceftriaxone 2g 24/24h + oxacilina 2g 4/4h por 4 a 6 semanas	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 4 a 6 semanas
Crônica		Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 6 meses	
Pôs operatória		Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 4 a 6 semanas	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
artrite aguda		Ceftriaxone 2g 24/24h + oxacilina 2g 4/4h por 4 a 6 semanas	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Artrite gonocócica	gonococo	Ceftriaxone 2g 24/24h por 14 dias	

6.13.9 Infecções cardíacas

Infecções cardíacas			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Endocardite válvula nativa	Em pacientes sem doença aguda ou falha cardíaca, aguardar cultura	Ceftriaxone 2g 24/24h + Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h por 4 semanas	Daptomicina 8mg/kg dia Modificar antibiótico orientado pelo resultado da hemocultura
Endocardite em válvula protetica		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h por 4 semanas + gentamicina 1mg/kg 8/8h por 6 semanas	

6.13.10 Infecções da corrente sanguínea

Infecções da corrente sanguínea			
	Germe	Antibiótico 1ª opção	Alternativa
Associada cateter venoso central		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h + Piperacilina / tazobactam 4,5g 8/8 h	Modificar antibiótico orientado pelo resultado da hemocultura
Não assoaicada a cateter venoso		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h + Piperacilina / tazobactam 4,5g 8/8 h	

6.14 Antibioticoprofilaxia cirúrgica

6.14.1 A padronização e utilização dos antimicrobianos em respectivos casos tem como objetivo diminuir a incidência de infecções, particularmente em ferida operatória. este antimicrobiano deve ser administrado de 0-60 min antes da incisão cirúrgica para garantir nível sérico adequado durante o ato cirúrgico.

6.14.2 Um dos aspectos críticos da antibioticoprofilaxia cirúrgica e a escolha adequada, a dose adequada para o peso do paciente e a manutenção de níveis terapêuticos durante a cirurgia. A droga de escolha para unidade em sua maioria dos casos será a cefazolina e a dose devera se de 1g para < 70kg e 2g para >70 kg. Na grande maioria dos casos a dose única será suficiente, contudo em cirurgias longas, repetir o atb a cada 4 horas de cirurgia e em caso de sangramento > de 1 litro. A profilaxia não deve ser estendida por 24 horas a não ser em caso de uso de próteses.

6.14.3 Cefazolina e a Primeira escolha, porém a escolha pode variar de acordo com procedimento cirúrgico e para pacientes com alergia a cefalosporinas substituímos cefazolina por clindamicina 900mg ou vancomicina 1g e a ceftriaxona por ciprofloxacino 400 mg iv.

6.14.4 Em crianças a dose de cefazolina será de 25mg por kg de peso.

6.14.5 Atenção para o uso de doses maiores nos OBESOS > 120 Kg (3g cefazolina ou cefoxitina; 2,25g cefuroxima; 2g vancomicina; 2g ceftriaxona). Para pacientes com RISCO DE COLONIZAÇÃO por BACTÉRIAS RESISTENTES (internação prolongada, uso recente de antibióticos, etc.) sugerimos discutir a profilaxia com a CCIH.

6.14.6 Antibioticoprofilaxia por tipo de cirurgia:

6.14.6.1 Cirurgia do Aparelho digestivo

Cirurgia aparelho digestivo					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cirurgia esofagiana	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	DOSE UNICA	Não indicado	Intraoperatório
Cirurgia colorretais	Ceftriaxona + Metrinidazol	2g 500mg	1g 12/12h 500mg 6/6h	1g 12/12h 500mg 8/8h	24 horas
Hérnia	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	Não indicado	Não indicado	Dose unica
Colecistectomiavideolaparoscopica	Não indicado				
Colecistectomia viodeolaparoscopica complicada (> 60anos e ou inflamação aguda / obesidade /desnutriçã o /diabetes	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório
Colecistectomia aberta	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório

Apendicectomia	Não indicado profilaxia e sim tratamento				
Gastrostomia	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	Não indicado	Não indicado	Dose unica

6.14.6.2 Cirurgia ortopédica

Cirurgia ortopédica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cirurgia limpa (sem prótese)	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Próteses: quadril, joelho, outras **Obs.: checar urocultura e tratar, se necessário, no pré-operatório**	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Manipulação de tecidos infectados por *S. aureus* em portadores de próteses ortopédicas	Sens OXA – cefazolina 2g	2g EV	1g 4/4 h	Não indicado	Intraoperatório
	Res OXA - vancomicina 1g EV 1g 12/ 12 h	1g EV	1g 12/ 12 h		

Revisão de artroplastia por suspeita de infecção	Vancomicina + Ceftazidima	15mg/Kg EV	1g 12/12h	1g 12/12h	5 dias Reavalição após resultado da cultura
		2g EV	2g 8/8h	2g EV 8/8h	
Cirurgia eletiva com implante ou manipulação óssea	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Neuropatias compressivas cisto sinovial	Sem indicação				
Fratura exposta grau 1	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	48h-2 semanas (controverso)
Fratura exposta grau 2 e 3	Gentamicina *+ Clindamicina	240mg	Não indicado, exceto se houver perda sanguínea > 1 litro (repor 80mg)	24h após 1º dose: 3-5mg/kg d.u. IM/EV	
		600mg	600mg 6/6h	600mg 6/6h	

6.14.6.2.1 *Se o paciente tiver mais de 60 anos ou apresentar choque ou mioglobinúria, deverá ser utilizada clindamicina e ceftriaxona (2g seguidos de 1g a cada 12 horas).

6.14.6.2.2 Alérgicos a beta-lactâmicos: vancomicina 1g EV 12/12h ou clindamicina 600mg EV 6/6 para cobertura de Gram-positivos; usar ciprofloxacino 400mg EV 12/12h ou gentamicina 240mg EV 24/24h para cobertura de Gram-negativos, se indicado. Cirurgias vídeoassistidas seguem a mesma recomendação. d.u. – dose única diária

6.14.6.3 Cirurgia ginecológica / obstétrica

Cirurgia ginecológica / obstétrica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cesária (ao clamplear cordão)	Cefazolina	2 g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Histerectomia abdominal /Vaginal	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Colpoperineoplastia **Sling** **Uretrocistopexia** **Cistocele**	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Laqueadura vídeo	Não indicado				
Curetagem	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Ooforectomia (laparoscópica)	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Conizacao	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Cirurgia de mama **Nodulectomia** **Quadrantectomia** **mastectomia**	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Parto vagina	Não indicado				
Parto vaginal com dequitação manual	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado

ou manipulação intrauterina					
Inserção DIU **Histeroscopia** **Biopsia endométrio** **Laparoscopia**	Não indicado				

6.14.6.4 Cirurgia Plástica

Cirurgia plástica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Dose pré op	Pôs operatório	
Sindactilia	Cefazolina	1-2 g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Dermolipomectomia **Blefaroplastia** **Otoplastia**	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado

6.14.6.5 Cirurgia Urológica

Cirurgia Urológica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Dose pré op	Pôs operatório	
Cirurgia limpas **Orquectomia**	Não indicado				

Orquipexia **Postectomia** **Vasectomia** **Varicocelectomia**					
Prostatectomia transuretral ou aberta	Cefazolina ou Ciprofloxacino (em caso de internação previa ou biopsia de próstata)	2g 400mg	Dose única	1g 8/8h 400 mg 12/12h	24h 24h
Cirurgia com manipulação colón	Metronidazol + Ciprofloxacino	500mg 400mg	Dose única	12/12h 12/12h	24h

6.14.6.6 Cirurgia Proctológica

Cirurgia proctologica					
	Antibiótico	Alternativa	Dose pré op	Intervalo Pôs operatório	Duração
Fistulectomia **Fissurectomia** **Hemorroidectomia** **Esfinterectonmia** **Esfinterplastia**	Sem indicação				

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

EPI

Não se aplica.

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

8.1. Regimento Interno do CCIRAS.

8.2. Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. ANVISA, 2017.

9. REGISTROS

9.1. FOR.SCIRAS.006 Ficha de Solicitação de Antimicrobianos

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Preenchimento inadequado dos itens do protocolo

10.2. Ação: Treinamento sobre como gerir o protocolo.

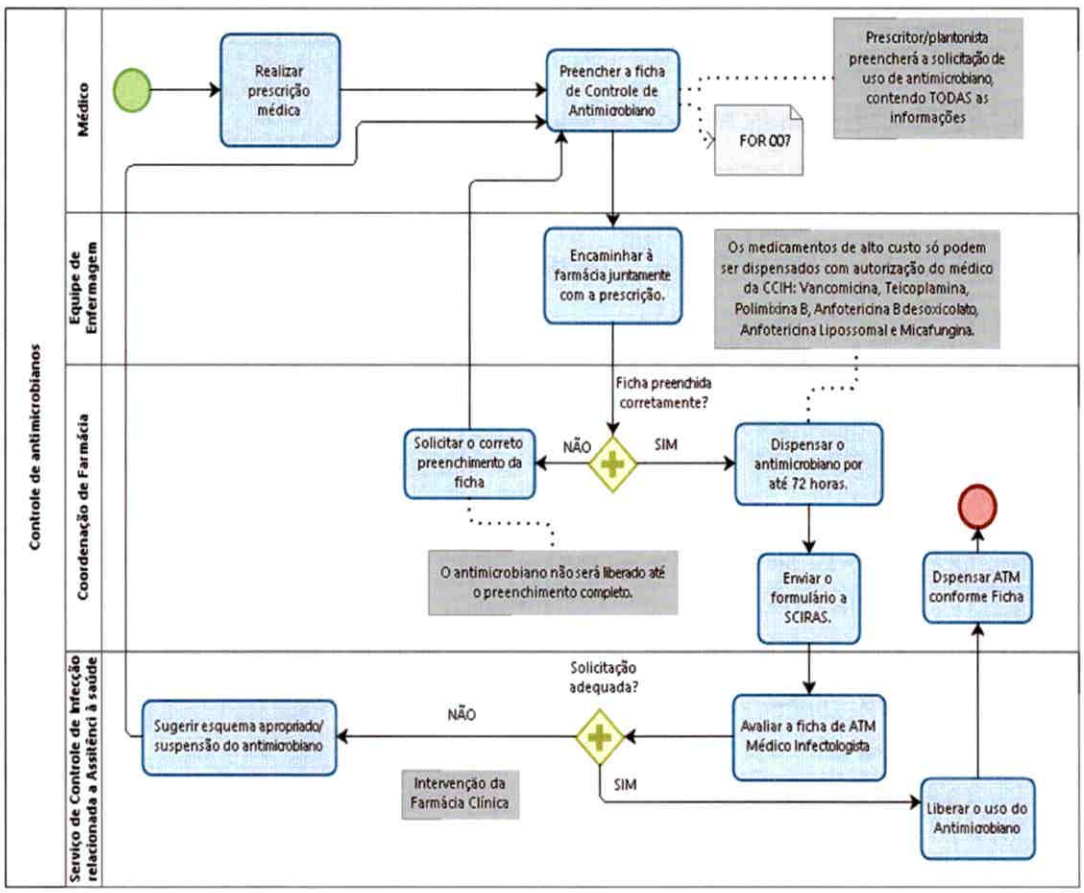
11. INDICADORES DE DESEMPENHO

11.1. **Adesão a aplicação do Protocolo:**

11.1.1. Fórmula: antibióticos prescritos de acordo com o protocolo na unidade de internação/número de antibiótico prescrito na unidade de Internação *100

12. ANEXOS

12.1. **Fluxograma**


Controle de antimicrobianos
Médico
Equipe de Enfermagem
Coordenação de Farmácia
Serviço de Controle de Infecção relacionada a Assitênci à saúde
Realizar prescrição médica
Preencher a ficha de Controle de Antimicrobiano
Prescritor/plantonista preencherá a solicitação de uso de antimicrobiano, contendo TODAS as informações
FOR 007
Encaminhar à farmácia juntamente com a prescrição.
Os medicamentos de alto custo só podem ser dispensados com autorização do médico da CCIH: Vancomicina, Teicoplamina, Polimixina B, Anfotericina B desoxicolato, Anfotericina Lipossomal e Micafungina.
Ficha preenchida corretamente?
NÃO
SIM
Solicitar o correto preenchimento da ficha
Dispensar o antimicrobiano por até 72 horas.
O antimicrobiano não será liberado até o preenchimento completo.
Enviar o formulário a SCIRAS.
Dispensar ATM conforme Ficha
Solicitação adequada?
NÃO
SIM
Sugerir esquema apropriado/ suspensão do antimicrobiano
Avaliar a ficha de ATM Médico Infectologista
Intervenção da Farmácia Clínica
Liberar o uso do Antimicrobiano

12.2. **Lista de Antimicrobianos que necessitam de Ficha de solicitação SCIRAS em 2 vias**

LISTA DE ANTIMICROBIANOS QUE NECESSITAM DE FICHA DE SOLICITAÇÃO SCIRAS EM 2 VIAS
ACICLOVIR PÓ LIOFILIZÁVEL 250 MG FRS.
AMICACINA SOL. INJ. 250 MG/ML AMP 2 ML
ANFOTERICINA B, DESOXICOLATO PÓ/ SOL INJ. 50 MG
CEFEPIME PÓ P/SOL INJ. 1G
CEFTAZIDIMA PÓ P/SOL. INJ. 1G
CIPROFLOXACINO SOL. P/INFUSÃO 2MG/ML/200ML
CLINDAMICINA SOL. INJ. 150 MG/ML AMP. 4ML
FLUCONAZOL SOL. P/INFUSÃO 200MG/100ML
FLUCONAZOL COMP 150MG
GENTAMICINA SOL. INJ.40 MG/ML AMP.2 ML
IMIPENEM+ CILASTINA SOL . INJ. 500+500MG F/A
LEVOFLOXACINO SOL.INJ.500MG, BOLSA 100 ML
LINEZOLIDA SOL. INJ 2MG/ML BOLSA C/ 300ML
MEROPENEM PÓ P/ SOL. INJ. 1G
METRONIZADOL SOL. INJ. 500 MG/BLSA C/100 ML
METRONIDAZOL COMP 500MG
***MICAFUNGINA100MG – FA PÓ P/ SOL. INJ. 100 MG - FA**
OXACILINA PÓ P/ SOL INJ. 500 MG
PIPERACICLINA + TAZOBACTAM PÓ P/ SOL INJ. 4 MG+0,5 MG F/A
POLIMIXINA B PÓ P/ SOL INJ. 500.000 UI F/A
VANCOMICINA PÓ P/ SOL INJ. 500MG F/A
Atenção: As doses iniciais dos antimicrobianos serão liberadas pelo setor de farmácia por um período máximo de 72 h (à exceção da MICAFINGINA). Após o mesmo seguiremos a devolução reportada no formulário do SCIRAS ao prontuário do paciente

***Autorização prévia do Infectologista**

13. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	

14. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

1.6.3 Protocolo - PRO.007.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA

OBJETIVO

1.1. Prevenir infecção de trato urinário associada ao uso de Cateter vesical de demora (ITU-CVD).

APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes com indicação para o cateterismo vesical de demora.

DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **ITU** – Infecção do Trato Urinário.

3.3. **CVD** – Cateter Vesical de Demora.

3.4. **SVD** – Sonda Vesical de Demora.

3.5. **Infecções do trato urinário relacionada à Assistência à Saúde (ITU-RAS):** Qualquer infecção do trato urinário relacionada a procedimento urológico, podendo ser associada ou não ao uso de cateter vesical de demora.

3.6. **ITU Relacionada à Assistência à Saúde Associada a Cateter vesical. (ITU-AC):** Qualquer infecção sintomática de trato urinário em paciente em uso de cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias calendário (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e de certa forma manipulam o cateter vesical de demora, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Médicos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de Cateter vesical de demora e pacientes em uso de cateterismo vesical intermitente.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Cateterismo vesical de demora, ações do Enfermeiro:

6.1.1. Confirmar o nome do paciente e verificar a identificação do paciente;

6.1.2. Confirmar a indicação e calibre do cateter vesical;

6.1.3. Verificar suprimentos: xilocaína gel a 2% - tubo novo, seringa de 10ml, água destilada, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, soro fisiológico, sistema coletor fechado, gaze, compressa, luva estéril e de procedimento, bandeja de cateterismo vesical;

6.1.4. Higienizar as mãos com água e sabão;

6.1.5. Higienizar previamente da região periuretral com clorexidina degermante (uso de luvas de procedimento e capote não estéreis);

6.1.6. Higienizar de forma antisséptica das mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.7. Paramentar com touca, máscara, óculos de proteção, capote (não há necessidade de ser estéril) e luvas estéril;

6.1.8. Montar o sistema antes de passar a sonda (conectar a sonda a sistema de drenagem). Testar a sonda.

6.1.9. Realizar antissepsia da região periuretral com clorexidina aquosa;

6.1.10. Utilizar do campo fenestrado;

6.1.11. Inserir cateter utilizando técnica asséptica;

6.1.12. Fixar do cateter corretamente (hipogástrio no sexo masculino/ raiz da coxa sexo feminino);

6.1.13. Registrar em prontuário da passagem da sonda;

6.1.14. O Enfermeiro ou técnico em Enfermagem realizará o preenchimento do Check List para Inserção de Sonda Vesical de Demora, com as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação citada à cima.

6.2. BUNDLE DE MONITORAMENTO PARA PREVENÇÃO DE ITU, ações da Equipe de Enfermagem:

6.2.1. Check list de ações que a equipe de enfermagem fará a este paciente em uso de Sonda Vesical de Demora, o enfermeiro avaliará diariamente cada item e preencher o Bundle de acordo com cada ação a ser realizada, as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação;

6.2.2. Sistema coletor de urina (fechado sem violação, sem presença de vazamentos, mau funcionamento do clipe de fechamento do tubo coletor ou relatos de desconexões);

6.2.3. Higiene perineal e do meato uretral uma vez ao dia e/ou após cada evacuação;

6.2.4. Sistema coletor mantido abaixo do nível da bexiga do paciente e 10 cm distante do chão;

6.2.5. Esvaziamento correto do sistema coletor quando estiver com 2/3 da sua capacidade sem que o tubo de drenagem tenha contato com recipiente coletor;

6.2.6. Higienização das mãos antes e após tocar o sistema de drenagem;

6.2.7. Manutenção do fluxo de urina livre evitando dobras e acotovelamentos do sistema de drenagem;

6.2.8. Necessidade de manter a sonda.

6.3. RECOMENDAÇÕES

6.3.1. Em caso de admissão de paciente que já venha em uso da SVD, trocar todo o sistema (sonda e saco coletor) no momento da admissão.

6.3.2. Avaliar diariamente o paciente em uso de SVD.

6.3.3. Não é indicado troca programada da SVD, sendo indicada apenas quando, após avaliação, houver necessidade.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

EPI

8.1.Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas de procedimento e luvas estéril.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.

REGISTROS

10.1. FOR.213.SCIRAS CHECKLIST PARA INSERÇÃO DE SVD REV.001

10.2. FOR.229.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA A SONDA VESICAL DE DEMORA (SVD) REV.002

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: O não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

12.1. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check List de inserção estiver **NC** (não conforme), quem estiver preenchendo deverá sinalizar verbalmente ao enfermeiro para que haja adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

1. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora;

12.2. Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de Infecção Associada à Sonda Vesical de Demora (SVD).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS). Tem grande potencial preventivo e está relacionada à cateterização vesical na maioria dos casos, assim, faz-se necessário o cumprimento desse protocolo para garantir o controle da ocorrência de infecções.

2. ANEXO

3. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

4. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

1.6.4 Protocolo - PRO.008.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

1.1. Prevenir a infecção Primária de Corrente Sanguínea associada a Acesso Venoso Central.

APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes em uso de Acesso Venoso Central.

DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **CVC** – Cateter Venoso Central.

3.3. **IPCS** – Infecção Primária de Corrente Sanguínea.

3.4. **Cateter central:** cateter utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação está posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas,

veias braquicefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e, em neonatos, cateter umbilical venoso ou arterial.

3.5. **Infusão:** introdução de uma solução no vaso sanguíneo, através do lúmen de um cateter. Inclui infusão contínua (fluidos nutricionais ou medicamentos) ou infusão intermitente (flushing, administração de antimicrobianos, transfusão de hemoderivados ou hemodiálise).

3.6. **Cateter umbilical:** dispositivo vascular central inserido através da artéria ou veia umbilical em neonatos. Cateter central temporário: cateter não tunelizado e não implantado, originalmente destinado a terapias infusionais de curta duração. 3.7. **Cateter central de longa permanência:** inclui cateteres tunelizados (como alguns cateteres para diálise, quimioterapia e nutrição) e cateteres totalmente implantados (como os ports).

3.8. **Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter central:** infecção da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter central por um período maior que dois dias de calendário (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.

3.9. **Período de janela da infecção:** período de 7 dias durante os quais são identificados todos os elementos (sinais, sintomas, resultados de exames de imagens e/ou laboratoriais) necessários para a definição da infecção. Para a identificação do período de janela da IPCSL deve-se considerar três dias antes e três dias depois da data da primeira hemocultura positiva.

3.10. **IPCS laboratorialmente confirmada associada a cateter central:** Pelo critério 1: paciente acima de 28 dias com agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas e que o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. Critério 2: Paciente > 1 ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Calafrios; Hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg) e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp., Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp. E que o microrganismo identificado não esteja relacionado a outro foco infeccioso. Critério 3:

Crianças > 28 dias e ≤ 1ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Hipotermia (<36°C); Apneia; Bradicardia e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp., Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp. E O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e que de certa forma manipulam o Cateter Venoso Central (CVC): Médicos que realizarão a inserção do cateter, Enfermeiros que farão curativos e preenchimento do Bundle e os Técnicos em Enfermagem que manipularão o cateter, realizando as ações de prevenção de Infecção Primária de corrente sanguínea (IPCS).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de Cateter Venoso Central.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Monitorar a inserção do CVC

6.1.1. Verificar suprimentos e equipamentos montados (bandeja de mayo, fronha, capote estéril, bandeja de CVC, campos amplos, luva estéril, clorexidina degermante, clorexidina alcoólica, gaze estéril, fio de sutura, seringa, agulhas, anestésico, água destilada, CVC, equipo, polifix e EPIs);

6.1.2. Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.3. Paramentar completamente (touca, máscara e óculos protetor, capote e luvas estéreis);

6.1.4. Confirmar o nome do paciente e verificar identificação da pulseira;

6.1.5. Confirmar a indicação do cateter;

6.1.6.. Definir o sítio de inserção;

6.1.7. Preparar sítio de punção: Aplicar clorexidina alcoólica 0,5 % fazer movimento de vai e vem e aguardar secagem espontânea;

6.1.8. Cobrir paciente com campo amplo estéril – Ex: uso de 3 campos: um campo grande que cubra a parte da cabeça aos pés na diagonal, deixando o ombro exposto, um pequeno cobrindo a cabeça e outro pequeno fechando um triângulo deixando a área de inserção exposta. Fixar os campos com pinça Backhaus;

6.1.9. Realizar curativo em técnica asséptica com gaze estéril;

6.1.10. Registrar em prontuário;

6.1.11. Caso necessário, instituir medidas corretivas antes do início do procedimento de instalação do cateter.

6.1.12. Relatar qualquer intercorrência no campo "observação.

6.1.13. Em caso de sujidade visível no sítio de punção, aplicar clorexidina degermante 2%, enxaguar com SF 0,9% secar com compressa estéril.

6.2. Preencher bundle de monitoramento para prevenção de IPCS após realizar as atividades a seguir.

6.2.1. Registrar a indicação de permanência do dispositivo;

6.2.2. Higienizar as mãos e realizar a desinfecção das conexões, conectores e portas de adição de medicamentos com álcool a 70% por 5-15 segundos, antes do manuseio d cateter;

6.2.3. Ao administrar medicação, trocar a agulha 40x12 (rosa) por uma 25x8 (verde) ou 25x7 (cinza).

6.2.4. Monitorar e avalizar se sítio de inserção apresenta ou não sinais flogísticos, registrar avaliação em prontuário;

6.2.5. Realizar troca de curativo conforme cobertura;

6.2.6. Manter via exclusiva para infusão de sangue, derivados ou nutrição parenteral;

6.2.7. Trocar sistema de infusão a cada 96 horas e/ ou em caso de suspeita de choque pirogênico e presença de sangue visível aderido no interior do sistema. 6.2.8. Observar o registro da troca (data e assinatura) nos equipos de infusão;

6.2.9. Caso tenha cateter – Pressão arterial invasiva (PAI) = Troca de transdutores a cada 96 horas, junto com os acessórios e soluções para flush;

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1. Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas estéreis.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Protocolo Clínico: Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Acesso Vascular Central - IPCS-AVC. 3ª Revisão Janeiro – 2018 Versão N° 0 Março 2012

10. REGISTROS

10.1. FOR.223.SCIRAS FORMULÁRIO PARA INSERÇÃO DE CVC REV.001

10.2. FOR.224.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) REV.001

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check List de inserção estiver **NC** (não conforme), quem está preenchendo sinalizar verbalmente ao médico que fará a realização do procedimento para necessária adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de CVC;

12.2. Densidade de Incidência de IPCS;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. Não se aplica.

14. ANEXO

15. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

16. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

1.6.5 Protocolo - PRO.009.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO

OBJETIVO

1.1. Prevenção de infecções do trato respiratório, auxiliar no controle e diagnóstico destas patologias, bem como oferecer subsídios para elaboração de indicadores de saúde.

APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas os setores onde houver pacientes em uso de ventilação mecânica.

DEFINIÇÕES

3.1. SCIRAS: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. PAV: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

3.3. VM: Ventilador mecânico

3.4. UTI: Unidade de Terapia Intensiva

3.5. Pneumonia: Infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios: imagem radiológica, clínicos e laboratoriais.

3.6. **Pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV):** pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior.

3.7. **Ventilador mecânico (VM):** é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. Pressão positiva contínua em vias aéreas – Continuou Positive Airway Pressure – CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal.

3.8. **PNEUMONIA DEFINIDA CLINICAMENTE**: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados,

persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E pelo menos UM dos sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38°c), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm3) ou leucocitose (> 12000 cel/mm3); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos E pelo menos DOIS dos sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240 ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncos ou estertores; · Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia.

3.9. **PNEUMONIA DEFINIDA MICROBIOLOGICAMENTe**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E Pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura > 38ºC), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm3) ou leucocitose (> 12000 cel/mm3); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos E pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncos ou estertores; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia Pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva de líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar achado de ≥5% leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas, Virus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza,

Chlamydophila); Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para Legionella. pneumophila sorogrupo I titulada ≥ 1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina.

3.9. **PNEUMONIA EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS**: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação; Pneumocele, em crianças menores de 1 ano E pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38ºC), sem outra causa associada; Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥70 anos; Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia; Ausculta de roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Hemoptise; Dor pleurítica. E pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de ≥5% leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas. Vírus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydophila); Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para Legionella pneumophila sorogrupo I titulada >1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina; Identificação de Candida spp. em amostra de sangue e de secreção respiratória (escarro, aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido); Evidência de fungo em amostra obtida por procedimento com menor potencial

de contaminação (ex: lavado broncoalveolar ou escovado protegido) de uma das seguintes: Exame de microscopia direta; Cultura positiva de fungo; Teste diagnostico laboratorial (não cultura).

3.10. **PNEUMONIA EM CRIANÇAS > 4 SEMANAS E ≤ 1 ANO**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado persistente novo ou progressivo; Opacificação; Cavitação; Pneumatocele E piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/ FiO2 < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios) E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Instabilidade térmica; Leucopenia (≤4000 cel/mm3) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³) e desvio a esquerda (≥ 10% bastonetes); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Apneia, taquipneia, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal; Ausculta com sibilos, roncos ou estertores; Tosse; Bradicardia (< 100bmp) ou taquicardia (> 170bpm).

3.11. **PNEUMONIA CRIANÇAS > 1 ANO E < 12 ANOS**: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: · Infiltrado persistente novo ou progressivo; · Opacificação; Cavitação E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: >38ºC); Leucopenia (≤ 4000 cel/mm³) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou apneia ou taquipneia; Ausculta com roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO2/FiO2<240, ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios).

RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais de saúde que estão ligados à assistência aos pacientes em ventilação mecânica.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de ventilação mecânica.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Conjunto de práticas recomendadas baseadas nas recomendações da ANVISA, a serem implantadas para a prevenção de PAV. A abordagem é mais bem sucedida quando todas as práticas são executadas em conjunto, seguindo a estratégia do "tudo ou nada".

6.2. As práticas recomendadas são:

6.2.1. Elevar da cabeceira da cama a 30 a 45°;

6.2.2. Diminuir sedação;

6.2.3. Realizar Higiene oral 3 vezes por dia;

6.2.4. Cuidados com o circuito do ventilador;

6.2.5. Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH2O ou 18 a 22 mmHg;

6.2.6. Verificar diariamente a possibilidade de extubação;

6.2. **Manter cabeceira da cama 30 a 45°:** A VM está associada a altas taxas de pneumonia, pois o tubo endotraqueal inibe mecanismos de defesa importantes do trato respiratório superior, contribui com a produção e acúmulo de secreções da orofaringe, inibe mecanismos de tosse efetivos e pode ser uma fonte de infecção. A colonização da orofaringe e estômago com microrganismos patogênicos parece preceder o desenvolvimento da PAV. A utilização de bloqueadores dos receptores de histamina para prevenção de úlcera gástrica altera o pH do suco gástrico, o que facilita a colonização por microrganismos patogênicos, além da presença da sonda nasogástrica que facilita o refluxo das bactérias do estômago. Por estas razões, parece lógico que o posicionamento inadequado do paciente possa impactar no surgimento da pneumonia. Além disto, o posicionamento do paciente em decúbito elevado pode favorecer também a ventilação espontânea. Não há dados suficientes para afirmar que a recomendação de manter pacientes com a cabeceira elevada em 30 a 45° tenha impacto significativo na redução da PAV ou mortalidade. Porém, em função de ser uma medida simples, de fácil aplicabilidade, com baixo risco de complicação, nenhum custo e um benefício potencial, no último compêndio de estratégias de prevenção de PAV, publicado pelo SHEA em 2014, esta medida, classificada como uma medida básica foi recomendada. Ainda não está claro também, se a elevação do decúbito apenas a 30° é suficiente, mas parece ser mais aceitável para pacientes com menor grau de sedação e possibilita maior

adesão ao posicionamento adequado. A utilização do decúbito elevado diminui a incidência de PAV especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outra razão para desta intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios em comparação com a posição supina.

6.3. **Diminuir sedação:** recomenda-se adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea. A utilização da menor dose possível de sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação tem sido correlacionada com a redução do tempo de ventilação mecânica e, consequentemente, a uma redução na taxa de PAV. A escolha dos tipos de fármacos, intensidade e duração da sedação estão associadas com o risco aumentado das taxas de eventos, que incluem: delírio, imobilidade, infecção, eventos associados à VM, tempo prolongado de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação e morte. A diminuição do nível de sedação, que deve ser buscada diariamente, e do tempo de sedação pode contribuir para um menor tempo de intubação e possivelmente com menor mortalidade. Já a interrupção diária da sedação pode apresentar alguns riscos, como por exemplo, a extubação acidental. O aumento do nível de dor e ansiedade leva a possibilidade de assincronia com a ventilação, o que pode gerar períodos de dessaturação. Deve ser realizado diariamente o questionamento sobre a necessidade do suporte respiratório com VM invasiva. A avaliação das causas que levaram ao uso da prótese mecânica e a situação do paciente podem sinalizar se há condições para a submetê-lo ao teste de respiração espontânea. A adequação do nível de sedação pode contribuir para a suspensão dos sedativos, melhor avaliação da presença de dor e para a suspensão dos opioides utilizados para analgesia, contribuindo assim, para aumentar as chances da colocar o paciente em teste de respiração espontânea. Estas ações contribuem para o maior sucesso na retirada de prótese ventilatória.

6.4. **Realizar Higiene oral 3 vezes por dia:** a importância dos cuidados bucais em pacientes sob terapia intensiva tem sido alvo de inúmeras investigações e os resultados alertam para a necessidade de se implantar diretrizes adequadas e seguras. Na última publicação do SHEA de 2014, a utilização de clorexidine 0,12% para higiene oral foi classificada como medida de efeito moderado. A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) recomenda a descontaminação da cavidade bucal com Clorexidina na prevenção de PAV, em pacientes sob ventilação mecânica. Diversos estudos têm demonstrado redução das Pneumonias.

Associadas à Ventilação Mecânica quando a higiene oral é realizada com clorexidina veículo oral (0,12% não alcoólico). Desta forma, recomendamos essa medida como parte do Bundle entendendo que, segundo a ANVISA, quando aplicada em conjunto com outras medidas, pode ter um efeito positivo para redução de PAV.

6.5. **Cuidados com o circuito do ventilador:** a troca do circuito respiratório deve ser realizada apenas se o mesmo estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento. Esta recomendação é classificada como qualidade da evidência I, pela *SHEA*. Portanto, não é recomendada a troca rotineira deste dispositivo. Não há recomendações específicas em relação ao tempo que o circuito pode ficar montado, aguardando a internação do paciente. Mas, segundo estudos, recomenda-se reduzir os riscos de contaminação dos circuitos; por exemplo: no momento do preparo do leito/*box,* conectar o circuito respiratório no ventilador e proceder o teste do equipamento; depois disto, embalar o mesmo no próprio saco plástico que acondicionava o circuito, identificar com fita adesiva (limpo e testado - datar e assinar). Para que este circuito esteja seguro para uso, é fundamental que esteja acondicionado.

6.6. **Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH2O:** A manutenção da correta pressão de *cuff* (P*cuff*) nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e passagem da secreção subglótica por entre o tubo e a traqueia (microaspiração). Recomenda-se, portanto, que a pressão do *cuff* permaneça entre 18 a 22 mmHg ou 25 a 30 cmH2O (quando utilizado medidor de cuff). Evitar pressões do balonete maiores que 22 mmHg ou 30 cmH2O.

6.7. **Verificar diariamente a possibilidade de extubação:** a fim de evitar/ prevenir a PAV o desmame da VM, e consequente extubação, deve ser tentado o mais rápido possível. A retirada precoce da ventilação mecânica em pacientes internados nestas unidades pode exercer efeitos benéficos e redução no tempo de permanência e custos. Recomenda-se que a retirada do tubo endotraqueal seja realizada quando as condições clínicas permitirem. Alguns critérios clínicos para o desmame são: o motivo solucionado ou amenizado do início da ventilação mecânica; paciente sem hipersecreção (definida como a necessidade de aspiração > 2 h); tosse eficaz (PFE > 160 L/min) hemoglobina > 8-10 g/dL; adequada oxigenação (PaO2 /FiO2 > 150 mmHg ou SaO2 > 90% com FiO2 < 0,5); temperatura

corporal <38,5-39,0°C; sem dependência de sedativos; sem dependência de agentes vasopressores; ausência de acidose (pH entre 7,35 e 7,45); ausência de distúrbios eletrolíticos; adequado balanço hídrico.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

EPI

8.1. Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Caderno 04. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. NEMER S. N; BARBAS C. S. V. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.37, n.5, p.669-679, 2011. Acesso em: http://producao.usp.br/handle/BDPI/10394. Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

REGISTROS

10.1. FOR.221.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) REV.001

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não Conforme: Deixar de preencher o Bundle e/ou ações propostas.

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível, entendendo que se o item foi realizado conforme o esperado marca-se: "CONFORME", e em caso de não ter sido executado de maneira adequada marcar "NÃO CONFORME", assim não deixar o formulário em branco. Caso algum item do Bundle estiver NC (não conforme), deve-se alertar a equipe para proceder com as ações o quanto antes, para assim prevenir PAV.

INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Adesão ao Bundle de Manutenção para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);

12.2. Taxa de Utilização de VM;

12.3. Densidade de Incidência de PAV.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A pneumonia relacionada à assistência à saúde pode trazer grave repercussão para o paciente, é uma grave infecção que apresenta múltiplas causas e tem grande impacto nas taxas de morbimortalidade, tempo de internação hospitalar e aumento dos custos assistenciais. Diante disso, é fundamental a aplicação das várias medidas de prevenção apresentadas neste protocolo a fim de se prevenir a ocorrência de PAV.

ANEXO

HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

ANEXO – PARCERIAS

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74.810-100, GOIÂNIA/GO – TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

INSTITUTO CE

Santa Helena de Goiás -2023

ANEXO PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

TERMO DE CONVÊNIO E OUTRAS AVENÇAS

I - DAS PARTES

PRIMEIRO COMPROMISSÁRIO: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS - HUGO, com sede à Avenida 31 de Março, esquina com a 5ª Radial – Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP: 74.820-300, inscrito no CNPJ/MF nº 02.529.964/0008-23, neste ato representado pela sua **COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**, através do seu Coordenador Dr. Francisco Albino Rebouças Júnior, portadora do RG/CI nº 3999755 – DGPC/GO e do CPF: 902.031.431-91, residente e domiciliada em Goiânia/GO e pela sua **DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA**, através da sua titular **Dr. José Fernando Bastos Folgosi,** brasileiro, médico, casado, inscrito no CRM/GO nº 6676 e RQE nº 5095, portador da CI/RG nº –16264154-0 - SSP/SP e CPF nº 083.194.578-82, residente e domiciliado em Goiânia

PRIMEIRA INTERVENIENTE : Instituto CEM , pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de organização social, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF nº 12.053.184/0006-41, com sede matriz sito à Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, sala 26A Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada, pelo Diretor de Ensino e Pesquisa/HUGO, **Dr. José Fernando Bastos Folgosi,** brasileiro, médico, casado, inscrito no CRM/GO nº 6676 e RQE nº 5095, portador da CI/RG nº –16264154-0 - SSP/SP e CPF nº 083.194.578-82, residente e domiciliado nesta Capital. gestor das atividades de Ensino e Pesquisa do **HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO,** com sede à Avenida 31 de Março esq. c/ 5ª Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, CEP 74.820-200, inscrito no CNPJ/MF nº 02.529.964/0008-23, por força do Decreto nº 4142/2021-SES-GO.

SEGUNDO COMPROMISSÁRIO: PAX INSTITUTO DE PSIQUIATRIA, com sede à Rodovia BR 153, Km 505 Sul, Villasul V, CEP: 74.911-506, Goiânia/GO, inscrito no CNPJ/MF nº 01.250.414/0002-12, neste ato representado pela sua COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA, através do seu Coordenador Dr. Diogo Henrique Silveira do Couto, portador do RG/CI nº 4961200-DGP/GO e do CPF/MF 020.883.301-35, residente e domiciliado em Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2690, Edifício Metropolitan, Apto 404B, Jardim Goiás, CEP: 74.810-100, Goiânia/GO. e pela sua DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA, através da sua titular Dra. Andiara Maria Calado de Saloma Rodrigues, CPF/MF:

004079

004080

859.542.681-34, residente e domiciliada em Rua dos Acaris, Qd.15 Lt.11, Jardins Munique, Goiânia-GO.

II – DAS CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Considerando:

a) Os compromissos assumidos pelas pactuantes na busca da efetivação de estágio por médicos treinando de forma planejada, acompanhada e avaliada, conforme currículo e programas (conteúdo atualizado) previamente definidos, bem como quantidade de treinandos e respectivos vínculos institucionais;

b) Que o presente convênio deverá propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem, com o objetivo de constituir em instrumento de integração em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico-cultural-científico e de relacionamento humano a permitir o médico treinando a agilização de tarefas e consecução de seus fins de maneira eficiente;

c) A necessidade de se estabelecer normas e condições que disciplinem a forma como a supervisão do estágio do treinando médico será desenvolvida;

Resolvem estabelecer os termos adiante circunstanciados.

III – DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto e finalidade proporcionar parceria entre os signatários, visando o aprimoramento do ensino médico e o intercâmbio entre os compromissários, estabelecendo condições e normas para a complementação da aprendizagem.

IV – DAS CONDIÇÕES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

a) A concessão de estágio supervisionado formalizará mediante Ofício a ser enviado pelo setor responsável de um dos signatários ao outro, no início de cada mês em que o treinando deverá estagiar, informando:

1. O período de estágio;
2. O nome do treinando;
3. A(s) especialidade(s) médica(s) que o treinando atuará.

b) Sabe-se que o médico treinando deverá ser supervisionado, orientado e avaliado por um preceptor, devendo, deste modo, os supervisores dos signatários acompanharem a aquilatar os seus próprios e os que forem encaminhados para a sua unidade hospitalar pelo outro compromissário.

004082

c) Ao final de cada período de estágio, o compromissário que recebeu o treinando deverá encaminhar ao outro pactuante a frequência e a avaliação do médico treinando.

d) Os compromissários obrigam-se a instruir seus médicos de que deverão obedecer os programas, regras e normatizações da unidade hospitalar, bem como as ordens dos supervisores do referido serviço do(s) local(is) onde executarão sua(s) especialização(ões), preservando o sigilo e a confidencialidade das informações que tiver acesso, alertando-os que o seu descumprimento poderá acarretar na interrupção do programa de junto ao compromissário prejudicado.

e) Na ocorrência de qualquer falta ou infringência por parte do médico treinando às normas da unidade hospitalar, bem como às ordens dos supervisores do serviço do local, deverá o signatário prejudicado comunicar tal fato ao outro para fins de conhecimento e tomada de medidas que julgar comportáveis.

f) As partes ficarão responsáveis por quaisquer danos que seus médicos treinandos venham comprovadamente causar ao compromissário prejudicado e a terceiros, reparando, às suas expensas, os respectivos prejuízos que o vier a dar ensejo.

g) Cada pactuante arcará com ônus do pagamento integral da bolsa de seu treinando, quando for o caso, mesmo que o médico treinando execute parte de seu programa de aprendizado em outro signatário.

h) Competirá aos compromissários conceder, quando necessário, alimentação e alojamento aos seus próprios médicos treinandos e aos da outra pactuante quando os daquela estiverem prestando seus serviços em sua unidade hospitalar.

i) Obrigam-se as compromissárias a respeitar o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão, no programa dos cursos de residência médica, devendo, ainda, obedecer as demais disposições contidas na Lei nº 6.932 de 07/07/1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências, bem como o disposto na Resolução CNRM n. 01, de 16 de junho de 2011.

j) Cabe às partes concedentes definir o número de vagas de estágio.

k) No caso de rescisão antecipada, devem ser respeitados os estágios formalizados e em andamento, na medida em que evite prejuízos aos médicos educando e, consequentemente, às respectivas instituições.

V – DA RESCISÃO

O presente instrumento se extinguirá nas seguintes condições:

1. Mediante manifestação expressa de uma das partes, com a expedição de aviso prévio 90 (noventa) dias antes do início do programa de cada ano;

004084

2. Quando houver descumprimento a algum dos termos e condições desta pactuação por qualquer uma das partes, mediante a prévia comunicação com 90 (noventa) dias de antecedência;

3. Automaticamente, quando algum serviço for extinto.

VI – DA VIGÊNCIA

O presente instrumento contratual terá vigência de 12 (doze) meses, iniciando - a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado mediante nova pactuação/aditivo.

VII – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

a) O presente instrumento tem por finalidade formalizar a relação jurídica específica e temporária estabelecida entre as partes e os médicos treinandos, posto a ausência de vínculo empregatício, haja vista não haver relação de emprego nas atividades empreendidas pelo médico treinando, tampouco, pagamento salarial, cabendo tão somente ao profissional em treinamento desenvolver suas atividades conforme programa de aprendizado a que se submeteu perante a SEÇÃO DE ENSINO e/ou seu preceptor.

b) As partes, a qualquer tempo, poderão reclamar ou apontar qualquer incongruência e/ou vícios nos serviços executados pelos médicos treinandos ao compromissário que efetuou a matrícula.

c) Fica vedado a qualquer das partes, sem a expressa anuência da outra, transferir ou ceder, a qualquer título, os direitos e obrigações assumidas neste instrumento.

d) Pactuam as partes que, a qualquer tempo, o presente instrumento contratual poderá ser distratado unilateralmente pelo COMPROMISSÁRIO, sem a incidência de qualquer multa, penalidade ou ônus, caso se materialize a rescisão do Contrato de Gestão, firmado pela

INTERVENIENTE ANUENTE com o Estado de Goiás, através de Secretaria Estadual de Saúde.

e) Os COMPROMISSÁRIOS e a INTERVENIENTE ANUENTE declaram ter conhecimento e estar de acordo com todo teor deste instrumento, bem como declaram que receberam todos os esclarecimentos norteadores e necessários para o perfeito entendimento de todas as suas cláusulas e condições.

f) Os casos omissos serão resolvidos conjuntamente com o setor responsável de ambas as signatárias.

g) As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de Goiânia/GO, como competente para dirimir quaisquer dúvidas, ações ou atos oriundos do presente instrumento, pelo que se tem por renunciado qualquer outro foro por mais privilegiado que seja.

004086

h) O presente termo de convênio não induz sociedade, consórcio ou qualquer outra espécie de ato de coligação entre as partes, sendo cada uma delas exclusivamente responsável pelas respectivas obrigações, obrigando-se reciprocamente, a indenizarem a parte inocente que, demandada judicialmente, pague qualquer importância, a qualquer título, que seja de responsabilidade de uma das partes contratantes.

i) E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente documento em três vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas aos finais nomeadas e que a tudo assistiram e conhecimento tiveram, para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Goiânia/GO, 18 de maio de 2022.

Dr. Francisco Albino Rebouças Júnior
Coordenador
Comissão de Residência Médica - HUGO

Dr. José Fernando Bastos Folgosi
Diretor
Diretor de Ensino e Pesquisa - HUGO

Dr. Diogo Henrique Silveira do Couto
Coordenador
Coordenador de Residência Médica/PAX

Dra. Andiara M. C. de S. Rodrigues
Diretora
Diretora de Ensino e Pesquisa - PAX

Testemunhas:

Priscila Magalhães Bezerra

Nome: Priscila Magalhães Bezerra
CPF/MF:700.273.241-25

Nome:
CPF/MF:

004087

004088

HUGO SUS
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS

SES Secretaria de Estado da Saúde

GOIÁS É POR VOCÊ QUE A GENTE FAZ

TERMO DE CONVÊNIO E OUTRAS AVENÇAS

1 - DAS PARTES

PRIMEIRO COMPROMISSÁRIO: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS - HUGO, com sede à Avenida 31 de Março, esquina com a 5ª Radial – Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP: 74.820-300, inscrito no CNPJ/MF nº 02.529.964/0008-23, neste ato representado pela sua **COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**, através do seu Coordenador Dr. Francisco Albino Rebouças Júnior, portadora do RG/CI nº 3999755 – DGPC/GO e do CPF: 902.031.431-91, residente e domiciliada em Goiânia/GO e pela sua **DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA**, através da sua titular **Dr. José Fernando Bastos Folgosi,** brasileiro, médico, casado, inscrito no CRM/GO nº 6676 e RQE nº 5095, portador da CI/RG nº –16264154-0 - SSP/SP e CPF nº 083.194.578-82, residente e domiciliado em Goiânia

PRIMEIRA INTERVENIENTE : Instituto CEM , pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de organização social, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF nº 12.053.184/0006-41, com sede matriz sito à Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, sala 26A Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada, pelo Diretor de Ensino e Pesquisa/HUGO, **Dr. José Fernando Bastos Folgosi,** brasileiro, médico, casado, inscrito no CRM/GO nº 6676 e RQE nº 5095, portador da CI/RG nº –16264154-0 - SSP/SP e CPF nº 083.194.578-82, residente e domiciliado nesta Capital, gestor das atividades de Ensino e Pesquisa do **HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO,** com sede à Avenida 31 de Março esq. c/ 5ª Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, CEP 74.820-200, inscrito no CNPJ/MF nº 02.529.964/0008-23, por força do Decreto nº 4142/2021-SES-GO.

SEGUNDO COMPROMISSÁRIO: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA - SCMG, com sede **à Rua Campinas, nº 1.135, Vila Americano do Brasil,** CEP: 74.530-240, Goiânia/GO, inscrito no CNPJ/MF nº 01.619.790/0001-50, neste ato representado pela sua COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA, através do seu Coordenador Dr. Evandro das Merces Bittencourt Resque Júnior, portador do CPF: 264.487.772-53, residente e domiciliado nesta capital, e pela sua SUPERINTENDÊNCIA TÉCNICA, através do seu titular Dr. Cláudio Tavares Silveira Sousa, portador do CPF: 809.435.431-34, residente e domiciliado nesta capital..

004090

II – DAS CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Considerando:

a) Os compromissos assumidos pelas pactuantes na busca da efetivação de estágio por médicos treinando de forma planejada, acompanhada e avaliada, conforme currículo e programas (conteúdo atualizado) previamente definidos, bem como quantidade de treinandos e respectivos vínculos institucionais;

b) Que o presente convênio deverá propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem, com o objetivo de constituir em instrumento de integração em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico-cultural-científico e de relacionamento humano a permitir o médico treinando a agilização de tarefas e consecução de seus fins de maneira eficiente;

c) A necessidade de se estabelecer normas e condições que disciplinem a forma como a supervisão do estágio do treinando médico será desenvolvida;

Resolvem estabelecer os termos adiante circunstanciados.

III – DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto e finalidade proporcionar parceria entre os signatários, visando o aprimoramento do ensino médico e o intercâmbio entre os compromissários, estabelecendo condições e normas para a complementação da aprendizagem.

IV – DAS CONDIÇÕES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

a) A concessão de estágio supervisionado formalizará mediante Ofício a ser enviado pelo setor responsável de um dos signatários ao outro, no início de cada mês em que o treinando deverá estagiar, informando:

1. O período de estágio;
2. O nome do treinando;
3. A(s) especialidade(s) médica(s) que o treinando atuará.

b) Sabe-se que o médico treinando deverá ser supervisionado, orientado e avaliado por um preceptor, devendo, deste modo, os supervisores dos signatários acompanharem a aquilatar os seus próprios e os que forem encaminhados para a sua unidade hospitalar pelo outro compromissário.

c) Ao final de cada período de estágio, o compromissário que recebeu o treinando deverá encaminhar ao outro pactuante a frequência e a avaliação do médico treinando.

004091

004092

d) Os compromissários obrigam-se a instruir seus médicos de que deverão obedecer os programas, regras e normatizações da unidade hospitalar, bem como as ordens dos supervisores do referido serviço do(s) local(is) onde executarão sua(s) especialização(ões), preservando o sigilo e a confidencialidade das informações que tiver acesso, alertando-os que o seu descumprimento poderá acarretar na interrupção do programa de junto ao compromissário prejudicado.

e) Na ocorrência de qualquer falta ou infringência por parte do médico treinando às normas da unidade hospitalar, bem como às ordens dos supervisores do serviço do local, deverá o signatário prejudicado comunicar tal fato ao outro para fins de conhecimento e tomada de medidas que julgar comportáveis.

f) As partes ficarão responsáveis por quaisquer danos que seus médicos treinandos venham comprovadamente causar ao compromissário prejudicado e a terceiros, reparando, às suas expensas, os respectivos prejuízos que o vier a dar ensejo.

g) Cada pactuante arcará com ônus do pagamento integral da bolsa de seu treinando, quando for o caso, mesmo que o médico treinando execute parte de seu programa de aprendizado em outro signatário.

h) Competirá aos compromissários conceder, quando necessário, alimentação e alojamento aos seus próprios médicos treinandos e aos da outra pactuante quando os daquela estiverem prestando seus serviços em sua unidade hospitalar.

i) Obrigam-se as compromissárias a respeitar o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão, no programa dos cursos de residência médica, devendo, ainda, obedecer as demais disposições contidas na Lei nº 6.932 de 07/07/1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências, bem como o disposto na Resolução CNRM n. 01, de 16 de junho de 2011.

j) Cabe às partes concedentes definir o número de vagas de estágio.

k) No caso de rescisão antecipada, devem ser respeitados os estágios formalizados e em andamento, na medida em que evite prejuízos aos médicos educando e, consequentemente, às respectivas instituições.

V – DA RESCISÃO

O presente instrumento se extinguirá nas seguintes condições:

1. Mediante manifestação expressa de uma das partes, com a expedição de aviso prévio 90 (noventa) dias antes do início do programa de cada ano;
2. Quando houver descumprimento a algum dos termos e condições desta pactuação por qualquer uma das partes, mediante a prévia comunicação com 90 (noventa) dias de antecedência;

004093

004094

3. Automaticamente, quando algum serviço for extinto.

VI – DA VIGÊNCIA

O presente instrumento contratual terá vigência de 12 (doze) meses, iniciando - a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado mediante nova pactuação/aditivo.

VII – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

a) O presente instrumento tem por finalidade formalizar a relação jurídica específica e temporária estabelecida entre as partes e os médicos treinandos, posto a ausência de vínculo empregatício, haja vista não haver relação de emprego nas atividades empreendidas pelo médico treinando, tampouco, pagamento salarial, cabendo tão somente ao profissional em treinamento desenvolver suas atividades conforme programa de aprendizado a que se submeteu perante a SEÇÃO DE ENSINO e/ou seu preceptor.

b) As partes, a qualquer tempo, poderão reclamar ou apontar qualquer incongruência e/ou vícios nos serviços executados pelos médicos treinandos ao compromissário que efetuou a matrícula.

c) Fica vedado a qualquer das partes, sem a expressa anuência da outra, transferir ou ceder, a qualquer título, os direitos e obrigações assumidas neste instrumento.

d) Pactuam as partes que, a qualquer tempo, o presente instrumento contratual poderá ser distratado unilateralmente pelo COMPROMISSÁRIO, sem a incidência de qualquer multa, penalidade ou ônus, caso se materialize a rescisão do Contrato de Gestão, firmado pela

INTERVENIENTE ANUENTE com o Estado de Goiás, através de Secretaria Estadual de Saúde.

e) Os COMPROMISSÁRIOS e a INTERVENIENTE ANUENTE declaram ter conhecimento e estar de acordo com todo teor deste instrumento, bem como declaram que receberam todos os esclarecimentos norteadores e necessários para o perfeito entendimento de todas as suas cláusulas e condições.

f) Os casos omissos serão resolvidos conjuntamente com o setor responsável de ambas as signatárias.

g) As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de Goiânia/GO, como competente para dirimir quaisquer dúvidas, ações ou atos oriundos do presente instrumento, pelo que se tem por renunciado qualquer outro foro por mais privilegiado que seja.

h) O presente termo de convênio não induz sociedade, consórcio ou qualquer outra espécie de ato de coligação entre as partes, sendo cada uma delas exclusivamente responsável pelas respectivas obrigações, obrigando-se reciprocamente, a indenizarem a parte inocente que,

004096

demandada judicialmente, pague qualquer importância, a qualquer título, que seja de responsabilidade de uma das partes contratantes.

i) E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente documento em três vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas aos finais nomeadas e que a tudo assistiram e conhecimento tiveram, para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Goiânia/GO, 15 de Janeiro de 2022.

Dr. Francisco Albino Rebouças Júnior
Coordenador
Comissão de Residência Médica - HUGO

Dr. José Fernando Bastos Folgosi
Diretor
Diretor de Ensino e Pesquisa - HUGO

Dr. Evandro das Mercês Bittencourt Resque Júnior
Coordenador
Comissão de Residência Médica/SCMG

Dr. Claúdio Tavares Silveira Sousa
Superintendente Técnico
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia

004097

004098

20

SUS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
INOVAÇÃO QUE CUIDA DAS PESSOAS

FOLHA Nº 20 SESTE/SUS

Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças
Gerência de Licitações, Contratos e Convênios

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº 01/2018-SES/GO

Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás/SES-GO, e o Município de Goiânia, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/SMS-GO, na forma abaixo.

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, neste ato representado pelo Chefe da Advocacia Setorial da Secretaria de Estado da Saúde, **WEILER JORGE CINTRA JÚNIOR,** brasileiro, advogado, inscrito na OAB/GO sob o nº 19.410, residente e domiciliado nesta capital, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde/SES-GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, **LEONARDO MOURA VILELA**, brasileiro, casado, médico, portador da CI/RG nº 775140, 2ª via, expedida pela SSP/GO, CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta capital, e o **MUNICÍPIO DE GOIÂNIA,** pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, inscrita no CNPJ nº. 25.141.524/0001-23, neste ato representada pela Secretária Municipal de Saúde, **FÁTIMA MRUE,** brasileira, casada, médica, CPF nº. 285.954.911-00, com poderes constituídos por meio do Decreto n°. 011, de 02.01.2017, residente e domiciliada nesta capital, resolvem celebrar o presente Termo de Cooperação Técnica, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA 1. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1 O presente Termo decorre das normas e regulamentos da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, da Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, Lei Federal nº. 6.932 de 07 de julho de 1981, Lei Estadual nº 17.928 de 17 de dezembro de 2012 e Decreto Estadual nº. 3.960 de 06 de abril de 1993.

CLÁUSULA 2. DO OBJETO

2.1 O presente Termo tem por objeto estabelecer áreas de cooperação entre a SES-GO por meio da SEST-SUS e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia no âmbito da Saúde Pública, a fim de proporcionar a certificação para os cursos oferecidos pela SMS, quando os mesmos não puderem ser certificados pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, bem como oferecerá vagas para os servidores municipais para cursos de capacitação, qualificação de preceptores, qualificação de docentes e especialização que sejam de interesse para o município de Goiânia dentro dos limites disponíveis pela SES e dos padrões da SEST-SUS para certificação

004099

004100

e, campos de prática para Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, referente às residências implantadas pela mesma.

2.2 O presente instrumento visa a certificação dos cursos pela SES-GO dos cursos realizados pela SMS - Goiânia. Em contrapartida a SMS – Goiânia disponibilizará vagas, de acordo com sua possibilidade, nas unidades de Saúde do Município de Goiânia como cenário de prática para os residentes médicos, multiprofissional e de áreas específicas da saúde, oriundos dos programas coordenados pela Secretaria Estadual de Saúde – SES-GO.

CLÁUSULA 3. DA CONTRAPARTIDA

3.1 Haverá por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, a disponibilização de campos para a realização de atividades práticas em áreas de saúde nas unidades da SMS, para os alunos que estejam comprovadamente matriculados e com frequência efetiva nos cursos de especialização, na modalidade de Residências Médicas, Multiprofissionais e em área Profissional da Saúde, realizadas pelas SES-GO.

CLÁUSULA 4. DA INEXISTÊNCIA DE REPASSE FINANCEIRO

4.1 Para alcançar os objetivos definidos na cláusula primeira, as instituições signatárias desenvolverão suas ações de acordo com as propostas específicas no Plano de Trabalho e não haverá repasse orçamentário entre os partícipes. Que, uma vez definidas, serão formalizadas em comum acordo entre os partícipes.

CLÁUSULA 5. DOS COMPROMISSOS

5.1 O intercâmbio entre as instituições deverá ser capaz de promover como resultados esperados:

a) Qualificação dos servidores do SUS;
b) Aprimoramento e/ou aperfeiçoamento dos residentes, preceptores de Programas de Residências Médica, Multiprofissionais (Urgência e Trauma, Clínica Especializada, Endocrinologia e Infectologia) e em área Profissional da saúde (Cirurgia Buco-maxilo-facial) e outros que poderão ser criados, que desenvolvem atividades dentro das Unidades de Saúde da SES-GO e da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia;
c) Melhorar a capacidade de produção e disseminação de conhecimento resultante de projetos de pesquisa;
d) Ampliar e melhorar os Programas de Pós-graduação já existentes (aperfeiçoamento e/ou aprimoramento) incluindo as Residências em Saúde.

CLÁUSULA 6. DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

6.1 As atividades teóricas e práticas desenvolvidas por meio dos Programas de Residência Médica, Multiprofissional e em Área Profissional, não acarretarão vínculo empregatício de qualquer natureza, com a Secretaria de Estado da Saúde, conforme preconiza a Lei nº. 6.932/81 bem como com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Goiânia.

004101

004102

CLÁUSULA 7. DA FORMA DE EXECUÇÃO

7.1 O procedimento de execução das práticas de residências e da certificação de cursos, será especificado por meio de projeto elaborado para cada ação.

7.2 As atividades teóricas e práticas de residências serão realizadas nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde que apresentarem disponibilidade de vagas de acordo com as necessidades dos programas demandados e previamente planejados em comum acordo entre os partícipes.

CLÁUSULA 8. DAS ALTERAÇÕES

8.1 Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA 9. DA RESPONSABILIDADE COM OS RESIDENTES

9.1 A Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde não se responsabilizarão no tocante a obrigações futuras, caso ocorra algum incidente relacionado as atividades dos residentes nas unidades de saúde, estando estes desenvolvendo as atribuições pertinentes ao presente instrumento, tendo em vista que os mesmos já possuem cobertura pelo Seguro de Previdência Social.

CLÁUSULA 10. DA VIGÊNCIA

10.1 O presente Termo de Cooperação terá vigência por 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua outorga pelo Procurador do Estado e Chefe da Advocacia Setorial da Secretaria de Estado da Saúde, condicionada sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás. Podendo ser prorrogado em caso de interesse de ambas as partes, mantendo as demais cláusulas do presente Termo.

CLÁUSULA 11. ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

11.1 A fiscalização da execução do Termo de Cooperação será realizada pelo Gestor, nomeado por meio da portaria nº 087/2018-SES/GO, constante nos autos.

CLÁUSULA 12. DA PUBLICIDADE

12.1 As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente Termo de Cooperação, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

004103

004104

CLÁUSULA 13. DA PUBLICAÇÃO

13.1 Este Termo de Cooperação será publicado no Diário Oficial do Estado, a cargo da SES-GO, na forma de extrato, em consonância com o Parágrafo Único do Art. 61 da lei 8.666/93.

CLÁUSULA 14. DOS CASOS OMISSOS

14.1 Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, obedecendo aos ditames legais.

CLÁUSULA 15. DA RESCISÃO

15.1 – O presente Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou da inobservância das normas legais pertinentes e independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado ou ainda por mútuo acordo, mediante prévio aviso de 60 (sessenta) dias, conforme conveniência dos interesses recíprocos ou unilateralmente.

CLÁUSULA 16. DO FORO

16.1 Fica eleito o Foro da Comarca de Goiânia/GO, para dirimir dúvidas ou litígios oriundos da execução deste instrumento, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, em detrimento ao § 2º da Art. 55 da Lei 8.666/93.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos 21 dias do mês de Maio do ano de 2018.

WELLER JORGE CINTRA JÚNIOR
Procurador do Estado e Chefe da Advocacia Setorial da Secretaria de Estado da Saúde

LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde

FÁTIMA MRUE
Secretária Municipal de Saúde de Goiânia

004106

FOLHA 74

PLANO DE TRABALHO

1 – PARTÍCIPE 1

Nome do Partícipe 1 Município de Goiânia, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/SMS-GO			**C.N.P.J** 25.141.524/0001-23
Endereço Av. do Cerrado, n.º 999. 2º Piso, Bloco D, Parque Lozandes, Goiânia - GO			**Processo** 201600010009760
Cidade Goiânia	**UF** GO	**CEP** 74.884-900	**DDD/Telefone/FAX** (62) 3542 8268
Pagina na internet www.saude.goiania.go.gov.br			**Endereço eletrônico**
Nome do Responsável Legal Fátima Mrue			**CPF do Responsável** 285.954.911-00
Cargo Secretária Municipal de Saúde			**C.I./Órgão Exped/Data**

2 – PARTÍCIPE 2

Nome do Partícipe 2 Estado de Goiás, por meio da SES	**C.N.P.J** 02.529.964/0001-57
Nome do Representante Legal Leonardo Moura Vilela	
Endereço (Rua, Bairro, Cidade e CEP) Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia - GO	**Fone:** (062)3201-3869

3 - DESCRIÇÕES DO PROJETO

3.1 – Título do Projeto: Termo de Cooperação Técnica a ser realizado entre o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde e o Município de Goiânia, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.	**3.2 – Período de Execução:** 60 (sessenta) meses, a partir da outorga.

3.3 – Justificativa da Proposição:

3.3.1 – Justificativa contendo a caracterização dos interesses recíprocos – Os cursos de especialização, na modalidade de residências médica, multiprofissional e em área profissional de saúde, tem como característica a integração ao serviço público de saúde e a busca de respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços.

3.3.2 – A relação da proposta apresentada – A formação em serviço tanto em hospitais de ensino quanto nas unidades de saúde da rede pública reduz o distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde, promovendo a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade.

004107

004108

3.3.3 – Os objetivos a serem alcançados – Atender a demanda e completar a formação dos profissionais de saúde de uma forma mais próxima à realidade da população.

3.3.4 – A indicação do público alvo – Os alunos matriculados nos cursos de especialização, na modalidade de Residências Médica, Multiprofissional e em área Profissional da Saúde, realizadas pela SES-GO e SMS.

3.3.5 – O problema a ser solucionado e os resultados esperados – Necessidades locais e regionais de saúde que requer um atendimento à população de forma mais humanizada e coerente com os princípios do SUS, com enfoque na Atenção Primária.

3.3.6 – Informações relativas à capacidade técnica e gerencial do proponente para execução do objeto – A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia é responsável pela realização dos Cursos a serem certificados pela SES GO.

4 – Identificação do objeto a ser executado:

O objeto deste ajuste é a Cooperação Mútua entre os partícipes, a fim de proporcionar a certificação para os cursos oferecidos pela SMS, quando os mesmos não puderem ser certificados pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, bem como oferecerá vagas para os servidores municipais para cursos de capacitação, qualificação de preceptores, qualificação de docentes e especialização que sejam de interesse para o município de Goiânia dentro dos limites disponíveis pela SES e dos padrões da SEST-SUS para certificação e, campos de prática para Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, referente às residências implantadas pela mesma.
O presente instrumento visa a certificação dos cursos realizados pela SMS – Goiânia pela SES-GO e em Contrapartida a SMS – Goiânia disponibilizará para utilização da SES-GO as dependências das Unidades de Saúde do Município de Goiânia, como cenário de prática para os residentes médicos, multiprofissionais e de áreas específicas de saúde, oriundos dos programas coordenados pela Secretaria Estadual de Saúde – SES-GO.

5 – Metas a serem atingidas:

Utilização das Unidades em que se realizam atividades práticas de Atenção Primária à saúde pela SMS, como cenário de prática dos residentes dos programas de residência médica, e/ou Multiprofissional e em área profissional de saúde da SES-GO.

As atividades teóricas e práticas de residências serão realizadas nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde que apresentarem disponibilidade de vagas de acordo com as necessidades dos programas demandados e previamente planejado em comum acordo entre os partícipes.

6 – ETAPAS OU FASES

Etapas ou Fases	Especificação das Ações
1. Cronograma anual das disciplinas; 1.2 Campos cenários de práticas de residências	1. Elaboração de Cronograma anual de disciplinas, com definição de número de vagas para as duas instituições; 1.2 Encaminhamento da relação de alunos para COREME/COREMU de cada instituição

004109

004110

2. Demanda dos Programas 2.2 Execução	2.1. Encaminhamento das demandas de cada programa especificando o nº. de residentes, a área profissional, a unidade e o período de permanência. 2.2. Realização dos estágios
3. Utilização da contrapartida	3.1. Encaminhamento pela SMS do material de cursos necessário para a certificação, nos termos do procedimento interno da Escola de Saúde Pública/SES. 3.2. Encaminhamento pela SMS da demanda de vagas para cursos de capacitação/qualificação de seus servidores, fim de realização de levantamento e reserva quanto a disponibilidade das mesmas.

7 – DO PROPONENTE – CONTRAPARTIDA

Não haverá contrapartida financeira. Havendo, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, a concessão de campos para a realização de atividades práticas em áreas de saúde nas unidades da SMS, para os alunos que estejam comprovadamente matriculados e com freqüência efetiva nos cursos de especialização, na modalidade de Residências Médicas, Multiprofissionais e em área Profissional da Saúde, realizadas pelas SES-GO.

8 - PREVISÃO DO INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO

Etapas ou Fases	INÍCIO	FIM
1, 1.2, 2, 2.1, 3.	A partir da outorga	60 meses, após a outorga

9 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante do Proponente, PEDE DEFERIMENTO, na forma deste Plano de Trabalho.

Goiânia 02 de junho 2018
Local e Data

Fátima Mrue
Partícipe 1

10 - APROVAÇÃO

APROVADO

Goiânia 04 de junho 2018
Local e Data

Leonardo Moura Vilela
Partícipe 2

004111

004112

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA QUE ENTRE SI CELEBRAM A COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA / HUGO-COREME E A ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS/HAJ, na forma abaixo.

Pelo presente instrumento, o **Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz - HUGO**, Unidade Assistencial de Saúde da SES-GO, pessoa jurídica de direito público, CNPJ/MF nº 02.529.964/0008-23, com sede à Avenida 31 de Março esq. c/ 5ª Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, CEP 74.820-200, neste ato representado pelo Diretor de Ensino e Pesquisa, **André Luiz Braga das Dores,** brasileiro, médico, casado, inscrito no CRM/GO nº 6756 e RQE nº 1773, portador da CI/RG nº – 1509770 - SSP/GO e CPF nº 649.392.276-34, residente e domiciliado nesta Capital, a **COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME/HUGO** neste ato representado por seu Coordenador, **André Luiz Passos Cardoso,** brasileiro, médico ortopedista, inscrito no CRM/GO nº 8227 e RQE nº 4525, portador da CI/RG nº 31418651319175 - SSP/GO e CPF sob o nº 774 253.081-34, residente e domiciliado nesta Capital e pelo Supervisor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da Unidade, **Alex Caetano dos Santos,** brasileiro, médico cirurgião geral, inscrito no CRM/GO nº 8500 e RQE nº 4722, portadora da CI/RG nº 3283226 - DGPC/GO e CPF nº 576.596.642-04, residente e domiciliada nesta Capital, doravante designada **Unidade Coordenadora do Programa de Residência em Saúde – Primeira Compromissária** e a **Associação de Combate ao Câncer em Goiás / Hospital de Câncer Araújo Jorge,** pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 01.585.595/0001-57, com sede à Rua 239, nº 206, Setor Universitário, em Goiânia/GO, neste ato representado pelo Presidente da ACCG/HAJ, **Cláudio Francisco Cabral, brasileiro**, médico, CRM/GO nº 2464 – GO, portador do RG nº 157228 / SSP-GO e CPF nº 056.662.791-49, residente e domiciliado nesta Capital, Diretor Técnico do HAJ, **Carlos Henrique Ribeiro do Prado**, brasileiro, médico, CRM/GO nº 5548 – GO, portador do RG nº 1469080 – SSP/GO, CPF nº 409.404.331-20 e a **COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME/HAJ** neste ato representado por sua Coordenadora, **Rúbia Alessandra dos Santos Lopes Seixas,** brasileira, médica, inscrita no CRM/GO nº 15209,

004113

portadora da CI/RG nº 4270096 2ª Via/SPTC-GO e CPF nº 008.698.731-30, residente e domiciliado nesta Capital e pelo Supervisor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Oncológica/HAJ, **Eldom de Medeiros Soares**, brasileiro, médico, CRM/GO nº 17071 – GO, portador do RG nº 1465374-5 - MT e CPF nº 019.774.571-77, residente e domiciliado nesta Capital, doravante designada **Unidade do Campo de Prática do Programa de Residência em Saúde – Segunda Compromissária, pelo qual firmam o presente Termo de Cooperação Técnico-Científica**, em conformidade com o inc. V, do art. 214 da Constituição Federal de 1988, bem como da Lei de nº 6.494, de 07 de dezembro de 1977, com as alterações introduzidas pela Lei de nº 8859/94 c/c a Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008, estabelecer os compromissos, mediante os termos das cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente termo tem por objetivo proporcionar aos médicos residentes regularmente matriculados no Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia "Dr. Valdemiro Cruz" – HUGO a realização do estágio obrigatório em cirurgia oncológica junto à concedente, Hospital de Câncer Araújo Jorge – HAJ, que proporcionará a complementação do ensino e da aprendizagem e o intercâmbio entre os compromissários, com o objetivo de constituir em instrumento de integração em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico/científico, a permitir o médico treinando o domínio no manejo do serviço e consecução de seus fins de maneira eficiente.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DO ESTÁGIO

A concessão de estágio supervisionado formalizará mediante ofício a ser enviado pela Comissão de Residência Médica do Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, no início de cada mês em que o treinando deverá estagiar, informando:

1. O período do estágio;
2. O nome do treinando;
3. A (s) especialidade (s) médica (s) que o treinando atuará.

004115

004116

Parágrafo 1º - O médico treinando deverá ser supervisionado, orientado e avaliado por um preceptor especialista do Hospital de Câncer Araújo Jorge, local onde se realizará o estágio.

Parágrafo 2º - O estágio supervisionado seguirá o que está previsto no Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral/HUGO e será desenvolvido sob a orientação da mesma supervisão junto ao serviço campo do estágio, a ser promovido sob o acompanhamento direto do médico assistente da instituição CONCEDENTE, em acordo com a coordenação da COREME-HUGO.

Parágrafo 3º - Ao final do estágio, é dever do compromissário que recebeu o treinando transcrever a avaliação da atuação do treinando, a ser registrada pelo médico supervisor do HAJ, responsável pelo acompanhamento do médico treinando, que firmarão em ficha própria a avaliação deste e também avalizarão a folha de frequência apresentada pelo residente (ambas enviadas pela primeira compromissária), os quais devem retornar para a unidade de origem devidamente assinadas e carimbadas pelo supervisor responsável pelo acompanhamento do residente, durante o treinamento em serviço na Unidade do campo da prática.

Parágrafo 4º - Na ocorrência de qualquer falta ou infringência por parte do médico treinando às normas da unidade hospitalar, bem como às ordens dos supervisores dos serviços da unidade campo, deverá o signatário prejudicado comunicar tal fato à COREME/HUGO para fins de conhecimento, averiguação e, caso confirmado, a tomada de medidas disciplinares correspondentes.

Parágrafo 5º - Obrigam-se os compromissários a respeitar o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão, respeitando as 06 (seis) horas de day-off pós plantão noturno de 12h, imediatas ao plantão, devendo ainda obedecer às demais disposições contidas na Lei 6932/1981 c/c a Lei nº 6.9321 de 07/07/1962, que dispõe sobre as atividades do médico aluno/treinando e dá outras providências.

004117

004118

Parágrafo 6º - Obriga-se, ainda, a PRIMEIRA COMPROMISSÁRIA a garantir que o período de estágio na instituição CONCEDENTE ocorra em período não coincidente com os 30 (trinta) dias consecutivos de descanso anual a que o residente faz jus.

Parágrafo 7º - A PRIMEIRA COMPROMISSÁRIA obriga-se a efetuar o pagamento da bolsa a que o residente faz jus, no período em que o mesmo estiver cursando estágio obrigatório em estabelecimento da CONCEDENTE.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A formalização da concessão do estágio, efetivar-se-á mediante Termo de Compromisso de Estágio a ser firmado entre a **CONCEDENTE** e o Residente, com a interveniência da Comissão de Residência Médica - **COREME/HUGO**.

CLÁUSULA QUARTA – DO VÍNCULO

O presente Termo de Cooperação, sob hipótese alguma, ensejará qualquer vínculo empregatício entre os médicos residentes e a Unidade Concedente, conforme previsto no art. 2º e art. 3º da Lei de nº 11.788 de 25 de setembro de 2008.

CLÁUSULA QUINTA – DO ADITAMENTO E RESCISÃO

Este Termo de Cooperação poderá ser renovado de comum acordo, mediante assinatura de Termo Aditivo, e rescindido:

1) – Por um dos participantes com aviso prévio de 90 (noventa) dias antes do início do Programa de cada ano.

2) – Por infringência, pelos partícipes, de qualquer uma das cláusulas deste Convênio.

3) – Automaticamente, quando alguns dos servidores forem extintos.

004119

004120

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

Este Convênio terá vigência por 36 (trinta e seis) meses iniciando a partir da data da sua assinatura, podendo ser renovado mediante nova pactuação/aditivo.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

O presente instrumento tem por finalidade formalizar a relação jurídica específica e temporária estabelecida entre as partes e os médicos treinandos, posto a ausência de vínculo empregatício, haja vista não haver relação de emprego nas atividades empreendidas pelo médico treinando, tampouco, pagamento salarial, cabendo tão somente ao profissional em treinamento desenvolver suas atividades conforme programa de aprendizado a que se submeteu perante a seção de ensino e/ou seu preceptor responsável.

Parágrafo 1º - As partes, em qualquer tempo, poderão reclamar ou apontar qualquer incongruência e/ou vício nos serviços executados pelos médicos treinados ao primeiro compromissário, para as providências cabíveis.

Parágrafo 2º - Fica vedado a qualquer das partes, sem a expressa anuência da outra, transferir ou ceder, a qualquer título, os direitos e obrigações assumidas neste instrumento.

Parágrafo 3º - O presente Termo de Cooperação Técnica, em razão de sua própria natureza técnico-pedagógica, apresenta-se a título não oneroso, para ambas as partes contratantes. Não cabendo qualquer reivindicação remuneratória por parte nem da primeira compromissária, nem da segunda compromissária.

Parágrafo 4º - Os compromissários e a interveniente anuente, declaram ter conhecimento e estar de acordo com todo o teor deste instrumento, bem como declaram que receberam todos os esclarecimentos norteados e necessários para o perfeito entendimento de todas as suas cláusulas e condições.

004121

004122

CLÁUSULA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos conjuntamente pela COREME-HAJ e pela COREME-HUGO, e em último caso, pela Comissão Estadual de Residência Médica do Estado de Goiás – CEREM/GO.

E, por estarem de pleno acordo, os partícipes assinam este convênio em 03 (três) vias de igual teor na presença de 02 (duas) testemunhas.

Goiânia, 14 / outubro / 2020.

ANDRÉ LUIZ BRAGA DAS DORES
DIRETOR DE ENSINO E PESQUISA- HUGO

ANDRÉ LUIZ PASSOS CARDOSO
COORDENADOR DA COREME – HUGO

ALEX CAETANO DOS SANTOS
SUPERVISOR PRM CIRURGIA ONCOLÓGICA – HUGO

CLÁUDIO FRANCISCO CABRAL
PRESIDENTE DA ACCG/HAJ

CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DO PRADO
DIRETOR TÉCNICO DO HAJ

RÚBIA ALESSANDRA DOS S. L. SEIXAS
COORDENADORA DA COREME/HAJ

ELDOM DE MEDEIROS SOARES
SUP. DO PRM CIRURGIA ONCOLÓGICA/HAJ

TESTEMUNHAS:

1- **NOME:** Alessandra P. Carneiro Seixas **CPF:** 624.365.621-72

2- **NOME:** Maria Maria Dias dos Santos **CPF:** 320.645.861-72

004123

004124

TERMO DE CONVÊNIO E OUTRAS AVENÇAS

I - DAS PARTES

PRIMEIRO COMPROMISSÁRIO: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS - HUGO, com sede à Avenida 31 de Março, esquina com a 5ª Radial – Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP: 74.820-300, inscrito no CNPJ/MF nº 02.529.964/0008-23, neste ato representado pela sua **COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**, através do seu Coordenador Dr. Francisco Albino Rebouças Júnior, portadora do RG/CI nº 3999755 – DGPC/GO e do CPF: 902.031.431-91, residente e domiciliada em Goiânia/GO e pela sua **DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA**, através da sua titular **Dr. José Fernando Bastos Folgosi,** brasileiro, médico, casado, inscrito no CRM/GO nº 6676 e RQE nº 5095, portador da CI/RG nº –16264154-0 - SSP/SP e CPF nº 083.194.578-82, residente e domiciliado em Goiânia

PRIMEIRA INTERVENIENTE : Instituto CEM , pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de organização social, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF nº 12.053.184/0006-41**,** com sede matriz sito à Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, sala 26A Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada, pelo Diretor de Ensino e Pesquisa/HUGO, **Dr. José Fernando Bastos Folgosi,** brasileiro, médico, casado, inscrito no CRM/GO nº 6676 e RQE nº 5095, portador da CI/RG nº –16264154-0 - SSP/SP e CPF nº 083.194.578-82, residente e domiciliado nesta Capital. gestor das atividades de Ensino e Pesquisa do **HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO,** com sede à Avenida 31 de Março esq. c/ 5ª Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, CEP 74.820-200**,** inscrito no CNPJ/MF nº 02.529.964/0008-23**,** por força do Decreto nº 4142/2021-SES-GO.

SEGUNDO COMPROMISSÁRIO: HOSPITAL ENCORE, com sede à Rua Gurupi, R 109, Quadra 25, Lote 06/08, S/N, Vila Brasília, CEP: 74.905-350, Aparecida de Goiânia/GO, inscrito no CNPJ/MF nº 26.878.439/001-05, neste ato representado pela sua COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA, através da ou do seu ou sua Coordenadora ou Coordenador FLAVIO PASSOS BARBOSA, portadora o portador CPF:41477383115 residente e domiciliada à Rua Gurupi, R 109, Quadra 25, Lote 06/08, S/N, Vila Brasília, CEP: 74905350.

004126

II – DAS CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Considerando:

a) Os compromissos assumidos pelas pactuantes na busca da efetivação de estágio por médicos treinando de forma planejada, acompanhada e avaliada, conforme currículo e programas (conteúdo atualizado) previamente definidos, bem como quantidade de treinandos e respectivos vínculos institucionais;

b) Que o presente convênio deverá propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem, com o objetivo de constituir em instrumento de integração em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico-cultural-científico e de relacionamento humano a permitir o médico treinando a agilização de tarefas e consecução de seus fins de maneira eficiente;

c) A necessidade de se estabelecer normas e condições que disciplinem a forma como a supervisão do estágio do treinando médico será desenvolvida;

Resolvem estabelecer os termos adiante circunstanciados.

III – DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto e finalidade proporcionar parceria entre os signatários, visando o aprimoramento do ensino médico e o intercâmbio entre os compromissários, estabelecendo condições e normas para a complementação da aprendizagem.

IV – DAS CONDIÇÕES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

a) A concessão de estágio supervisionado formalizará mediante Ofício a ser enviado pelo setor responsável de um dos signatários ao outro, no início de cada mês em que o treinando deverá estagiar, informando:

1. O período de estágio;
2. O nome do treinando;
3. A(s) especialidade(s) médica(s) que o treinando atuará.

b) Sabe-se que o médico treinando deverá ser supervisionado, orientado e avaliado por um preceptor, devendo, deste modo, os supervisores dos signatários acompanharem a aquilatar os seus próprios e os que forem encaminhados para a sua unidade hospitalar pelo outro compromissário.

c) Ao final de cada período de estágio, o compromissário que recebeu o treinando deverá encaminhar ao outro pactuante a frequência e a avaliação do médico treinando.

004128

d) Os compromissários obrigam-se a instruir seus médicos de que deverão obedecer os programas, regras e normatizações da unidade hospitalar, bem como as ordens dos supervisores do referido serviço do(s) local(is) onde executarão sua(s) especialização(ões), preservando o sigilo e a confidencialidade das informações que tiver acesso, alertando-os que o seu descumprimento poderá acarretar na interrupção do programa de junto ao compromissário prejudicado.

e) Na ocorrência de qualquer falta ou infringência por parte do médico treinando às normas da unidade hospitalar, bem como às ordens dos supervisores do serviço do local, deverá o signatário prejudicado comunicar tal fato ao outro para fins de conhecimento e tomada de medidas que julgar comportáveis.

f) As partes ficarão responsáveis por quaisquer danos que seus médicos treinandos venham comprovadamente causar ao compromissário prejudicado e a terceiros, reparando, às suas expensas, os respectivos prejuízos que o vier a dar ensejo.

g) Cada pactuante arcará com ônus do pagamento integral da bolsa de seu treinando, quando for o caso, mesmo que o médico treinando execute parte de seu programa de aprendizado em outro signatário.

h) Competirá aos compromissários conceder, quando necessário, alimentação e alojamento aos seus próprios médicos treinandos e aos da outra pactuante quando os daquela estiverem prestando seus serviços em sua unidade hospitalar.

i) Obrigam-se as compromissárias a respeitar o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão, no programa dos cursos de residência médica, devendo, ainda, obedecer as demais disposições contidas na Lei nº 6.932 de 07/07/1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências, bem como o disposto na Resolução CNRM n. 01, de 16 de junho de 2011.

j) Cabe às partes concedentes definir o número de vagas de estágio.

k) No caso de rescisão antecipada, devem ser respeitados os estágios formalizados e em andamento, na medida em que evite prejuízos aos médicos educando e, consequentemente, às respectivas instituições.

V – DA RESCISÃO

O presente instrumento se extinguirá nas seguintes condições:

1. Mediante manifestação expressa de uma das partes, com a expedição de aviso prévio 90 (noventa) dias antes do início do programa de cada ano;
2. Quando houver descumprimento a algum dos termos e condições desta pactuação por qualquer uma das partes, mediante a prévia comunicação com 90 (noventa) dias de antecedência;

004129

004130

3. Automaticamente, quando algum serviço for extinto.

VI – DA VIGÊNCIA

O presente instrumento contratual terá vigência de 12 (doze) meses, iniciando - a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado mediante nova pactuação/aditivo.

VII – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

a) O presente instrumento tem por finalidade formalizar a relação jurídica específica e temporária estabelecida entre as partes e os médicos treinandos, posto a ausência de vínculo empregatício, haja vista não haver relação de emprego nas atividades empreendidas pelo médico treinando, tampouco, pagamento salarial, cabendo tão somente ao profissional em treinamento desenvolver suas atividades conforme programa de aprendizado a que se submeteu perante a SEÇÃO DE ENSINO e/ou seu preceptor.

b) As partes, a qualquer tempo, poderão reclamar ou apontar qualquer incongruência e/ou vícios nos serviços executados pelos médicos treinandos ao compromissário que efetuou a matrícula.

c) Fica vedado a qualquer das partes, sem a expressa anuência da outra, transferir ou ceder, a qualquer título, os direitos e obrigações assumidas neste instrumento.

d) Pactuam as partes que, a qualquer tempo, o presente instrumento contratual poderá ser distratado unilateralmente pelo COMPROMISSÁRIO, sem a incidência de qualquer multa, penalidade ou ônus, caso se materialize a rescisão do Contrato de Gestão, firmado pela

INTERVENIENTE ANUENTE com o Estado de Goiás, através de Secretaria Estadual de Saúde.

e) Os COMPROMISSÁRIOS e a INTERVENIENTE ANUENTE declaram ter conhecimento e estar de acordo com todo teor deste instrumento, bem como declaram que receberam todos os esclarecimentos norteadores e necessários para o perfeito entendimento de todas as suas cláusulas e condições.

f) Os casos omissos serão resolvidos conjuntamente com o setor responsável de ambas as signatárias.

g) As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de Goiânia/GO, como competente para dirimir quaisquer dúvidas, ações ou atos oriundos do presente instrumento, pelo que se tem por renunciado qualquer outro foro por mais privilegiado que seja.

h) O presente termo de convênio não induz sociedade, consórcio ou qualquer outra espécie de ato de coligação entre as partes, sendo cada uma delas exclusivamente responsável pelas respectivas obrigações, obrigando-se reciprocamente, a indenizarem a parte inocente que, demandada judicialmente, pague qualquer importância, a qualquer título, que seja de responsabilidade de uma das partes contratantes.

004132

i) E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente documento em três vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas aos finais nomeadas e que a tudo assistiram e conhecimento tiveram, para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Goiânia/GO, 20 de Maio de 2022.

Dr. Francisco Albino Rebouças Júnior
Coordenador
Comissão de Residência Médica - HUGO

Dr. José Fernando Bastos Folgosi
Diretor
Diretor de Ensino e Pesquisa - HUGO

Dr. FLÁVIO PASSOS BARBOSA
Coordenador de Residência Médica/ENCORE

Testemunhas:

Nome:

CPF/MF:

Nome:

CPF/MF:

004133

004134

Timbre

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO Nº 03/2021 - SES

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFG, CONSOANTE TERMOS ABAIXO ACORDADOS:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS,** doravante denominada **CONVENENTE** inscrita no CNPJ sob o nº 01.561.601/0001-43, situada na Av. Esperança S/N Campus Samambaia, Prédio da Reitoria, Goiânia-GO, neste ato representada por seu Reitor **EDWARD MADUREIRA BRASIL**, inscrito no CPF sob o n° 288.468.771-87 e RG/CI nº 1035570 SSP/GO, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

O **CONCEDENTE**, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE,** serão denominados como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL.

1.1. O presente CONVÊNIO decorre das normas e regulamentos da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, da Lei Federal nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 da Lei Estadual nº 17.928 de 17 de dezembro de 2012 e os autos administrativos do processo nº 202000010026502.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO.

2.1 O presente tem por objeto cooperação mútua entre os partícipes para proporcionar a realização de atividades de ensino em serviço em áreas de saúde para os alunos que estejam comprovadamente matriculados e com frequência efetiva nos cursos de especialização, na modalidade **residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde**, realizados pelas unidades académicas e órgãos da Universidade Federal de Goiás e pelas Unidades de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, bem como a realização de processo seletivo unificado, através do Centro de Seleção da UFG, para os programas de residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde da SES-GO.

004135

004136

história do processo de formação profissional para a área da saúde. Os cursos de especialização, na modalidade de residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde, vislumbram a integração ao serviço público de saúde e a busca de respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços o que gera um evidente e inquestionável fortalecimento do ensino e consequente fortalecimento do SUS em benefício da comunidade.

2.3. Os Programas de Residência Médica e/ou Multiprofissional e área profissional da saúde serão realizados em todas as unidades da SES-GO e em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular composta no programa.

2.4. A Universidade Federal de Goiás, com o presente Convênio, ficará habilitada através do Centro de Seleção, a executar o processo seletivo para os programas de residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde, bem como as Unidades de Saúde da SES estão equipadas e preparadas para receber os residentes para as atividades de ensino em serviço de atenção à saúde.

2.5. Tendo como principal meta: proporcionar ao estudante do programa de residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde, a complementação do ensino e de aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas, a fim de se constituir como instrumento de integração em termos de ensino prático em serviço/aperfeiçoamento, técnico cultural científico e de relacionamento humano (para Universidade Federal de Goiás). Já para Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, a meta a ser atingida é a realização do processo seletivo unificado dos programas de residência médica, multiprofissional e área profissional de saúde. Ficando os processos seletivos e a gestão administrativa e financeira dos processos seletivos ficará sob a responsabilidade do Centro de Seleção da UFG.

2.6. As metas e ações apresentadas nos itens 3, 4 e 6 do Plano de Trabalho, serão cumpridas anualmente durante o período de duração do Convênio, em conformidade com a cláusula 5ª deste instrumento.

2.7. O Plano de Trabalho, devidamente homologado, constitui-se em parte integrante e indissociável deste Convênio.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES.

3.1. DA CONVENENTE - COMPETÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.

3.1.1. Promover, em conjunto com a SES-GO, editais que comporão o Processo Seletivo Unificado para provimento das vagas anuais destinadas aos programas de residências que são promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.

3.1.2. Conceder campos para cenário de ensino em serviço no Hospital das Clínicas para os cursos de especialização na modalidade de residências da SES-GO, desde que observadas a disciplina e disponibilidade de vagas definidas anualmente entre os partícipes.

3.1.3. Reunir, sempre que necessário, com a Assessoria das COREME's da SES-GO, bem como com a Coordenação da Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde da SES-GO, para definição

004138

3.1.4. Demandar junto à SESG/SES-GO, por meio do coordenador do curso de especialização na modalidade residências da UFG (Hospital das Clínicas), o interesse na utilização das Unidades Assistenciais da Saúde da SES-GO (HUGO, HDT, HUGOL, HUAPA, HGG, MNSL, Materno Infantil,) especificando o número de residentes, a área, a unidade pretendida e o período de permanência.

3.1.5. Responsabilizar-se pela preceptoria e bolsa dos residentes.

3.1.6. Gerir financeira e administrativamente, sob sua responsabilidade e do Centro de Seleção da UFG, os processos seletivos para o preenchimento das vagas dos programas de residências da SES-GO.

3.2 – DA CONCEDENTE - COMPETÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE -GO.

3.2.1. Promover em conjunto com a UFG, editais que comporão o processo seletivo unificado para provimento de vagas anuais destinadas aos programas de residências que serão desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.

3.2.2. Reunir, sempre que necessário, com a UFG e o Centro de Seleção da UFG para definição das obrigações dos partícipes nos editais e execução dos processos seletivos.

3.2.3. Conceder campos para cenário de ensino em serviço nas Unidades Assistenciais de Saúde da SES-GO (HUGO, HDT, HUGOL, HUAPA, HGG, MNSL, Materno Infantil, etc.) para os cursos de especialização na modalidade de residências da UFG, desde que observadas a disciplina e disponibilidade de vagas definidas anualmente entre os partícipes.

3.2.4. Supervisionar as atividades práticas no âmbito das unidades assistenciais da SES-GO.

3.2.5. A fiscalização da execução do convênio será realizada pela gestora do convênio, nomeada por meio da Portaria nº 969/2021, constante nos autos.

CLÁUSULA QUARTA - DA CONTRAPARTIDA.

4.1. Não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, determinando-se que os ônus decorrentes de ações específicas são de responsabilidade legal de cada partícipe, não haverá também a realização de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial.

4.2. A titularidade dos bens permanentes inerentes à execução deste instrumento estão representados por inventário de bens de cada partícipe.

4.3. Em contrapartida ao uso de campos da SES-GO, a UFG promoverá a realização de processos seletivos unificados, por meio do Centro de Seleção da UFG/GO, para provimento das vagas dos programas de residências médica, multiprofissional e em área da saúde desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES E DA VIGÊNCIA

5.1. Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através do Termo Aditivo.

004140

5.2. O presente Convênio terá vigência por **60 (sessenta) meses,** contados **a partir da data da assinatura do Secretário Estadual da Saúde, condicionada a sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.**

CLÁUSULA SEXTA- DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO.

6.1. A fiscalização da execução do Convênio será realizada pelo Gestor, nomeado por meio de portaria, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.2. Quanto ao acompanhamento, haverá o direito de livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas ao Convênio, bem como aos locais de execução do respectivo objeto.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS.

7.1. Deverá, a PROPONENTE, realizar a prestação de contas regularmente (mensalmente) no que tange à execução de atividades inerentes ao exercício do estágio, bem como devendo informar também acerca da produção acadêmico-científica realizada.

7.2. Deverá, a CONCEDENTE, por meio de seu quadro de pessoal e recursos tecnológicos disponíveis, realizar o monitoramento das atividades, bem como da produção acadêmico-científica realizadas, informando documentalmente, por meio do gestor do Convênio, observados padrões metodológicos.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE PELA EXECUÇÃO EM PARALISAÇÃO.

8.1. Em caso de paralisação da execução das atividades contidas neste objeto, seja por caso fortuito, força ...ior, não atendimento ao interesse público, desinteresse pela continuidade pelos partícipes, ou outros ...notivos, é atribuído ao CONCEDENTE - SES-GO, a prerrogativa de assunção integral da responsabilidade pela execução do objeto, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo o mesmo possuir plano alternativo de alocação de seu parque laboratorial.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICIDADE E PUBLICAÇÕES.

9.1. As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

9.2. Como condição indispensável para a eficácia deste Termo, ele será publicado em forma de extrato, pela UFG no Diário Oficial da União e pela Secretaria de Estado da Saúde no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS CASOS OMISSOS.

004141

004142

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS RECURSOS EVENTUALMENTE RECEBIDOS.

11.1. Embora consignado anteriormente que não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, registra-se que a PROPONENTE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS será exclusivamente responsável pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos eventualmente recebidos por terceiros alheios a este instrumento, inclusive relativos às despesas de pessoal, custeio e investimentos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:

12.1. O Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou inobservância das normas legais pertinentes, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado unilateralmente, ou por mútuo acordo, mediante prévio aviso a ser publicado no prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

12.2 - Os partícipes têm a faculdade de rescindirem o instrumento, a qualquer tempo, por ato devidamente justificado, seguindo o item XIII do art. 62 da lei nº 17.928/12.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO E DA DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM.

13.1. As controvérsias quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da **CÂMARA DE MEDIAÇÃO E DE CONCILIAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL**, na forma do o Decreto nº 10.608/2020, art. 18.

13.2. Fica eleito o foro da **Justiça Federal, Seção Judiciária do Estado de Goiás, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios acaso surgidos em decorrência do presente instrumento.**

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos e desejados efeitos.

GOIANIA, 29 de julho de 2021.

logotipo Documento assinado eletronicamente por **Edward Madureira Brasil**, **Usuário Externo**, em 18/08/2021, às 10:36, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

logotipo Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 26/08/2021, às 17:00, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

QRCode Assinatura A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000022908439** e o código CRC **51CF0BC6**.

004144

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Convênio 2/2022 - SES

Convênio celebrado entre o Estado de goiás, por meio da secretaria de estado da saúde de goiás e a UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, na forma abaixo:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS,** doravante denominada **CONVENENTE** inscrita no CNPJ sob o nº 01.567.601/0001-43, situada na Av. Esperança S/N Campus Samambaia, Prédio da Reitoria, Goiânia-GO, neste ato representada por sua Reitora **ANGELITA PEREIRA DE LIMA**, inscrito no CPF sob o n° 363.357.701-72 e RG/CI nº 1333488 SSP/GO, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

O **CONCEDENTE**, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE,** serão denominados em conjunto como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1.1 O presente Convênio decorre das normas e regulamentos da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, e da Lei estadual nº 17.928, de 27/12/2012, tudo conforme o processo nº 202000010026501.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E JUSTIFICATIVA.

2.1 O presente Convênio tem por objeto a cooperação mútua entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e a Universidade Federal de Goiás, *com a finalidade de proporcionar a realização de estágio curricular obrigatório e aulas práticas nas unidades de saúde da SES/GO, para os alunos que estejam comprovadamente matriculados e com frequência efetiva nos cursos de graduação ministrados pela Universidade Federal de Goiás - UFG.*

2.2. O presente Convênio apresenta como título do projeto: "Convênio para concessão de estágio curricular obrigatório e aulas práticas dos cursos de graduação da área da saúde da UFG, que entre si celebram o Estado de Goiás, através de sua Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Federal de Goiás."

2.3. O estágio supervisionado é um estágio de caráter obrigatório para a conclusão da graduação. Na execução deste, se buscará orientar o aluno acerca do perfil profissional dos cursos oferecidos pela UFG, priorizando efetivamente sua atuação junto a uma equipe multiprofissional, prestando assistência nos níveis de atenção básica da assistência a saúde, visando à prevenção, recuperação e promoção da saúde, efetivando de tal modo o objetivo principal do SUS junto à comunidade, que é a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

2.4. Os estágios obrigatórios e aulas práticas serão realizados em todas as unidades da SES-GO e em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular composta no programa.

2.5. Os objetivos a serem alcançados é são desenvolvimento das atividades práticas do estudante, treinamento em ambiente real, capacitação de profissionais da saúde.

2.6. Público Alvo: Os alunos matriculados na Instituição de Ensino, bem como os usuários do SUS.

004145

004146

2.7. O problema a ser solucionado é permitir o cumprimento de estágio curricular obrigatório para conclusão da graduação, assim como a realização das aulas práticas.

2.8. A Universidade Federal de Goiás – UFG está habilitada e credenciada para realização do objeto do convênio.

2.9. O estudante ao final do estágio curricular obrigatório será capaz de obter uma percepção generalista, humanitária e reflexiva relacionada às áreas de atenção e assistência relacionada aos cursos oferecidos pela UFG, bem como, sobre a inserção e atuação do profissional no seu ambiente de trabalho.

2.10. O estágio deverá proporcionar ao estudante a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários acadêmicos/escolares, a fim de se constituir como instrumento de integração em termos de ensino prático em serviço/aperfeiçoamento, técnico cultural científico e de relacionamento humano.

2.11. O estágio somente poderá ser realizado em Unidades Assistenciais da SES/GO, ou mesmo no âmbito central desta, em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular.

2.12. Cabe à CONVENENTE a indicação e a substituição de estagiários, mediante solicitação enviada por escrito Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG da Secretaria de Estado de Saúde – SES/GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho.

2.13. As atividades de aprendizagem, que deverão ser desenvolvidas pelo estagiário, ficarão sob a responsabilidade e coordenação da CONVENENTE, conforme regulamentação prevista no art. 7º da Lei federal nº 11.788/08.

2.14. O estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza, com o CONCEDENTE, conforme preconiza a Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

3.1 – DO PARTÍCIPE I - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, EM RELAÇÃO AO ESTÁGIO:

3.1.1 Encaminhar ao Gabinete da Superintendência da SESG/SES-GO, via ofício em papel timbrado, com antecedência de no máximo 15(quinze) dias úteis antes do início das atividades, a solicitação de vagas para o campo de estágio, citando:

a) Unidades da SES-GO onde se desenvolverão os estágios;

b) Relação dos professores orientadores de estágio, com graduação e registros nos respectivos Conselhos de Classe;

c) Relação nominal dos responsáveis pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios;

3.1.2. Comunicar à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial o início do período letivo, bem como a programação para a realização das avaliações acadêmicas;

3.1.3. A Convenente deverá apresentar, à Unidade Assistencial, a matriz curricular com determinação da carga horária para realização do estágio e área de concentração;

3.1.4. Encaminhar a SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial, ofício com a relação nominal de alunos com declaração de frequência por turma;

3.1.5. Designar um Professor orientador de estágio, com graduação e registro no Conselho de Classe, como responsável pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios, de acordo com o número de alunos máximo permitido pela legislação vigente;

3.1.6. Apresentar o Supervisor/Preceptor/Monitor que deverá preferencialmente fazer parte do quadro de pessoal da Concedente, bem como possuir e comprovar a formação exigida, conforme estabelecido no item 3.2.4;

3.1.7. Informar ao Professor orientador de estágio que o mesmo deverá, antes de iniciar as atividades, assinar junto a SESG/SES-GO, o Termo de Compromisso, bem como participar do processo de ambientação e conhecimento das normas e procedimentos da Unidade Assistencial, promovido pela mesma;

3.1.8. Informar que o Supervisor/Preceptor/Monitor deve acompanhar os estagiários durante toda a permanência dos mesmos na Unidade Assistencial/SES, cumprindo a carga horária estipulada na matriz curricular, conforme parágrafo 1º do art. 3º da Lei Federal 11.788/08;

3.1.9. Efetuar o controle da assiduidade dos estudantes participantes do estágio, através dos Professores orientadores de estágio e do Supervisor/Preceptor/Monitor das unidades assistenciais da SES-GO, encaminhando cópia da frequência ao DEP;

004147

004148

3.1.10. Responsabilizar-se pela conduta dos seus acadêmicos, no sentido de que os mesmos cumpram as condições fixadas para o estágio, bem como, as normas que resguardam o sigilo profissional e a veiculação de informação a que tenha acesso;

3.1.11. Providenciar seguro contra acidentes pessoais para os estagiários; encaminhando nome da seguradora e número da apólice para SESGUS/SES-GO;

3.1.12. Analisar e discutir o Plano de Trabalho/Plano de Disciplina desenvolvido pelo estagiário no local do estágio, visando à realização teoria/prática;

3.1.13. Estabelecer critérios para o credenciamento de Supervisor/Preceptor/Monitor;

3.1.14. Comunicar, por escrito à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistência, o desligamento do estudante, qualquer que seja o motivo, num prazo Máximo de 10 (dez) dias após a constatação do fato;

3.1.15. Exigir do Professor orientador de estágio e do Supervisor/Preceptor/Monitor, a apresentação de relatório das atividades ao término de cada semestre letivo, e encaminhar cópia para o DEP;

3.1.16. Zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso, reorientando os estagiários para outro local em caso de descumprimento de suas normas.

3.1.17. Encaminhar para a Superintendência da SEST-SUS/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

3.1.18. Possibilitar o monitoramento e avaliação dos recursos humanos e tecnológicos que serão empregados na atividade ou, se for o caso, a indicação da participação de apoio técnico nos termos previstos no § 1º do art. 58 da Lei 13.019/2014, bem como a prerrogativa atribuída à administração pública para assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

3.1.19. Possibilitar o livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas ao CONVÊNIO, bem como aos locais de execução do respectivo objeto.

3.2 – DO PARTÍCIPE II - COMPETÊNCIA DA SES-GO, EM RELAÇÃO AO ESTÁGIO:

3.2.1. Celebrar o Termo de Compromisso com vistas do Professor orientador de estágio e do Supervisor/Preceptor/Monitor, com a instituição de ensino e o educando, zelando pelo seu cumprimento;

3.2.2. Proporcionar estágio curricular obrigatório/optativo sobre a forma de treinamento em serviço dentro de suas possibilidades e limites, aos alunos encaminhados pelo Convenente dentre aqueles que estiverem regularmente matriculados em condições de estagiar e em conformidade com a organização didática e a matriz curricular apresentada pela Conveniada;

3.2.3. Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem, social, profissional e cultural;

3.2.4.Indicar servidores de seu quadro de pessoal, com formação e experiência profissional nas áreas especifica, dos estagiários, para orientar e supervisionar no máximo 10 (dez) estagiários ou em conformidade com a determinação de cada conselho de classe e deliberação do CCIH de cada unidade, conforme inc. III do art.7º da Lei Federal 11.788/08;

3.2.5. Promover momento de ambientação para Professor orientador de estágio antes do início de suas atividades, para que o mesmo seja acolhido e se ambiente com rotinas, procedimentos, princípios éticos, medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

3.2.6. Promover treinamento introdutório, para os estagiários admitidos no Campo de Estágio, com o objetivo de acolhimento e inserção dos mesmos, em princípios éticos, em rotinas de prevenção e controle de infecção hospitalar, no entendimento do processo da rede SUS, dentre outros;

3.2.7. Prover o estagiário de crachá de identificação e informá-lo da obrigatoriedade do uso do mesmo nas dependências do Campo de Estágio;

3.2.8. Distribuir os estagiários conforme escala programada e apresentada pelo Professor orientador de estágio, em comum acordo com o Supervisor/Preceptor/Monitor da área da Unidade Assistencial e SES-GO;

3.2.9. Em caso de desistência do Campo de Estágio por parte da Conveniada, conforme estabelecido em cronograma e acordado entre as partes será prerrogativa da SES/Unidade Assistencial, substituir a vacância, se lhe for

004149

004150

conveniente;

3.2.10. Enviar à instituição de ensino, através dos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, com periodicidade mínima de 06 (seis) meses, relatório de atividades do estagio curricular obrigatório, com assinatura do estagiário;

3.2.11. Manter nos DEPs das unidades assistenciais da SES-GO, à disposição da fiscalização, documentos que comprovem a relação de estágio;

3.2.12. Fornecer o certificado de estágio às UNIDADES ACADÊMICAS, mencionando o período, a carga horária e as principais atividades desenvolvidas pelos estudantes nas suas respectivas áreas.

3.3 – DO PARTÍCIPE I - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, EM RELAÇÃO ÀS AULAS PRÁTICAS:

3.3.1 Encaminhar para a Superintendência da SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO;

3.3.2 Determinar que o professor responsável pela disciplina esteja presente durante toda permanência dos estudantes nas unidades da SES/GO;

3.3.3 Orientar os estudantes nas atividades teóricas, práticas e nas pesquisas;

3.3.4 Responsabilizar-se pela conduta de seus estudantes, para que os mesmos respeitem as normas das unidades de saúde, bem como as normas que resguardam o sigilo profissional.

3.4 - COMPETE AO PARTÍCIPE SES, EM RELAÇÃO AS OBRIGAÇÕES DAS AULAS PRÁTICAS:

3.4.1 Propiciar aos alunos e ao Professor da disciplina, condições de vivenciarem o aprendizado, por meio de experiências práticas, mediante participação em situações reais de trabalho;

3.4.2 Oferecer condições para que os alunos sejam supervisionados por docentes da UFG, facilitando, mediante prévia autorização, a condição da aula no local de trabalho.

CLÁUSULA QUARTA - DA CONTRAPARTIDA.

4.1 A Instituição de Ensino conveniada será responsável pela prestação de uma ou mais das contrapartida descrita nos termos da Portaria nº 225 /2020 – SES. Dentre elas:

4.1.1 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito privado:

a) Oferta de cursos de interesse da SES-GO, podendo cada curso ser ofertado simultaneamente, por no máximo, duas Instituições de Ensino Superior;

b) Oferta de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO; cessão de espaços para eventos de integração ensino serviço, tais como: salas de aula, auditórios, laboratórios técnicos; e disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual.

c) Caso não seja possível a oferta de contrapartida nos termos das alíneas "a" e "b" desta cláusula, a Instituição de Ensino repassará ao Fundo Estadual de Saúde – FES, por hora de estágio cumprida e por aluno (valor aluno/hora), os valores a seguir.

c.1) R$ 8,00 (oito reais) para o Curso de Graduação em Medicina;

c.2) R$ 6,00 (seis reais) para os demais Cursos de Graduação e Cursos de Pós-Graduação;

c.3) R$ 3,00 (três reais) para os Cursos de Nível Técnico.

4.1.2 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito público:

a) Durante a vigência deste instrumento, total de 03 (três) vagas em cursos de extensão e pós-graduação lato sensu, oferecidos pela convenente, mediante programação prévia e disponibilidade de vagas, desde que atendidas as condições de cada edital;

b) Uso de laboratórios técnicos de diversas especialidades da Instituição de Ensino para atividades destinadas à qualificação de profissionais do Sistema Único de Saúde, mediante programação prévia e disponibilidade;

c) Uso dos laboratórios de informática da Instituição de Ensino em cursos, projetos e oficinas ofertados pela SES-GO, mediante programação prévia e disponibilidade;

d) Uso de espaços para eventos ofertados pela SES-GO, tais como salas de aula, auditórios, estúdios, mediante programação prévia e disponibilidade;

004152

e) Garantia de vagas em Seminários, Congressos e outros eventos promovidos pela convenente, para servidores do SUS encaminhados pela SESG, mediante programação prévia e disponibilidade de vagas;

f) Indicação de profissionais para realizar palestras, cursos, workshop etc., na SES-GO ou Unidades Assistenciais de Saúde, mediante programação prévia e disponibilidade;

g) Realização de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO, mediante programação prévia e disponibilidade;

h) Transferência de tecnologia, mediante disponibilidade e instrumento específico;

i) Disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual, mediante programação prévia e disponibilidade;

j) Outros formatos de interesse da SES-GO e possibilidades da Convenente, previamente pactuados.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES:

5.1 Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA - DA EXECUÇÃO DO ESTÁGIO

6.1 Para o desenvolvimento das ações descritas no objeto deste convênio, a SES/GO será representada por equipe multidisciplinar.

6.2 O estágio obrigatório somente poderá ser desenvolvido sob o acompanhamento efetivo de Professor orientador de estágio, integrante do quadro de pessoal da Instituição de Ensino, e, no caso de estágio para estudantes do curso de medicina, ao Preceptor, capacitado especialmente para essa função.

6.3 O estágio obrigatório não será remunerado.

6.4 Todas as despesas correntes, de capital e administrativas atinentes ao processo ensinoaprendizagem decorrentes deste Convênio serão custeadas com recursos próprios da CONVENENTE.

6.5 Para cada curso em estágio, as Unidades Assistenciais da SES/GO receberão o número de estagiários compatíveis com a capacidade instalada da Unidade Assistencial da SES/GO, respeitando-se a determinação de cada conselho de classe e as prerrogativas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, de cada unidade, de acordo com inciso III do art. 7º da Lei federal nº 11.788/2008.

6.6 As Unidades Assistenciais da SES/GO poderão, a seu critério, receber estagiários para os períodos parciais e integrais de estágio, bem como para os períodos compreendidos dentro e fora do calendário acadêmico/escolar de aulas, desde que respeitado o que dispõe a Lei federal nº 11.788/2008.

6.7 As atividades desenvolvidas pelos estagiários deverão ser somente as compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso e o plano de ensino será discutido antecipadamente entre a CONVENENTE e a SES/GO, atendendo o perfil das Unidades.

6.8 As vagas de estágio e atividades complementares curriculares de ensino em saúde disponibilizadas pela SES/GO serão ofertadas prioritariamente para as Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico do Estado de Goiás, de acordo com a capacidade instalada das Unidades Assistenciais da SES/GO

CLÁUSULA CLÁUSULA SÉTIMA- DA VIGÊNCIA, DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO:

7.1. A avaliação dos estagiários será realizada, no decorrer do processo de estágio, pelo Professor orientador do estágio juntamente com o profissional referenciado na alínea "e" do item 4.2, da Cláusula 4, do presente instrumento e, nos casos de estágio para estudantes do curso de medicina, pelo Preceptor, com envio posterior de relatório final ao DEP da Unidade Assistencial da SES/GO em que o estágio foi realizado. O referido relatório terá que estar em conformidade com a matriz curricular do estágio apresentado pela CONVENENTE, conforme estabelece este Instrumento de Ajuste.

7.2. Ao final do estágio, a CONVENENTE, deverá fazer, juntamente com a SES/GO, à avaliação final do estagiário, com base nos critérios pré-estabelecidos no plano da disciplina.

7.3. Ficará a cargo da CONVENENTE, apresentar relatório final da avaliação realizada por turma à ESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de

004153

004154

execução do trabalho, o resultado final para adquirir o certificado de conclusão do estágio com assinatura da SESG/SES-GO.

7.4. O presente CONVÊNIO terá vigência por 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.

7.5. Deverá, a CONCEDENTE, por meio de seu quadro de pessoal e recursos tecnológicos disponíveis, realizar o monitoramento das atividades, bem como da produção acadêmico-científica realizadas, informando documentalmente, por meio do gestor do Convênio, observados padrões metodológicos.

7.6. A fiscalização da execução do CONVÊNIO será realizada pelo Gestor, nomeado por meio de portaria, Publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

7.7. O Presente Convênio já foi acolhido pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde através do Despacho nº 35778/2020 – SES/GO.

CLÁUSULA OITAVA - DO VINCULO EMPREGATÍCIO:

8.1 O estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza, com o CONCEDENTE, conforme preconiza a Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA NONA - DO PLANO DE TRABALHO:

9.1 As metas e ações devem ser cumpridas anualmente, durante o período de duração do CONVÊNIO, conforme Cronograma de Desenvolvimento de Metas e Ações no Plano de Trabalho.

9.2 O Plano de Trabalho, devidamente homologado, constitui-se em parte integrante e indissociável deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICIDADE E DA PUBLICAÇÃO:

10.1 As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente CONVÊNIO, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

10.2 Como condição indispensável para a eficácia deste Termo, ele será publicado em forma de extrato, pela UFG, no Diário Oficial da União; e pela Secretaria de Estado da Saúde no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS CASOS OMISSOS:

11.1. Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, obedecendo aos ditames legais.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:

12.1 O presente Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou inobservância das normas legais pertinentes, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado unilateralmente, ou por mútuo acordo, mediante prévio aviso a ser publicado no prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

12.2 Os partícipes têm a faculdade de rescindirem o instrumento, a qualquer tempo, por ato devidamente justificado, seguindo o item XIII do art. 62 da lei nº 17.928/12.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS DEVERES DO ESTAGIÁRIO:

13.1. São deveres do estagiário:

a) Assinar a Ficha de Inscrição e o Termo de Compromisso de Estágio com a SES/GO, junto à SESG/SES-GO, para fins de participação nas atividades do estágio.

b) Postar-se de forma ética, moral e profissional, bem como, comprometer-se com as medidas de segurança do trabalho, prevenção e controle de infecção hospitalar.

c) Respeitar as normas e regulamentos internos ou externos do Campo de Estágio.

d) Utilizar, obrigatoriamente, o crachá de identificação, que será fornecido pelo CONCEDENTE, nas dependências das suas Unidades Assistenciais.

e) Estar devidamente uniformizado conforme estabelecido no Regimento Interno da respectiva Unidade Assistencial da SES/GO.

004156

f) Permanecer no Campo de Estágio apenas no horário e/ou período regulamentar destinado ao mesmo.

g) Realizar somente atividades pertinentes ao estágio descritas na programação curricular estabelecida para seu curso.

h) Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras e estranhas àquelas inerentes à finalidade do Convênio.

i) Ser assíduo e pontual com os horários previamente estabelecidos pela Instituição de Ensino/Unidade Assistencial da SES/GO.

j) Desenvolver e manter o ambiente de trabalho agradável e boas relações com os supervisores hierárquicos.

k) Centralizar toda a atenção ao bem-estar do paciente, apresentar-se de maneira discreta, usando sempre jaleco branco, sapatos fechados, cabelos presos, e maquiagem discreta e demais orientações da CCIH da Unidade para o uso de adornos, dentre outros.

l) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional.

m) Cumprir a legislação relacionada à saúde e à segurança do trabalhador, nos termos das Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, que se relacionem com sua área de atuação.

n) Zelar pela conservação e ordem do material permanente e equipamentos do Campo de Estágio.

o) Participar da semana de acolhimento na Unidade Assistencial da SES/GO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOS DIREITOS DOS ESTAGIÁRIOS E DO DESLIGAMENTO.

14.1. São direitos do estagiário:

a) Ter acesso às instalações do Campo de Estágio.

b) Receber orientações e as devidas assistências requeridas, por meio do Professor orientador de estágio, juntamente com o profissional referenciado no item 3.2.4,da Cláusula Terceira, do presente instrumento, e, nos casos de estágio para estudantes do curso de medicina, do Preceptor.

c) Se aprovado na disciplina de estágio, receber declaração de conclusão da carga horária descrita na matriz curricular de estágio emitida pela SESG/SES-GO.

14.2 O estudante será afastado do estágio por um dos seguintes motivos:

a) Automaticamente, ao término do estágio.

b) Abandono, caracterizado por ausência não justificada por três dias consecutivos ou cinco dias intercalados no período de um mês; ou que corresponda a mais de 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária prevista para o estágio.

c) Interrupção do curso na Instituição de Ensino.

d) A pedido do estagiário, de forma escrita, à SESG/SES-GO.

e) Comportamento funcional ou social incompatível com as normas éticas e administrativas do local em que venha exercendo seu estágio na SES/GO.

f) Ex-ofício, no interesse da SES/GO.

g) Comprovando-se a falta de aproveitamento no estágio, depois de decorrida a terça parte do tempo previsto para a sua duração.

h) Em atendimento a qualquer dispositivo de ordem legal ou regulamentar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PENALIDADES E DAS RESTRIÇÕES:

15.1 – Poderá, o CONCEDENTE, vetar, suspender ou excluir Supervisor/Preceptor/Monitor e estagiário, fundamentado nos instrumentos legais internos ou externos que regem as Unidades Assistenciais da SES/GO, comunicando por escrito à Direção da CONVENENTE, os motivos, razões e decisão tomada.

15.2 - A Instituição de Ensino que não cumprir o Cronograma estabelecido e não justificar sua falta para uso do Campo de Estágio, conforme acordado entre as PARTÍCIPES (SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO e Instituição de Ensino), estabelecido neste Termo de Ajuste, será excluída do próximo cronograma.

15.3 - Caso a CONVENENTE não cumpra o que estabelece este Termo de Ajuste, a mesma será notificada formalmente, com prazo de 30 (trinta) dias, para regularizar a situação e, se após a notificação e decorrido o prazo

004158

estabelecido para regularização, a mesma não providenciar os ajustes solicitados, a SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO poderá encerrar a realização do estágio em curso.

15.4 - Não será permitido o ingresso no Campo de Estágio sem a entrega prévia e devida da documentação exigida dentro das formalidades legais de execução de estágio.

15.5 - No caso em que houver encerramento da vigência deste Convênio e a CONVENENTE não enviar a solicitação de prorrogação do prazo, juntamente com a documentação necessária, em tempo hábil para a alteração do prazo, a CONVENENTE não terá direito aos campos de estágios interrompidos.

15.6 - O estagiário que descumprir qualquer item das Cláusulas Décima Terceira e Décima Quarta poderá ter seu estágio suspenso, após notificação final da SESG/SES-GO à CONVENENTE.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA -DO FORO E DA DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM.

16.1 - As controvérsias quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da CÂMARA DE MEDIAÇÃO E DE CONCILIAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL, na forma do o Decreto nº 10.608/2020, art. 18.

16.2 - Fica eleito o foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Estado de Goiás, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios acaso surgidos em decorrência do presente instrumento.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Secretário de Estado da Saúde

ANGELITA PEREIRA DE LIMA

Reitor da Universidade Federal de Goiás

Documento assinado eletronicamente por **Angelita Pereira de Lima**, **Usuário Externo**, em 24/03/2022, às 10:08, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000028411591** e o código CRC **8BDCE4D6**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS
NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO - CEP 74000-000 - .

Referência: Processo nº 202000010026501 SEI 000028411591

004159

004160

Timbre

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO Nº 03/2021 - SES

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFG, CONSOANTE TERMOS ABAIXO ACORDADOS:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS,** doravante denominada **CONVENENTE** inscrita no CNPJ sob o nº 01.561.601/0001-43, situada na Av. Esperança S/N Campus Samambaia, Prédio da Reitoria, Goiânia-GO, neste ato representada por seu Reitor **EDWARD MADUREIRA BRASIL**, inscrito no CPF sob o n° 288.468.771-87 e RG/CI nº 1035570 SSP/GO, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

O **CONCEDENTE**, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE,** serão denominados como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL.

1.1. O presente CONVÊNIO decorre das normas e regulamentos da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, da Lei Federal nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 da Lei Estadual nº 17.928 de 17 de dezembro de 2012 e os autos administrativos do processo nº 202000010026502.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO.

2.1 O presente tem por objeto cooperação mútua entre os partícipes para proporcionar a realização de atividades de ensino em serviço em áreas de saúde para os alunos que estejam comprovadamente matriculados e com frequência efetiva nos cursos de especialização, na modalidade **residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde**, realizados pelas unidades académicas e órgãos da Universidade Federal de Goiás e pelas Unidades de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, bem como a realização de processo seletivo unificado, através do Centro de Seleção da UFG, para os programas de residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde da SES-GO.

004162

história do processo de formação profissional para a área da saúde. Os cursos de especialização, na modalidade de residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde, vislumbram a integração ao serviço público de saúde e a busca de respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços o que gera um evidente e inquestionável fortalecimento do ensino e consequente fortalecimento do SUS em benefício da comunidade.

2.3. Os Programas de Residência Médica e/ou Multiprofissional e área profissional da saúde serão realizados em todas as unidades da SES-GO e em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular composta no programa.

2.4. A Universidade Federal de Goiás, com o presente Convênio, ficará habilitada através do Centro de Seleção, a executar o processo seletivo para os programas de residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde, bem como as Unidades de Saúde da SES estão equipadas e preparadas para receber os residentes para as atividades de ensino em serviço de atenção à saúde.

2.5. Tendo como principal meta: proporcionar ao estudante do programa de residência médica, multiprofissional e área profissional da saúde, a complementação do ensino e de aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas, a fim de se constituir como instrumento de integração em termos de ensino prático em serviço/aperfeiçoamento, técnico cultural científico e de relacionamento humano (para Universidade Federal de Goiás). Já para Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, a meta a ser atingida é a realização do processo seletivo unificado dos programas de residência médica, multiprofissional e área profissional de saúde. Ficando os processos seletivos e a gestão administrativa e financeira dos processos seletivos ficará sob a responsabilidade do Centro de Seleção da UFG.

2.6. As metas e ações apresentadas nos itens 3, 4 e 6 do Plano de Trabalho, serão cumpridas anualmente durante o período de duração do Convênio, em conformidade com a cláusula 5ª deste instrumento.

2.7. O Plano de Trabalho, devidamente homologado, constitui-se em parte integrante e indissociável deste Convênio.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES.

3.1. DA CONVENENTE - COMPETÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.

3.1.1. Promover, em conjunto com a SES-GO, editais que comporão o Processo Seletivo Unificado para provimento das vagas anuais destinadas aos programas de residências que são promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.

3.1.2. Conceder campos para cenário de ensino em serviço no Hospital das Clínicas para os cursos de especialização na modalidade de residências da SES-GO, desde que observadas a disciplina e disponibilidade de vagas definidas anualmente entre os partícipes.

3.1.3. Reunir, sempre que necessário, com a Assessoria das COREME's da SES-GO, bem como com a Coordenação da Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde da SES-GO, para definição

004164

3.1.4. Demandar junto à SESG/SES-GO, por meio do coordenador do curso de especialização na modalidade residências da UFG (Hospital das Clínicas), o interesse na utilização das Unidades Assistenciais da Saúde da SES-GO (HUGO, HDT, HUGOL, HUAPA, HGG, MNSL, Materno Infantil,) especificando o número de residentes, a área, a unidade pretendida e o período de permanência.

3.1.5. Responsabilizar-se pela preceptoria e bolsa dos residentes.

3.1.6. Gerir financeira e administrativamente, sob sua responsabilidade e do Centro de Seleção da UFG, os processos seletivos para o preenchimento das vagas dos programas de residências da SES-GO.

3.2 – DA CONCEDENTE - COMPETÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE -GO.

3.2.1. Promover em conjunto com a UFG, editais que comporão o processo seletivo unificado para provimento de vagas anuais destinadas aos programas de residências que serão desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.

3.2.2. Reunir, sempre que necessário, com a UFG e o Centro de Seleção da UFG para definição das obrigações dos partícipes nos editais e execução dos processos seletivos.

3.2.3. Conceder campos para cenário de ensino em serviço nas Unidades Assistenciais de Saúde da SES-GO (HUGO, HDT, HUGOL, HUAPA, HGG, MNSL, Materno Infantil, etc.) para os cursos de especialização na modalidade de residências da UFG, desde que observadas a disciplina e disponibilidade de vagas definidas anualmente entre os partícipes.

3.2.4. Supervisionar as atividades práticas no âmbito das unidades assistenciais da SES-GO.

3.2.5. A fiscalização da execução do convênio será realizada pela gestora do convênio, nomeada por meio da Portaria nº 969/2021, constante nos autos.

CLÁUSULA QUARTA - DA CONTRAPARTIDA.

4.1. Não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, determinando-se que os ônus decorrentes de ações específicas são de responsabilidade legal de cada partícipe, não haverá também a realização de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial.

4.2. A titularidade dos bens permanentes inerentes à execução deste instrumento estão representados por inventário de bens de cada partícipe.

4.3. Em contrapartida ao uso de campos da SES-GO, a UFG promoverá a realização de processos seletivos unificados, por meio do Centro de Seleção da UFG/GO, para provimento das vagas dos programas de residências médica, multiprofissional e em área da saúde desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES E DA VIGÊNCIA

5.1. Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através do Termo Aditivo.

004166

5.2. O presente Convênio terá vigência por **60 (sessenta) meses,** contados **a partir da data da assinatura do Secretário Estadual da Saúde, condicionada a sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.**

CLÁUSULA SEXTA- DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO.

6.1. A fiscalização da execução do Convênio será realizada pelo Gestor, nomeado por meio de portaria, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.2. Quanto ao acompanhamento, haverá o direito de livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas ao Convênio, bem como aos locais de execução do respectivo objeto.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS.

7.1. Deverá, a PROPONENTE, realizar a prestação de contas regularmente (mensalmente) no que tange à execução de atividades inerentes ao exercício do estágio, bem como devendo informar também acerca da produção acadêmico-científica realizada.

7.2. Deverá, a CONCEDENTE, por meio de seu quadro de pessoal e recursos tecnológicos disponíveis, realizar o monitoramento das atividades, bem como da produção acadêmico-científica realizadas, informando documentalmente, por meio do gestor do Convênio, observados padrões metodológicos.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE PELA EXECUÇÃO EM PARALISAÇÃO.

8.1. Em caso de paralisação da execução das atividades contidas neste objeto, seja por caso fortuito, força maior, não atendimento ao interesse público, desinteresse pela continuidade pelos partícipes, ou outros motivos, é atribuído ao CONCEDENTE - SES-GO, a prerrogativa de assunção integral da responsabilidade pela execução do objeto, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo o mesmo possuir plano alternativo de alocação de seu parque laboratorial.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICIDADE E PUBLICAÇÕES.

9.1. As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

9.2. Como condição indispensável para a eficácia deste Termo, ele será publicado em forma de extrato, pela UFG no Diário Oficial da União e pela Secretaria de Estado da Saúde no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS CASOS OMISSOS.

004167

004168

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS RECURSOS EVENTUALMENTE RECEBIDOS.

11.1. Embora consignado anteriormente que não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, registra-se que a PROPONENTE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS será exclusivamente responsável pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos eventualmente recebidos por terceiros alheios a este instrumento, inclusive relativos às despesas de pessoal, custeio e investimentos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:

12.1. O Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou inobservância das normas legais pertinentes, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado unilateralmente, ou por mútuo acordo, mediante prévio aviso a ser publicado no prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

12.2 - Os partícipes têm a faculdade de rescindirem o instrumento, a qualquer tempo, por ato devidamente justificado, seguindo o item XIII do art. 62 da lei nº 17.928/12.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO E DA DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM.

13.1. As controvérsias quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da **CÂMARA DE MEDIAÇÃO E DE CONCILIAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL**, na forma do o Decreto nº 10.608/2020, art. 18.

13.2. Fica eleito o foro da **Justiça Federal, Seção Judiciária do Estado de Goiás, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios acaso surgidos em decorrência do presente instrumento.**

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos e desejados efeitos.

GOIANIA, 29 de julho de 2021.

logotipo Documento assinado eletronicamente por **Edward Madureira Brasil, Usuário Externo**, em 18/08/2021, às 10:36, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

logotipo Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 26/08/2021, às 17:00, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

QRCode Assinatura A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000022908439** e o código CRC **51CF0BC6**.

004170

CONVÊNIO Nº 25/2021 - SES

Convênio celebrado entre o Estado de goiás, por meio da secretaria de estado da saúde de goiás e Associação Aparecidense de Educação UNIFAN, na forma abaixo:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **ASSOCIAÇÃO APARECIDENSE DE EDUCAÇÃO UNIFAN,** doravante denominada **CONVENENTE** inscrita no CNPJ sob o nº 01.460.690/0001-24, Rua Campo Grande nº 26 Lt. 01 Jardim das Esmeraldas – Goiânia, neste ato representada por seu Pró-reitor Acadêmico **CARLOS ALBERTO VICCHIATTI**, inscrito no CPF sob o n° 891.191.771-00 e RG/CI nº 3958336 - SSPGO, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

CONCEDENTE, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE,** serão denominados em conjunto como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1.1 O presente Convênio decorre das normas e regulamentos da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, e da Lei estadual nº 17.928, de 27/12/2012, tudo conforme o processo nº 202100010015127.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E JUSTIFICATIVA.

2.1 O objeto deste ajuste é a cooperação mútua entre os partícipes, a fim de proporcionar a realização de estágio supervisionado, para o curso de Biomedicina, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Psicologia.

2.2 O estágio supervisionado dos Cursos Técnicos é elemento transformador do processo educativo, sendo indispensável na formação dessa categoria profissional e considerado obrigatório pela lei do exercício profissional, N° 7.498, DOU de 26/06/1986.

2.3. Disponibilizar o aluno junto a instituição de saúde para ofertar seus cuidados junto a equipe para oferecer maior integração e prestar com maiores e melhor os cuidados a população do serviço público e

004172

assim dentro do seu aprendizado a prática.

2.4. Demonstrar habilidade técnica no desempenho da prática vivenciada prática de as na aula de laboratório no colégio, tendo a situação de aprendizagem a relação da questão do mercado de trabalho.

2.5. O objetivo do estágio curricular é proporcionar ao aluno o desempenho da prática em situações reais da vida e trabalho, aliado ao conhecimento teórico-prático desenvolvido no decorrer do curso.

2.6. Tendo como público Alvo à população que utiliza através do estado e recursos SUS ao processo saúde/doença e responsabilizando-se pela qualidade da assistência / cuidado em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

2.7. Compreender e implementar o processo de cuidar como instrumento de interpretação profissional; estabelecer relacionamento com a equipe de na Instituição e com o paciente/cliente

2.8. Considerar aprovado os Estágio Curricular Supervisionados, mediante aproveitamento do aluno nas aulas vivencias e com frequência comprovada, e as atividades referentes às atividades propostas pelos supervisores/preceptores.

2.9. A CONVENENTE está habilitada e credenciada para realização do objeto do convênio.

2.10. O estudante ao final do estágio curricular obrigatório será capaz de obter uma percepção generalista, humanitária e reflexiva relacionada às áreas de atenção e assistência relacionada aos cursos oferecidos pela CONVENENTE, bem como, sobre a inserção e atuação do profissional no seu ambiente de trabalho.

2.11. O estágio deverá proporcionar ao estudante a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários acadêmicos/escolares, a fim de se constituir como instrumento de integração em termos de ensino prático em serviço/aperfeiçoamento, técnico cultural científico e de relacionamento humano.

2.12. O estágio somente poderá ser realizado em Unidades Assistenciais da SES/GO, ou mesmo no âmbito central desta, em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular.

2.13. Cabe à CONVENENTE a indicação e a substituição de estagiários, mediante solicitação enviada por escrito Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG da Secretaria de Estado de Saúde – SES/GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho.

2.14. As atividades de aprendizagem, que deverão ser desenvolvidas pelo estagiário, ficarão sob a responsabilidade e coordenação da CONVENENTE, conforme regulamentação prevista no art. 7º da Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

3.1 – DO PARTÍCIPE I - ASSOCIAÇÃO APARECIDENSE DE EDUCAÇÃO UNIFAN

3.1.1. Encaminhar ao Gabinete da Superintendência da SESG/SES-GO, via ofício em papel timbrado, com antecedência de no máximo 15(quinze) dias úteis antes do início das atividades, a solicitação de vagas para o campo de estágio, citando:

a) Unidades da SES-GO onde se desenvolverão os estágios;

b) Relação dos professores-Supervisores/Preceptores Monitores de estágio, com graduação e registros os respectivos Conselhos de Classe;

c) Relação nominal dos responsáveis pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios;

3.1.2. Comunicar à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial o início do período letivo, bem como a programação para a realização das avaliações

004174

acadêmicas;

3.1.3. A Convenente deverá apresentar, à Unidade Assistencial, a matriz curricular com determinação da carga horária para realização do estágio e área de concentração;

3.1.4. Encaminhar a SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial, ofício com a relação nominal de alunos com declaração de frequência por turma;

3.1.5. Designar um, Professor/Supervisor de Estágio, com graduação e registro no Conselho de Classe, como responsável pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios de acordo com o nº de alunos Máximo permitido pela legislação vigente;

3.1.6. Apresentar o Preceptor/Monitor que deverá preferencialmente fazer parte do quadro de pessoal da Concedente, bem como possuir e comprovar a formação exigida, conforme estabelecido no item b do item 3.1.1;

3.1.7. Informar aos Professores/Supervisores de Estágio que os mesmos deverão antes de iniciar as atividades, assinar junto a SESG/SES-GO, o Termo de Compromisso, bem como participar do processo de ambientação e conhecimento das normas e procedimentos da Unidade Assistencial promovido pela mesma;

3.1.8. Informar que os Professores/Supervisor de Estágio e o Preceptor/Monitor deveram acompanhar os estagiários durante toda a permanência dos mesmos na Unidade Assistencial/SES, cumprindo a carga horária estipulada na matriz curricular, conforme parágrafo 1º do art. 3º da Lei Federal 11.788/08;

3.1.9. Efetuar o controle da assiduidade dos estudantes participantes do estágio, através dos Professores/Supervisor de Estágio e dos Preceptores/Monitor, das unidades assistenciais da SES-GO, encaminhando cópia da frequência ao DEP;

3.1.10. Responsabilizar-se pela conduta dos seus acadêmicos, no sentido de que os mesmos cumpram as condições fixadas para o estágio, bem como, as normas que resguardam o sigilo profissional e a veiculação de informação a que tenha acesso;

3.1.11. Providenciar seguro contra acidentes pessoais para os estagiários; encaminhando nome da seguradora e número da apólice para SESG/SES-GO;

3.1.12. Analisar e discutir o Plano de Trabalho/Plano de Disciplina desenvolvido pelo estagiário no local do estágio, visando à realização teoria/prática;

3.1.13. Estabelecer critérios para o credenciamento de Preceptores/Monitor;

3.1.14. Comunicar, por escrito à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistência, o desligamento do estudante, qualquer que seja o motivo, num prazo Máximo de 10 (dez) dias após a constatação do fato;

3.1.15. Exigir dos Professores/Supervisores de Estágio e o Preceptor/Monitor, a apresentação de relatório das atividades ao término de cada semestre letivo, e encaminhar cópia para o DEP;

3.1.16. Zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso, reorientando os estagiários para outro local em caso de descumprimento de suas normas.

3.1.17.Encaminhar para a Superintendência da SESGUS/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

3.1.18 Responsabilizar-se por danos materiais e morais causados pelos estagiários a pacientes, acompanhantes, servidores;

3.1.19. Determinar que o professor responsável pela disciplina esteja presente durante toda permanência dos estudantes nas unidades da SES/GO.

3.1.20. Encaminhar para a Superintendência da SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com

004176

o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

.1.21.A delimitação do período passivo de prorrogação caso haja interesse dos Partícipes;

3.1.22. A forma de monitoramento e avaliação dos recursos humanos e tecnológicos que serão empregados na atividade ou, se for o caso, a indicação da participação de apoio técnico nos termos previstos no § 1º do art. 58 da Lei 13.019/2014;6.5 – A prerrogativa atribuída à administração pública para assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

3.1.23. O livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas ao CONVÊNIO, bem como aos locais de execução do respectivo objeto.

3.1.24. Responsabilizar-se pelos ônus necessários à execução deste convênio seja a título de indenização, aquisição de material, multas e etc. No caso específico de materiais descartáveis (EPI's), de uso pessoal, os mesmos deverão ser entregues nas quantidades estabelecidas pelas Unidades Assistenciais/SES-GO;

.2 – DO PARTÍCIPE II - COMPETÊNCIA DA SES-GO.

3.2.1. Celebrar o Termo de Compromisso com vistas do Professor/Supervisor de Estágio e Preceptor/Monitor; com a instituição de ensino e o educando, zelando pelo seu cumprimento;

3.2.2. Proporcionar estágio curricular obrigatório/optativo sobre a forma de treinamento em serviço dentro de suas possibilidades e limites, aos alunos encaminhados pelo Convenente dentre aqueles que estiverem regularmente matriculados em condições de estagiar e em conformidade com a organização didática e a matriz curricular apresentada pela Conveniada;

3.2.3. Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem, social, profissional e cultural;

3.2.4.Indicar servidores de seu quadro de pessoal, com formação e experiência profissional nas áreas especifica, dos estagiários, para orientar e supervisionar no máximo 10 (dez) estagiários ou em conformidade com a determinação de cada conselho de classe e deliberação do CCIH de cada unidade, conforme inc. III do art.7º da Lei Federal 11.788/08;

3.2.5. Propiciar aos alunos e ao Professor da disciplina, condições de vivenciarem o aprendizado, por eio de experiências práticas, mediante participação em situações reais de trabalho.

3.2.6. Oferecer condições para que os alunos sejam supervisionados por docentes da CONVENENTE, facilitando, mediante prévia autorização, a condição da aula no local de trabalho.

3.2.7. Promover momento de ambientação para Professor/Supervisor de Estagio antes do início de suas atividades para que o mesmo seja acolhido e se ambiente com; rotinas, procedimentos, princípios éticos, medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

3.2.8. Promover treinamento introdutório, para os estagiários admitidos no Campo de Estágio, com o objetivo de acolhimento e inserção dos mesmos; em princípios éticos, em rotinas de prevenção e controle de infecção hospitalar, no entendimento do processo da rede SUS, dentre outros;

3.2.9. Prover o estagiário de crachá de identificação e informá-lo da obrigatoriedade do uso do mesmo nas dependências do Campo de Estágio;

3.2.10. Distribuir os estagiários conforme escala programada e apresentada pelo Professor Supervisor de Estagio em comum acordo, com o Preceptor/Monitor da área da Unidade Assistencial e SES-GO;

.2.11. Em caso de desistência do Campo de Estágio por parte da Conveniada, conforme estabelecido em cronograma e acordado entre as partes será prerrogativa da SES/Unidade Assistencial, substituir a vacância, se lhe for conveniente;

3.2.12. Enviar à instituição de ensino, através dos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, com periodicidade mínima de 06 (seis) meses, relatório de atividades do estagio curricular obrigatório, com

004178

assinatura do estagiário;

3.2.13. Manter nos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;

3.2.14. Fornecer o certificado de estágio às UNIDADES ACADÊMICAS, mencionando o período, a carga horária e as principais atividades desenvolvidas pelos estudantes nas suas respectivas áreas.

CLÁUSULA QUARTA - DA CONTRAPARTIDA.

4.1 Não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, determinando-se que os ônus decorrentes de ações específicas são de responsabilidade legal de cada partícipe.

4.2 Não haverá também, mutuamente, a realização/celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial.

4.3 A Instituição de Ensino conveniada será responsável pela prestação de uma ou mais das contrapartida descrita nos termos da Portaria nº 225 /2021 – SES. Dentre elas:

4.3.1 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito privado:

a) Oferta de cursos de interesse da SES-GO, podendo cada curso ser ofertado simultaneamente, por no máximo, duas Instituições de Ensino Superior;

b) Oferta de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO; cessão de espaços para eventos de integração ensino serviço, tais como: salas de aula, auditórios, laboratórios técnicos; e disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual.

c) Caso não seja possível a oferta de contrapartida nos termos das alíneas "a" e "b" desta cláusula, a Instituição de Ensino repassará ao Fundo Estadual de Saúde – FES, por hora de estágio cumprida e por aluno (valor aluno/hora), os valores a seguir.

c.1) R$ 8,00 (oito reais) para o Curso de Graduação em Medicina;

c.2) R$ 6,00 (seis reais) para os demais Cursos de Graduação e Cursos de Pós-Graduação;

c.3) R$ 3,00 (três reais) para os Cursos de Nível Técnico.

.2 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito publico:

a) Garantia de vagas em cursos de extensão, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, oferecidos pela convenente;

b) Uso de laboratórios técnicos de diversas especialidades da Instituição de Ensino para atividades destinadas à qualificação de profissionais do Sistema Único de Saúde;

c) Uso dos laboratórios de informática da Instituição de Ensino em cursos, projetos e oficinas ofertados pela SES-GO;

d) Uso de espaços para eventos ofertados pela SES-GO, tais como salas de aula, auditórios, estúdios;

e) Garantia de vagas em Seminários, Congressos e outros eventos promovidos pela convenente, para servidores do SUS encaminhados pela SESG/SES-GO;

f) Indicação de profissionais para realizar palestras, cursos, *workshop* etc., na SES-GO ou Unidades sistenciais de Saúde;

g) Realização de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO;

h) Transferência de tecnologia;

004179

004180

i) Disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual;

j) Outros formatos de interesse da SES-GO e possibilidades da Convenente, previamente pactuados.

CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO DO ESTÁGIO E DAS ALTERAÇÕES:

5.1 Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

5.2. Para o desenvolvimento das ações descritas na cláusula anterior, a SES/GO será representada por equipe multidisciplinar.

5.3. O estágio obrigatório somente poderá ser desenvolvido sob o acompanhamento permanente de Professor/Supervisor, integrante do quadro de pessoal da Instituição de Ensino.

5.4. O estágio obrigatório não será remunerado.

5.5. Todas as despesas correntes, de capital e administrativas atinentes ao processo ensino-aprendizagem decorrentes deste Convênio serão custeadas com recursos próprios da CONVENENTE.

5.6. Para cada curso em estágio, as Unidades Assistenciais da SES/GO receberão o número de estagiários compatíveis com a capacidade instalada da Unidade Assistencial da SES/GO, respeitando-se a determinação de cada conselho de classe e as prerrogativas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, de cada unidade, de acordo com inciso III do art. 7º da Lei federal nº 11.788/2008.

5.7. As Unidades Assistenciais da SES/GO poderão, a seu critério, receber estagiários para os períodos parciais e integrais de estágio, bem como para os períodos compreendidos dentro e fora do calendário acadêmico/escolar de aulas, desde que respeitado o que dispõe a Lei federal nº 11.788/2008.

5.8. As atividades desenvolvidas pelos estagiários deverão ser somente as compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso e o plano de ensino será discutido antecipadamente entre a CONVENENTE e a SES/GO, atendendo o perfil das Unidades.

5.9, As vagas de estágio e atividades complementares curriculares de ensino em saúde disponibilizadas pela SES/GO serão ofertadas prioritariamente para as Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico do Estado de Goiás, de acordo com a capacidade instalada das Unidades Assistenciais da SES/GO.

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA, DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO:

6.1. A avaliação dos estagiários será realizada, no decorrer do processo de estágio, pelo Professor/Supervisor juntamente com o profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento, nos casos de estágio para estudantes do curso de medicina, pelo Preceptor, com envio posterior de relatório final ao DEP da Unidade Assistencial da SES/GO em que o estágio foi realizado. O referido relatório terá que estar em conformidade com a matriz curricular do estágio apresentado pela CONVENENTE, conforme estabelece este Instrumento de Ajuste.

6.2. Ao final do estágio, a CONVENENTE, deverá fazer, juntamente com a SES/GO, à avaliação final do estagiário, com base nos critérios pré-estabelecidos no plano da disciplina.

6.3. Ficará a cargo da CONVENENTE, apresentar relatório final da avaliação realizada por turma à ESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho, o resultado final para adquirir o certificado de conclusão do estágio com assinatura da SESG/SES-GO.

6.4. O presente CONVÊNIO terá vigência por 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.5. Deverá, a CONCEDENTE, por meio de seu quadro de pessoal e recursos tecnológicos disponíveis, realizar o monitoramento das atividades, bem como da produção acadêmico-científica realizadas,

γ 004182

informando documentalmente, por meio do gestor do Convênio, observados padrões metodológicos.

6.6. A fiscalização da execução do CONVÊNIO será realizada pelo Gestor, nomeado por meio de portaria, ublicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.7 O Termo de Cooperação já foi acolhido pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde através do Despacho nº 1852/2021 – SES/GO.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO VINCULO EMPREGATÍCIO:

7.1 O estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza, com o CONCEDENTE, conforme preconiza a Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA OITAVA - DO PLANO DE TRABALHO:

8.1 As metas e ações a ser cumpridas , durante o período de duração do CONVÊNIO, que será de 60 (sessenta) meses e deve ser iniciado a partir da data da publicação do extrato de convênio no Diário Oficial do estado de Goiás, conforme Cronograma de Desenvolvimento de Metas e Ações no Plano de Trabalho, item 3 III.

8.2 O Plano de Trabalho, devidamente homologado, constitui-se em parte integrante e indissociável deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICIDADE E DA PUBLICAÇÃO:

9.1 As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente CONVÊNIO, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

9.2. Como condição indispensável para a eficácia deste Convênio, ele será publicado em forma de extrato, pela Secretaria de Estado da Saúde no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS:

10.1. Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, obedecendo aos ditames gais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO:

11.1. O presente Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou inobservância das normas legais pertinentes, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado unilateralmente, ou por mútuo acordo, mediante prévio aviso a ser publicado no prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

11.2. Os partícipes têm a faculdade de rescindirem o instrumento, a qualquer tempo, por ato devidamente
justificado, seguindo o item XIII do art. 62 da lei nº 17.928/12.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS DEVERES DO ESTAGIÁRIO:

12.1. São deveres do estagiário:

a) Assinar a Ficha de Inscrição e o Termo de Compromisso de Estágio com a SES/GO, junto à SESG/SES-GO, para fins de participação nas atividades do estágio.

b) Postar-se de forma ética, moral e profissional, bem como, comprometer-se com as medidas de segurança do trabalho, prevenção e controle de infecção hospitalar.

004184

c) Respeitar as normas e regulamentos internos ou externos do Campo de Estágio.

d) Utilizar, obrigatoriamente, o crachá de identificação, que será fornecido pelo CONCEDENTE, nas dependências das suas Unidades Assistenciais.

e) Estar devidamente uniformizado conforme estabelecido no Regimento Interno da respectiva Unidade Assistencial da SES/GO.

f) Permanecer no Campo de Estágio apenas no horário e/ou período regulamentar destinado ao mesmo.

g) Realizar somente atividades pertinentes ao estágio descritas na programação curricular estabelecida para seu curso.

h) Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras e estranhas àquelas inerentes à finalidade do Convênio.

i) Ser assíduo e pontual com os horários previamente estabelecidos pela Instituição de Ensino/Unidade Assistencial da SES/GO.

j) Desenvolver e manter o ambiente de trabalho agradável e boas relações com os supervisores hierárquicos.

k) Centralizar toda a atenção ao bem-estar do paciente, apresentar-se de maneira discreta, usando sempre jaleco branco, sapatos fechados, cabelos presos, e maquiagem discreta e demais orientações da CCIH da Unidade para o uso de adornos, dentre outros.

l) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional.

m) Cumprir a legislação relacionada à saúde e à segurança do trabalhador, nos termos das Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, que se relacionem com sua área de atuação.

o) Zelar pela conservação e ordem do material permanente e equipamentos do Campo de Estágio.

p) Participar da semana de acolhimento na Unidade Assistencial da SES/GO.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS DIREITOS DOS ESTAGIÁRIOS E DO DESLIGAMENTO.

13.1. São direitos do estagiário:

a) Ter acesso às instalações do Campo Estágio.

, Receber orientações e as devidas assistências requeridas, por meio do Professor/Supervisor, do profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento, e, nos casos de estágio para estudantes do curso de medicina, do Preceptor.

c) Se aprovado na disciplina de estágio, receber declaração de conclusão da carga horário descrita na matriz curricular de estágio emitida pela SESG/SES-GO.

17.1. O estudante será afastado do estágio por um dos seguintes motivos:

a) Automaticamente, ao término do estágio.

b) Abandono, caracterizado por ausência não justificada por três dias consecutivos ou cinco dias intercalados no período de um mês; ou que corresponda a mais de 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária prevista para o estágio.

c) Interrupção do curso na Instituição de Ensino.

d) A pedido do estagiário, de forma escrita, à SESG/SES-GO.

e) Comportamento funcional ou social incompatível com as normas éticas e administrativas do local em que venha exercendo seu estágio na SES/GO.

f) *Ex-ofício*, no interesse da SES/GO.

g) Comprovando-se a falta de aproveitamento no estágio, depois de decorrida a terça parte do tempo previsto para a sua duração.

004186

h) Em atendimento a qualquer dispositivo de ordem legal ou regulamentar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS PENALIDADES E DAS RESTRIÇÕES:

14.1 – Poderá, o CONCEDENTE, vetar, suspender ou excluir Supervisor e estagiário, fundamentado nos instrumentos legais internos ou externos que regem as Unidades Assistenciais da SES/GO, comunicando por escrito à Direção da CONVENENTE, os motivos, razões e decisão tomada.

14.2 - A Instituição de Ensino que não cumprir o Cronograma estabelecido e não justificar sua falta para uso do Campo de Estágio, conforme acordado entre as **PARTÍCIPES** (SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO e Instituição de Ensino), estabelecido neste Convênio, será excluída do próximo cronograma.

14.3 - Caso a CONVENENTE não cumpra o que estabelece este Convênio, a mesma será notificada formalmente, com prazo de 30 (trinta) dias, para regularizar a situação e, se após a notificação e decorrido o prazo estabelecido para regularização, a mesma não providenciar os ajustes solicitados, a SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO poderá encerrar a realização do estágio em curso.

14.4 - Não será permitido o ingresso no Campo de Estágio sem a entrega prévia e devida da documentação exigida dentro das formalidades legais de execução de estágio.

14.5 - No caso em que houver encerramento da vigência deste Convênio e a CONVENENTE não enviar a solicitação de prorrogação do prazo, juntamente com a documentação necessária, em tempo hábil para a alteração do prazo, a CONVENENTE não terá os direitos aos campos de estágios interrompidos.

14.6 - O estagiário que descumprir qualquer item da cláusula 12 e 13 poderá ter seu estágio suspenso, após notificação final da SESG/SES-GO à CONVENENTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA -DO FORO:

15.1. Fica eleito o foro da Comarca de Goiânia-GO, para dirimir quaisquer conflitos que não puderem ser dirimidas administrativamente decorrentes do presente instrumento.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Secretário de Estado da Saúde

CARLOS ALBERTO VICCHIATTI

Pró-reitor Acadêmico **ASSOCIAÇÃO APARECIDENSE DE EDUCAÇÃO UNIFAN**

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **Carlos Alberto Vicchiatti**, **Usuário Externo**, em 24/01/2022, às 09:58, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

004188

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 28/01/2022, às 15:09, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000023192871** e o código CRC **3D660E00**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS
NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO -
CEP 74000-000 - .

Referência: Processo nº 202100010015127

SEI 000023192871

004189

004190

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO Nº 22/2021 - SES

Convênio celebrado entre o Estado de goiás, por meio da secretaria de estado da saúde de goiás e a Universidade De Rio Verde, na forma abaixo:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **UNIVERSIDADE DE RIO VERDE**. inscrita no CNPJ sob o nº 01.815.216/0001-78, situada na Fazenda Fontes do Saber – Campus Universitário, CEP: 75901-970 neste ato representada por seu Reitor **ALBERTO BARELLA NETTO**, inscrito no CPF sob o n° 393.402.440-87, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

O **CONCEDENTE**, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE,** serão denominados em conjunto como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1.1 O presente Convênio decorre das normas e regulamentos da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, e da Lei estadual nº 17.928, de 27/12/2012, tudo conforme o processo nº 202100010015000.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E JUSTIFICATIVA.

2.1 O objeto deste ajuste é a cooperação mútua entre os partícipes, a fim de proporcionar a realização de estágio supervisionado, para o curso superior em Medicina

2.2 Disponibilizar o aluno junto a instituição de saúde para ofertar seus cuidados junto a equipe para oferecer maior integração e prestar com maiores e melhor os cuidados a população do serviço público e assim dentro do seu aprendizado a prática.

2.3. Demonstrar habilidade técnica no desempenho da prática vivenciada prática de as na aula de laboratório no colégio, tendo a situação de aprendizagem a relação da questão do mercado de trabalho.

2.4. O objetivo do estágio curricular é proporcionar ao aluno o desempenho da prática em situações reais da vida e trabalho, aliado ao conhecimento teórico-prático desenvolvido no decorrer do curso.

004192

2.5. Tendo como público Alvo à população que utiliza através do estado e recursos SUS ao processo saúde/doença e responsabilizando-se pela qualidade da assistência / cuidado em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

2.6. Compreender e implementar o processo de cuidar como instrumento de interpretação profissional; estabelecer relacionamento com a equipe de na Instituição e com o paciente/cliente

2.7. Considerar aprovado os Estágio Curricular Supervisionados, mediante aproveitamento do aluno nas aulas vivencias e com frequência comprovada, e as atividades referentes às atividades propostas pelos supervisores/preceptores.

2.8. A CONVENENTE está habilitada e credenciada para realização do objeto do convênio.

2.9. O estudante ao final do estágio curricular obrigatório será capaz de obter uma percepção generalista, humanitária e reflexiva relacionada às áreas de atenção e assistência relacionada aos cursos oferecidos pela CONVENENTE, bem como, sobre a inserção e atuação do profissional no seu ambiente de trabalho.

2.10. O estágio deverá proporcionar ao estudante a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários acadêmicos/escolares, a fim de se constituir como instrumento de integração em termos de ensino prático em serviço/aperfeiçoamento, técnico cultural científico e de relacionamento humano.

2.11. O estágio somente poderá ser realizado em Unidades Assistenciais da SES/GO, ou mesmo no âmbito central desta, em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular.

2.12. Cabe à CONVENENTE a indicação e a substituição de estagiários, mediante solicitação enviada por escrito Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG da Secretaria de Estado de Saúde – SES/GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho.

2.13. As atividades de aprendizagem, que deverão ser desenvolvidas pelo estagiário, ficarão sob a responsabilidade e coordenação da CONVENENTE, conforme regulamentação prevista no art. 7º da Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

3.1 – DO PARTÍCIPE I - UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

3.1.1. Encaminhar ao Gabinete da Superintendência da SESG/SES-GO, via ofício em papel timbrado, com antecedência de no máximo 15(quinze) dias úteis antes do início das atividades, a solicitação de vagas para o campo de estágio, citando:

a) Unidades da SES-GO onde se desenvolverão os estágios;

b) Relação dos professores-Supervisores/Preceptores Monitores de estágio, com graduação e registros nos respectivos Conselhos de Classe;

c) Relação nominal dos responsáveis pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios;

3.1.2. Comunicar à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial o início do período letivo, bem como a programação para a realização das avaliações acadêmicas;

3.1.3. A Convenente deverá apresentar, à Unidade Assistencial, a matriz curricular com determinação da carga horária para realização do estágio e área de concentração;

3.1.4. Encaminhar a SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial, ofício com a relação nominal de alunos com declaração de frequência por turma;



004193.A

3.1.5. Designar um, Professor/Supervisor de Estágio, com graduação e registro no Conselho de Classe, como responsável pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios de acordo com o nº de alunos Máximo permitido pela legislação vigente;

3.1.6. Apresentar o Preceptor/Monitor que deverá preferencialmente fazer parte do quadro de pessoal da Concedente, bem como possuir e comprovar a formação exigida, conforme estabelecido no item b do item 3.1.1;

3.1.7. Informar aos Professores/Supervisores de Estágio que os mesmos deverão antes de iniciar as atividades, assinar junto a SESG/SES-GO, o Termo de Compromisso, bem como participar do processo de ambientação e conhecimento das normas e procedimentos da Unidade Assistencial promovido pela mesma;

3.1.8. Informar que os Professores/Supervisor de Estágio e o Preceptor/Monitor deveram acompanhar os estagiários durante toda a permanência dos mesmos na Unidade Assistencial/SES, cumprindo a carga horária estipulada na matriz curricular, conforme parágrafo 1º do art. 3º da Lei Federal 11.788/08;

3.1.9. Efetuar o controle da assiduidade dos estudantes participantes do estágio, através dos Professores/Supervisor de Estágio e dos Preceptores/Monitor, das unidades assistenciais da SES-GO, encaminhando cópia da frequência ao DEP;

.1.10. Responsabilizar-se pela conduta dos seus acadêmicos, no sentido de que os mesmos cumpram as condições fixadas para o estágio, bem como, as normas que resguardam o sigilo profissional e a veiculação de informação a que tenha acesso;

3.1.11. Providenciar seguro contra acidentes pessoais para os estagiários; encaminhando nome da seguradora e número da apólice para SESG/SES-GO;

3.1.12. Analisar e discutir o Plano de Trabalho/Plano de Disciplina desenvolvido pelo estagiário no local do estágio, visando à realização teoria/prática;

3.1.13. Estabelecer critérios para o credenciamento de Preceptores/Monitor;

3.1.14. Comunicar, por escrito à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistência, o desligamento do estudante, qualquer que seja o motivo, num prazo Máximo de 10 (dez) dias após a constatação do fato;

3.1.15. Exigir dos Professores/Supervisores de Estágio e o Preceptor/Monitor, a apresentação de relatório das atividades ao término de cada semestre letivo, e encaminhar cópia para o DEP;

1.16. Zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso, reorientando os estagiários para outro local em caso de descumprimento de suas normas.

3.1.17.Encaminhar para a Superintendência da SESGUS/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

3.1.18 Responsabilizar-se por danos materiais e morais causados pelos estagiários a pacientes, acompanhantes, servidores;

3.1.19. Determinar que o professor responsável pela disciplina esteja presente durante toda permanência dos estudantes nas unidades da SES/GO.

3.1.20. Encaminhar para a Superintendência da SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

.1.21.A delimitação do período passivo de prorrogação caso haja interesse dos Partícipes;

3.1.22. A forma de monitoramento e avaliação dos recursos humanos e tecnológicos que serão empregados na atividade ou, se for o caso, a indicação da participação de apoio técnico nos termos previstos no § 1º do art. 58 da Lei 13.019/2014;6.5 – A prerrogativa atribuída à administração pública

004195

para assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

3.1.23. O livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas ao CONVÊNIO, bem como aos locais de execução do respectivo objeto.

3.1.24. Responsabilizar-se pelos ônus necessários à execução deste convênio seja a título de indenização, aquisição de material, multas e etc. No caso específico de materiais descartáveis (EPI's), de uso pessoal, os mesmos deverão ser entregues nas quantidades estabelecidas pelas Unidades Assistenciais/SES-GO;

3.2 – DO PARTÍCIPE II - COMPETÊNCIA DA SES-GO.

3.2.1. Celebrar o Termo de Compromisso com vistas do Professor/Supervisor de Estágio e Preceptor/Monitor; com a instituição de ensino e o educando, zelando pelo seu cumprimento;

3.2.2. Proporcionar estágio curricular obrigatório/optativo sobre a forma de treinamento em serviço dentro de suas possibilidades e limites, aos alunos encaminhados pelo Convenente dentre aqueles que estiverem regularmente matriculados em condições de estagiar e em conformidade com a organização didática e a matriz curricular apresentada pela Conveniada;

3.2.3. Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem, social, profissional e cultural;

3.2.4.Indicar servidores de seu quadro de pessoal, com formação e experiência profissional nas áreas especifica, dos estagiários, para orientar e supervisionar no máximo 10 (dez) estagiários ou em conformidade com a determinação de cada conselho de classe e deliberação do CCIH de cada unidade, conforme inc. III do art.7º da Lei Federal 11.788/08;

3.2.5. Propiciar aos alunos e ao Professor da disciplina, condições de vivenciarem o aprendizado, por meio de experiências práticas, mediante participação em situações reais de trabalho.

3.2.6. Oferecer condições para que os alunos sejam supervisionados por docentes da CONVENENTE, facilitando, mediante prévia autorização, a condição da aula no local de trabalho.

3.2.7. Promover momento de ambientação para Professor/Supervisor de Estagio antes do início de suas atividades para que o mesmo seja acolhido e se ambiente com; rotinas, procedimentos, princípios éticos, medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

3.2.8. Promover treinamento introdutório, para os estagiários admitidos no Campo de Estágio, com o objetivo de acolhimento e inserção dos mesmos; em princípios éticos, em rotinas de prevenção e controle de infecção hospitalar, no entendimento do processo da rede SUS, dentre outros;

3.2.9. Prover o estagiário de crachá de identificação e informá-lo da obrigatoriedade do uso do mesmo nas dependências do Campo de Estágio;

3.2.10. Distribuir os estagiários conforme escala programada e apresentada pelo Professor Supervisor de Estagio em comum acordo, com o Preceptor/Monitor da área da Unidade Assistencial e SES-GO;

3.2.11. Em caso de desistência do Campo de Estágio por parte da Conveniada, conforme estabelecido em cronograma e acordado entre as partes será prerrogativa da SES/Unidade Assistencial, substituir a vacância, se lhe for conveniente;

3.2.12. Enviar à instituição de ensino, através dos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, com periodicidade mínima de 06 (seis) meses, relatório de atividades do estagio curricular obrigatório, com assinatura do estagiário;

3.2.13. Manter nos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;

3.2.14. Fornecer o certificado de estágio às UNIDADES ACADÊMICAS, mencionando o período, a carga horária e as principais atividades desenvolvidas pelos estudantes nas suas respectivas áreas.

004197

CLÁUSULA QUARTA - DA CONTRAPARTIDA.

4.1 Não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, determinando-se que os ônus decorrentes de ações específicas são de responsabilidade legal de cada partícipe.

4.2 Não haverá também, mutuamente, a realização/celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial.

4.3 A Instituição de Ensino conveniada será responsável pela prestação de uma ou mais das contrapartida descrita nos termos da Portaria nº 225 /2021 – SES. Dentre elas:

4.3.1 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito privado:

a) Oferta de cursos de interesse da SES-GO, podendo cada curso ser ofertado simultaneamente, por no máximo, duas Instituições de Ensino Superior;

b) Oferta de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO; cessão de espaços para eventos de integração ensino serviço, tais como: salas de aula, auditórios, laboratórios técnicos; e disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual.

c) Caso não seja possível a oferta de contrapartida nos termos das alíneas "a" e "b" desta cláusula, a Instituição de Ensino repassará ao Fundo Estadual de Saúde – FES, por hora de estágio cumprida e por aluno (valor aluno/hora), os valores a seguir.

c.1) R$ 8,00 (oito reais) para o Curso de Graduação em Medicina;

c.2) R$ 6,00 (seis reais) para os demais Cursos de Graduação e Cursos de Pós-Graduação;

c.3) R$ 3,00 (três reais) para os Cursos de Nível Técnico.

4.3.2 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito publico:

a) Garantia de vagas em cursos de extensão, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, oferecidos pela convenente;

b) Uso de laboratórios técnicos de diversas especialidades da Instituição de Ensino para atividades destinadas à qualificação de profissionais do Sistema Único de Saúde;

c) Uso dos laboratórios de informática da Instituição de Ensino em cursos, projetos e oficinas ofertados pela SES-GO;

d) Uso de espaços para eventos ofertados pela SES-GO, tais como salas de aula, auditórios, estúdios;

e) Garantia de vagas em Seminários, Congressos e outros eventos promovidos pela convenente, para servidores do SUS encaminhados pela SESG/SES-GO;

f) Indicação de profissionais para realizar palestras, cursos, *workshop* etc., na SES-GO ou Unidades Assistenciais de Saúde;

g) Realização de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO;

h) Transferência de tecnologia;

i) Disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual;

j) Outros formatos de interesse da SES-GO e possibilidades da Convenente, previamente pactuados.

CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO DO ESTÁGIO E DAS ALTERAÇÕES:

004198

004199

5.1 Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

5.2. Para o desenvolvimento das ações descritas na cláusula anterior, a SES/GO será representada por equipe multidisciplinar.

5.3. O estágio obrigatório somente poderá ser desenvolvido sob o acompanhamento permanente de Professor/Supervisor, integrante do quadro de pessoal da Instituição de Ensino.

5.4. O estágio obrigatório não será remunerado.

5.5. Todas as despesas correntes, de capital e administrativas atinentes ao processo ensino-aprendizagem decorrentes deste Convênio serão custeadas com recursos próprios da CONVENENTE.

5.6. Para cada curso em estágio, as Unidades Assistenciais da SES/GO receberão o número de estagiários compatíveis com a capacidade instalada da Unidade Assistencial da SES/GO, respeitando-se a determinação de cada conselho de classe e as prerrogativas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, de cada unidade, de acordo com inciso III do art. 7º da Lei federal nº 11.788/2008.

5.7. As Unidades Assistenciais da SES/GO poderão, a seu critério, receber estagiários para os períodos parciais e integrais de estágio, bem como para os períodos compreendidos dentro e fora do calendário acadêmico/escolar de aulas, desde que respeitado o que dispõe a Lei federal nº 11.788/2008.

5.8. As atividades desenvolvidas pelos estagiários deverão ser somente as compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso e o plano de ensino será discutido antecipadamente entre a CONVENENTE e a SES/GO, atendendo o perfil das Unidades.

5.9, As vagas de estágio e atividades complementares curriculares de ensino em saúde disponibilizadas pela SES/GO serão ofertadas prioritariamente para as Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico do Estado de Goiás, de acordo com a capacidade instalada das Unidades Assistenciais da SES/GO.

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA, DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO:

6.1. A avaliação dos estagiários será realizada, no decorrer do processo de estágio, pelo Professor/Supervisor juntamente com o profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento. O referido relatório terá que estar em conformidade com a matriz curricular do estágio apresentado pela CONVENENTE, conforme estabelece este Instrumento de Ajuste.

6.2. Ao final do estágio, a CONVENENTE, deverá fazer, juntamente com a SES/GO, à avaliação final do estagiário, com base nos critérios pré-estabelecidos no plano da disciplina.

6.3. Ficará a cargo da CONVENENTE, apresentar relatório final da avaliação realizada por turma à ESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho, o resultado final para adquirir o certificado de conclusão do estágio com assinatura da SESG/SES-GO.

6.4. O presente CONVÊNIO terá vigência por 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.5. Deverá, a CONCEDENTE, por meio de seu quadro de pessoal e recursos tecnológicos disponíveis, realizar o monitoramento das atividades, bem como da produção acadêmico-científica realizadas, informando documentalmente, por meio do gestor do Convênio, observados padrões metodológicos.

6.6. A fiscalização da execução do CONVÊNIO será realizada pelo Gestor, nomeado por meio de portaria, Publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.7 O Termo de Cooperação já foi acolhido pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde através do Despacho nº 1843/2021 – SES/GO.

004200

CLÁUSULA SÉTIMA - DO VINCULO EMPREGATÍCIO:

004201

7.1 O estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza, com o CONCEDENTE, conforme preconiza a Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA OITAVA - DO PLANO DE TRABALHO:

8.1 As metas e ações a ser cumpridas , durante o período de duração do CONVÊNIO, que será de 60 (sessenta) meses e deve ser iniciado a partir da data da publicação do extrato de convênio no Diário Oficial do estado de Goiás, conforme Cronograma de Desenvolvimento de Metas e Ações no Plano de Trabalho, item 3 III.

8.2 O Plano de Trabalho, devidamente homologado, constitui-se em parte integrante e indissociável deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICIDADE E DA PUBLICAÇÃO:

9.1 As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente CONVÊNIO, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

9.2. Como condição indispensável para a eficácia deste Convênio, ele será publicado em forma de extrato, pela Secretaria de Estado da Saúde no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS:

10.1. Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, obedecendo aos ditames legais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO:

11.1. O presente Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou inobservância das normas legais pertinentes, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado unilateralmente, ou por mútuo acordo, mediante prévio aviso a ser publicado no prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

11.2. Os partícipes têm a faculdade de rescindirem o instrumento, a qualquer tempo, por ato devidamente
justificado, seguindo o item XIII do art. 62 da lei nº 17.928/12.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS DEVERES DO ESTAGIÁRIO:

12.1. São deveres do estagiário:

a) Assinar a Ficha de Inscrição e o Termo de Compromisso de Estágio com a SES/GO, junto à SESG/SES-GO, para fins de participação nas atividades do estágio.

b) Postar-se de forma ética, moral e profissional, bem como, comprometer-se com as medidas de segurança do trabalho, prevenção e controle de infecção hospitalar.

c) Respeitar as normas e regulamentos internos ou externos do Campo de Estágio.

d) Utilizar, obrigatoriamente, o crachá de identificação, que será fornecido pelo CONCEDENTE, nas dependências das suas Unidades Assistenciais.

e) Estar devidamente uniformizado conforme estabelecido no Regimento Interno da respectiva Unidade Assistencial da SES/GO.

f) Permanecer no Campo de Estágio apenas no horário e/ou período regulamentar destinado ao mesmo.

004203

g) Realizar somente atividades pertinentes ao estágio descritas na programação curricular estabelecida para seu curso.

) Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras e estranhas àquelas inerentes à finalidade do Convênio.

i) Ser assíduo e pontual com os horários previamente estabelecidos pela Instituição de Ensino/Unidade Assistencial da SES/GO.

j) Desenvolver e manter o ambiente de trabalho agradável e boas relações com os supervisores hierárquicos.

k) Centralizar toda a atenção ao bem-estar do paciente, apresentar-se de maneira discreta, usando sempre jaleco branco, sapatos fechados, cabelos presos, e maquiagem discreta e demais orientações da CCIH da Unidade para o uso de adornos, dentre outros.

l) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional.

m) Cumprir a legislação relacionada à saúde e à segurança do trabalhador, nos termos das Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, que se relacionem com sua área de atuação.

) Zelar pela conservação e ordem do material permanente e equipamentos do Campo de Estágio.

p) Participar da semana de acolhimento na Unidade Assistencial da SES/GO.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS DIREITOS DOS ESTAGIÁRIOS E DO DESLIGAMENTO.

13.1. São direitos do estagiário:

a) Ter acesso às instalações do Campo Estágio.

b) Receber orientações e as devidas assistências requeridas, por meio do Professor/Supervisor, do profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento.

c) Se aprovado na disciplina de estágio, receber declaração de conclusão da carga horário descrita na matriz curricular de estágio emitida pela SESG/SES-GO.

13.2. O estudante será afastado do estágio por um dos seguintes motivos:

a) Automaticamente, ao término do estágio.

) Abandono, caracterizado por ausência não justificada por três dias consecutivos ou cinco dias intercalados no período de um mês; ou que corresponda a mais de 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária prevista para o estágio.

c) Interrupção do curso na Instituição de Ensino.

d) A pedido do estagiário, de forma escrita, à SESG/SES-GO.

e) Comportamento funcional ou social incompatível com as normas éticas e administrativas do local em que venha exercendo seu estágio na SES/GO.

f) *Ex-ofício*, no interesse da SES/GO.

g) Comprovando-se a falta de aproveitamento no estágio, depois de decorrida a terça parte do tempo previsto para a sua duração.

h) Em atendimento a qualquer dispositivo de ordem legal ou regulamentar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS PENALIDADES E DAS RESTRIÇÕES:

14.1 – Poderá, o CONCEDENTE, vetar, suspender ou excluir Supervisor e estagiário, fundamentado nos instrumentos legais internos ou externos que regem as Unidades Assistenciais da SES/GO, comunicando por escrito à Direção da CONVENENTE, os motivos, razões e decisão tomada.

004204

004205

14.2 - A Instituição de Ensino que não cumprir o Cronograma estabelecido e não justificar sua falta para uso do Campo de Estágio, conforme acordado entre as **PARTÍCIPES** (SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO e Instituição de Ensino), estabelecido neste Convênio, será excluída do próximo cronograma.

14.3 - Caso a CONVENENTE não cumpra o que estabelece este Convênio, a mesma será notificada formalmente, com prazo de 30 (trinta) dias, para regularizar a situação e, se após a notificação e decorrido o prazo estabelecido para regularização, a mesma não providenciar os ajustes solicitados, a SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO poderá encerrar a realização do estágio em curso.

14.4 - Não será permitido o ingresso no Campo de Estágio sem a entrega prévia e devida da documentação exigida dentro das formalidades legais de execução de estágio.

14.5 - No caso em que houver encerramento da vigência deste Convênio e a CONVENENTE não enviar a solicitação de prorrogação do prazo, juntamente com a documentação necessária, em tempo hábil para a alteração do prazo, a CONVENENTE não terá os direitos aos campos de estágios interrompidos.

14.6 - O estagiário que descumprir qualquer item da cláusula 12 e 13 poderá ter seu estágio suspenso, após notificação final da SESG/SES-GO à CONVENENTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA -DO FORO:

15.1. Fica eleito o foro da Comarca de Goiânia-GO, para dirimir quaisquer conflitos que não puderem ser dirimidas administrativamente decorrentes do presente instrumento.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Secretário de Estado da Saúde

ALBERTO BARELLA NETTO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Documento assinado eletronicamente por **ALBERTO BARELLA NETTO**, **Usuário Externo**, em 13/09/2021, às 14:58, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 13/10/2021, às 15:58, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000023192267** e o código CRC **112527F9**.

004207

004208

004209

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO Nº 18/2021 - SES

Convênio celebrado entre o Estado de goiás, por meio da secretaria de estado da saúde de goiás e a Faculdade Estácio de Sá de Goiás - FESGO, na forma abaixo:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ DE GOIÁS - FESGO,** doravante denominada **CONVENENTE** inscrita no CNPJ sob o nº 34.075.739/0140-53, AV. GOIÁS 2151 QD,2.1 LT ÁREA SETOR CENTRAL – Goiânia, neste ato representada por seu Diretor **WALTER ANTONIO DA SILVA**, inscrito no CPF sob o N° 482.429.691-91 e RG/CI nº 549.002-2 SSP/MT 11/01/2002, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

O **CONCEDENTE**, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE,** serão denominados em conjunto como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1.1 O presente Convênio decorre das normas e regulamentos da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, e da Lei estadual nº 17.928, de 27/12/2012, tudo conforme o processo nº 202100010014903.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E JUSTIFICATIVA.

2.1 O objeto deste ajuste é a cooperação mútua entre os partícipes, a fim de proporcionar a realização de estágio supervisionado, para o os cursos de Biomedicina, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia.

2.2. Disponibilizar o aluno junto a instituição de saúde para ofertar seus cuidados junto a equipe para oferecer maior integração e prestar com maiores e melhor os cuidados a população do serviço público e assim dentro do seu aprendizado a prática.

004210

004211

2.3. Demonstrar habilidade técnica no desempenho da prática vivenciada prática de as na aula de laboratório no colégio, tendo a situação de aprendizagem a relação da questão do mercado de trabalho.

2.4. O objetivo do estágio curricular é proporcionar ao aluno o desempenho da prática em situações reais da vida e trabalho, aliado ao conhecimento teórico-prático desenvolvido no decorrer do curso.

2.5. Tendo como público Alvo à população que utiliza através do estado e recursos SUS ao processo saúde/doença e responsabilizando-se pela qualidade da assistência / cuidado em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

2.6. Compreender e implementar o processo de cuidar como instrumento de interpretação profissional; estabelecer relacionamento com a equipe de na Instituição e com o paciente/cliente

2.7. Considerar aprovado os Estágio Curricular Supervisionados, mediante aproveitamento do aluno nas aulas vivencias e com frequência comprovada, e as atividades referentes às atividades propostas pelos supervisores/preceptores.

2.8. A CONVENENTE está habilitada e credenciada para realização do objeto do convênio.

2.9. O estudante ao final do estágio curricular obrigatório será capaz de obter uma percepção generalista, humanitária e reflexiva relacionada às áreas de atenção e assistência relacionada aos cursos oferecidos pela CONVENENTE, bem como, sobre a inserção e atuação do profissional no seu ambiente de trabalho.

2.10. O estágio deverá proporcionar ao estudante a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários acadêmicos/escolares, a fim de se constituir como instrumento de integração em termos de ensino prático em serviço/aperfeiçoamento, técnico cultural científico e de relacionamento humano.

2.11. O estágio somente poderá ser realizado em Unidades Assistenciais da SES/GO, ou mesmo no âmbito central desta, em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular.

2.12. Cabe à CONVENENTE a indicação e a substituição de estagiários, mediante solicitação enviada por escrito Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG da Secretaria de Estado de Saúde – SES/GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho.

2.13. As atividades de aprendizagem, que deverão ser desenvolvidas pelo estagiário, ficarão sob a responsabilidade e coordenação da CONVENENTE, conforme regulamentação prevista no art. 7º da Lei Federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

3.1 – DO PARTÍCIPE I - FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ DE GOIÁS - FESGO

3.1.1. Encaminhar ao Gabinete da Superintendência da SESG/SES-GO, via ofício em papel timbrado, com antecedência de no máximo 15(quinze) dias úteis antes do início das atividades, a solicitação de vagas para o campo de estágio, citando:

a) Unidades da SES-GO onde se desenvolverão os estágios;

b) Relação dos professores-Supervisores/Preceptores Monitores de estágio, com graduação e registros nos respectivos Conselhos de Classe;

c) Relação nominal dos responsáveis pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios;

3.1.2. Comunicar à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial o início do período letivo, bem como a programação para a realização das avaliações acadêmicas;

004212

004213

3.1.3. A Convenente deverá apresentar, à Unidade Assistencial, a matriz curricular com determinação da carga horária para realização do estágio e área de concentração;

3.1.4. Encaminhar a SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial, ofício com a relação nominal de alunos com declaração de frequência por turma;

3.1.5. Designar um, Professor/Supervisor de Estágio, com graduação e registro no Conselho de Classe, como responsável pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios de acordo com o nº de alunos Máximo permitido pela legislação vigente;

3.1.6. Apresentar o Preceptor/Monitor que deverá preferencialmente fazer parte do quadro de pessoal da Concedente, bem como possuir e comprovar a formação exigida, conforme estabelecido no item b do item 3.1.1;

3.1.7. Informar aos Professores/Supervisores de Estágio que os mesmos deverão antes de iniciar as atividades, assinar junto a SESG/SES-GO, o Termo de Compromisso, bem como participar do processo de ambientação e conhecimento das normas e procedimentos da Unidade Assistencial promovido pela mesma;

3.1.8. Informar que os Professores/Supervisor de Estágio e o Preceptor/Monitor deveram acompanhar os estagiários durante toda a permanência dos mesmos na Unidade Assistencial/SES, cumprindo a carga horária estipulada na matriz curricular, conforme parágrafo 1º do art. 3º da Lei Federal 11.788/08;

3.1.9. Efetuar o controle da assiduidade dos estudantes participantes do estágio, através dos Professores/Supervisor de Estágio e dos Preceptores/Monitor, das unidades assistenciais da SES-GO, encaminhando cópia da frequência ao DEP;

3.1.10. Responsabilizar-se pela conduta dos seus acadêmicos, no sentido de que os mesmos cumpram as condições fixadas para o estágio, bem como, as normas que resguardam o sigilo profissional e a veiculação de informação a que tenha acesso;

3.1.11. Providenciar seguro contra acidentes pessoais para os estagiários; encaminhando nome da seguradora e número da apólice para SESG/SES-GO;

3.1.12. Analisar e discutir o Plano de Trabalho/Plano de Disciplina desenvolvido pelo estagiário no local do estágio, visando à realização teoria/prática;

3.1.13. Estabelecer critérios para o credenciamento de Preceptores/Monitor;

3.1.14. Comunicar, por escrito à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistência, o desligamento do estudante, qualquer que seja o motivo, num prazo Máximo de 10 (dez) dias após a constatação do fato;

3.1.15. Exigir dos Professores/Supervisores de Estágio e o Preceptor/Monitor, a apresentação de relatório das atividades ao término de cada semestre letivo, e encaminhar cópia para o DEP;

3.1.16. Zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso, reorientando os estagiários para outro local em caso de descumprimento de suas normas.

3.1.17.Encaminhar para a Superintendência da SESGUS/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

3.1.18 Responsabilizar-se por danos materiais e morais causados pelos estagiários a pacientes, acompanhantes, servidores;

3.1.19. Determinar que o professor responsável pela disciplina esteja presente durante toda permanência dos estudantes nas unidades da SES/GO.

3.1.20. Encaminhar para a Superintendência da SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

004215

3.1.21.A delimitação do período passivo de prorrogação caso haja interesse dos Partícipes;

3.1.22. A forma de monitoramento e avaliação dos recursos humanos e tecnológicos que serão empregados na atividade ou, se for o caso, a indicação da participação de apoio técnico nos termos previstos no § 1º do art. 58 da Lei 13.019/2014;6.5 – A prerrogativa atribuída à administração pública para assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

3.1.23. O livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas ao CONVÊNIO, bem como aos locais de execução do respectivo objeto.

3.1.24. Responsabilizar-se pelos ônus necessários à execução deste convênio seja a título de indenização, aquisição de material, multas e etc. No caso específico de materiais descartáveis (EPI's), de uso pessoal, os mesmos deverão ser entregues nas quantidades estabelecidas pelas Unidades Assistenciais/SES-GO;

3.2 – DO PARTÍCIPE II - COMPETÊNCIA DA SES-GO.

3.2.1. Celebrar o Termo de Compromisso com vistas do Professor/Supervisor de Estágio e Preceptor/Monitor; com a instituição de ensino e o educando, zelando pelo seu cumprimento;

3.2.2. Proporcionar estágio curricular obrigatório/optativo sobre a forma de treinamento em serviço dentro de suas possibilidades e limites, aos alunos encaminhados pelo Convenente dentre aqueles que estiverem regularmente matriculados em condições de estagiar e em conformidade com a organização didática e a matriz curricular apresentada pela Conveniada;

3.2.3. Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem, social, profissional e cultural;

3.2.4.Indicar servidores de seu quadro de pessoal, com formação e experiência profissional nas áreas especifica, dos estagiários, para orientar e supervisionar no máximo 10 (dez) estagiários ou em conformidade com a determinação de cada conselho de classe e deliberação do CCIH de cada unidade, conforme inc. III do art.7º da Lei Federal 11.788/08;

3.2.5. Propiciar aos alunos e ao Professor da disciplina, condições de vivenciarem o aprendizado, por meio de experiências práticas, mediante participação em situações reais de trabalho.

3.2.6. Oferecer condições para que os alunos sejam supervisionados por docentes da CONVENENTE, facilitando, mediante prévia autorização, a condição da aula no local de trabalho.

3.2.7. Promover momento de ambientação para Professor/Supervisor de Estagio antes do início de suas atividades para que o mesmo seja acolhido e se ambiente com; rotinas, procedimentos, princípios éticos, medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

3.2.8. Promover treinamento introdutório, para os estagiários admitidos no Campo de Estágio, com o objetivo de acolhimento e inserção dos mesmos; em princípios éticos, em rotinas de prevenção e controle de infecção hospitalar, no entendimento do processo da rede SUS, dentre outros;

3.2.9. Prover o estagiário de crachá de identificação e informá-lo da obrigatoriedade do uso do mesmo nas dependências do Campo de Estágio;

3.2.10. Distribuir os estagiários conforme escala programada e apresentada pelo Professor Supervisor de Estagio em comum acordo, com o Preceptor/Monitor da área da Unidade Assistencial e SES-GO;

3.2.11. Em caso de desistência do Campo de Estágio por parte da Conveniada, conforme estabelecido em cronograma e acordado entre as partes será prerrogativa da SES/Unidade Assistencial, substituir a vacância, se lhe for conveniente;

3.2.12. Enviar à instituição de ensino, através dos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, com periodicidade mínima de 06 (seis) meses, relatório de atividades do estagio curricular obrigatório, com assinatura do estagiário;

004217

3.2.13. Manter nos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;

3.2.14. Fornecer o certificado de estágio às UNIDADES ACADÊMICAS, mencionando o período, a carga horária e as principais atividades desenvolvidas pelos estudantes nas suas respectivas áreas.

CLÁUSULA QUARTA - DA CONTRAPARTIDA.

4.1 Não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, determinando-se que os ônus decorrentes de ações específicas são de responsabilidade legal de cada partícipe.

4.2 Não haverá também, mutuamente, a realização/celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial.

4.3 A Instituição de Ensino conveniada será responsável pela prestação de uma ou mais das contrapartida descrita nos termos da Portaria nº 225 /2021 – SES. Dentre elas:

4.3.1 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito privado:

a) Oferta de cursos de interesse da SES-GO, podendo cada curso ser ofertado simultaneamente, por no máximo, duas Instituições de Ensino Superior;

b) Oferta de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO; cessão de espaços para eventos de integração ensino serviço, tais como: salas de aula, auditórios, laboratórios técnicos; e disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual.

c) Caso não seja possível a oferta de contrapartida nos termos das alíneas "a" e "b" desta cláusula, a Instituição de Ensino repassará ao Fundo Estadual de Saúde – FES, por hora de estágio cumprida e por aluno (valor aluno/hora), os valores a seguir.

c.1) R$ 8,00 (oito reais) para o Curso de Graduação em Medicina;

c.2) R$ 6,00 (seis reais) para os demais Cursos de Graduação e Cursos de Pós-Graduação;

c.3) R$ 3,00 (três reais) para os Cursos de Nível Técnico.

4.3.2 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito publico:

a) Garantia de vagas em cursos de extensão, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, oferecidos pela convenente;

b) Uso de laboratórios técnicos de diversas especialidades da Instituição de Ensino para atividades destinadas à qualificação de profissionais do Sistema Único de Saúde;

c) Uso dos laboratórios de informática da Instituição de Ensino em cursos, projetos e oficinas ofertados pela SES-GO;

d) Uso de espaços para eventos ofertados pela SES-GO, tais como salas de aula, auditórios, estúdios;

e) Garantia de vagas em Seminários, Congressos e outros eventos promovidos pela convenente, para servidores do SUS encaminhados pela SESG/SES-GO;

f) Indicação de profissionais para realizar palestras, cursos, *workshop* etc., na SES-GO ou Unidades Assistenciais de Saúde;

g) Realização de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO;

h) Transferência de tecnologia;

i) Disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual;

004218

004219

j) Outros formatos de interesse da SES-GO e possibilidades da Convenente, previamente pactuados.

CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO DO ESTÁGIO E DAS ALTERAÇÕES:

5.1 Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

5.2. Para o desenvolvimento das ações descritas na cláusula anterior, a SES/GO será representada por equipe multidisciplinar.

5.3. O estágio obrigatório somente poderá ser desenvolvido sob o acompanhamento permanente de Professor/Supervisor, integrante do quadro de pessoal da Instituição de Ensino.

5.4. O estágio obrigatório não será remunerado.

5.5. Todas as despesas correntes, de capital e administrativas atinentes ao processo ensino-aprendizagem decorrentes deste Convênio serão custeadas com recursos próprios da CONVENENTE.

5.6. Para cada curso em estágio, as Unidades Assistenciais da SES/GO receberão o número de estagiários compatíveis com a capacidade instalada da Unidade Assistencial da SES/GO, respeitando-se a determinação de cada conselho de classe e as prerrogativas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, de cada unidade, de acordo com inciso III do art. 7º da Lei federal nº 11.788/2008.

5.7. As Unidades Assistenciais da SES/GO poderão, a seu critério, receber estagiários para os períodos parciais e integrais de estágio, bem como para os períodos compreendidos dentro e fora do calendário acadêmico/escolar de aulas, desde que respeitado o que dispõe a Lei federal nº 11.788/2008.

5.8. As atividades desenvolvidas pelos estagiários deverão ser somente as compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso e o plano de ensino será discutido antecipadamente entre a CONVENENTE e a SES/GO, atendendo o perfil das Unidades.

5.9, As vagas de estágio e atividades complementares curriculares de ensino em saúde disponibilizadas pela SES/GO serão ofertadas prioritariamente para as Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico do Estado de Goiás, de acordo com a capacidade instalada das Unidades Assistenciais da SES/GO.

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA, DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO:

6.1. A avaliação dos estagiários será realizada, no decorrer do processo de estágio, pelo Professor/Supervisor juntamente com o profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento. O referido relatório terá que estar em conformidade com a matriz curricular do estágio apresentado pela CONVENENTE, conforme estabelece este Instrumento de Ajuste.

6.2. Ao final do estágio, a CONVENENTE, deverá fazer, juntamente com a SES/GO, à avaliação final do estagiário, com base nos critérios pré-estabelecidos no plano da disciplina.

6.3. Ficará a cargo da CONVENENTE, apresentar relatório final da avaliação realizada por turma à ESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho, o resultado final para adquirir o certificado de conclusão do estágio com assinatura da SESG/SES-GO.

6.4. O presente CONVÊNIO terá vigência por 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.5. Deverá, a CONCEDENTE, por meio de seu quadro de pessoal e recursos tecnológicos disponíveis, realizar o monitoramento das atividades, bem como da produção acadêmico-científica realizadas, informando documentalmente, por meio do gestor do Convênio, observados padrões metodológicos.

6.6. A fiscalização da execução do CONVÊNIO será realizada pelo Gestor, nomeado por meio de portaria, Publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

004220

004221

6.7 O Presente Convênio já foi acolhido pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde através do Despacho nº 1847/2021 – SES/GO.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO VINCULO EMPREGATÍCIO:

7.1 O estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza, com o CONCEDENTE, conforme preconiza a Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA OITAVA - DO PLANO DE TRABALHO:

8.1 As metas e ações a ser cumpridas , durante o período de duração do CONVÊNIO, que será de 60 (sessenta) meses e deve ser iniciado a partir da data da publicação do extrato de convênio no Diário Oficial do estado de Goiás, conforme Cronograma de Desenvolvimento de Metas e Ações no Plano de Trabalho, item 3 III.

8.2 O Plano de Trabalho, devidamente homologado, constitui-se em parte integrante e indissociável deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICIDADE E DA PUBLICAÇÃO:

9.1 As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente CONVÊNIO, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

9.2. Como condição indispensável para a eficácia deste Convênio, ele será publicado em forma de extrato, pela Secretaria de Estado da Saúde no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS:

10.1. Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, obedecendo aos ditames legais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO:

11.1. O presente Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou inobservância das normas legais pertinentes, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado unilateralmente, ou por mútuo acordo, mediante prévio aviso a ser publicado no prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

11.2. Os partícipes têm a faculdade de rescindirem o instrumento, a qualquer tempo, por ato devidamente
justificado, seguindo o item XIII do art. 62 da lei nº 17.928/12.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS DEVERES DO ESTAGIÁRIO:

12.1. São deveres do estagiário:

a) Assinar a Ficha de Inscrição e o Termo de Compromisso de Estágio com a SES/GO, junto à SESG/SES-GO, para fins de participação nas atividades do estágio.

b) Postar-se de forma ética, moral e profissional, bem como, comprometer-se com as medidas de segurança do trabalho, prevenção e controle de infecção hospitalar.

c) Respeitar as normas e regulamentos internos ou externos do Campo de Estágio.

d) Utilizar, obrigatoriamente, o crachá de identificação, que será fornecido pelo CONCEDENTE, nas dependências das suas Unidades Assistenciais.

004222

004223

e) Estar devidamente uniformizado conforme estabelecido no Regimento Interno da respectiva Unidade Assistencial da SES/GO.

) Permanecer no Campo de Estágio apenas no horário e/ou período regulamentar destinado ao mesmo.

g) Realizar somente atividades pertinentes ao estágio descritas na programação curricular estabelecida para seu curso.

h) Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras e estranhas àquelas inerentes à finalidade do Convênio.

i) Ser assíduo e pontual com os horários previamente estabelecidos pela Instituição de Ensino/Unidade Assistencial da SES/GO.

j) Desenvolver e manter o ambiente de trabalho agradável e boas relações com os supervisores hierárquicos.

k) Centralizar toda a atenção ao bem-estar do paciente, apresentar-se de maneira discreta, usando sempre jaleco branco, sapatos fechados, cabelos presos, e maquiagem discreta e demais orientações da CCIH da Unidade para o uso de adornos, dentre outros.

l) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional.

n) Cumprir a legislação relacionada à saúde e à segurança do trabalhador, nos termos das Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, que se relacionem com sua área de atuação.

o) Zelar pela conservação e ordem do material permanente e equipamentos do Campo de Estágio.

p) Participar da semana de acolhimento na Unidade Assistencial da SES/GO.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS DIREITOS DOS ESTAGIÁRIOS E DO DESLIGAMENTO.

13.1. São direitos do estagiário:

a) Ter acesso às instalações do Campo Estágio.

b) Receber orientações e as devidas assistências requeridas, por meio do Professor/Supervisor, do profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento.

c) Se aprovado na disciplina de estágio, receber declaração de conclusão da carga horário descrita na atriz curricular de estágio emitida pela SESG/SES-GO.

13.2. O estudante será afastado do estágio por um dos seguintes motivos:

a) Automaticamente, ao término do estágio.

b) Abandono, caracterizado por ausência não justificada por três dias consecutivos ou cinco dias intercalados no período de um mês; ou que corresponda a mais de 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária prevista para o estágio.

c) Interrupção do curso na Instituição de Ensino.

d) A pedido do estagiário, de forma escrita, à SESG/SES-GO.

e) Comportamento funcional ou social incompatível com as normas éticas e administrativas do local em que venha exercendo seu estágio na SES/GO.

f) *Ex-ofício*, no interesse da SES/GO.

g) Comprovando-se a falta de aproveitamento no estágio, depois de decorrida a terça parte do tempo previsto para a sua duração.

h) Em atendimento a qualquer dispositivo de ordem legal ou regulamentar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS PENALIDADES E DAS RESTRIÇÕES:

004224

004225

14.1 – Poderá, o CONCEDENTE, vetar, suspender ou excluir Supervisor e estagiário, fundamentado nos instrumentos legais internos ou externos que regem as Unidades Assistenciais da SES/GO, comunicando por escrito à Direção da CONVENENTE, os motivos, razões e decisão tomada.

14.2 - A Instituição de Ensino que não cumprir o Cronograma estabelecido e não justificar sua falta para uso do Campo de Estágio, conforme acordado entre as **PARTÍCIPES** (SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO e Instituição de Ensino), estabelecido neste Convênio, será excluída do próximo cronograma.

14.3 - Caso a CONVENENTE não cumpra o que estabelece este Convênio, a mesma será notificada formalmente, com prazo de 30 (trinta) dias, para regularizar a situação e, se após a notificação e decorrido o prazo estabelecido para regularização, a mesma não providenciar os ajustes solicitados, a SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO poderá encerrar a realização do estágio em curso.

14.4 - Não será permitido o ingresso no Campo de Estágio sem a entrega prévia e devida da documentação exigida dentro das formalidades legais de execução de estágio.

14.5 - No caso em que houver encerramento da vigência deste Convênio e a CONVENENTE não enviar a solicitação de prorrogação do prazo, juntamente com a documentação necessária, em tempo hábil para a alteração do prazo, a CONVENENTE não terá os direitos aos campos de estágios interrompidos.

14.6 - O estagiário que descumprir qualquer item da cláusula 12 e 13 poderá ter seu estágio suspenso, pós notificação final da SESG/SES-GO à CONVENENTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA -DO FORO:

15.1. Fica eleito o foro da Comarca de Goiânia-GO, para dirimir quaisquer conflitos que não puderem ser dirimidas administrativamente decorrentes do presente instrumento.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Secretário de Estado da Saúde

WALTER ANTONIO DA SILVA

Diretor da FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ DE GOIÁS - FESGO

Documento assinado eletronicamente por **Walter Antonio da Silva, Usuário Externo**, em 14/10/2021, às 19:22, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 25/10/2021, às 17:47, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

004227

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000023185775** e o código CRC **94C0FC6E**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS
NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO -
CEP 74000-000 - .

004229

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO Nº 23/2021 - SES

Convênio celebrado entre o Estado de goiás, por meio da secretaria de estado da saúde de goiás e Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na forma abaixo:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,** doravante denominada **CONVENENTE** inscrita no CNPJ sob o nº 01.587.609/0001-71, Av. Universitária n. 1440 St. Universitário – Goiânia- GO, neste ato representada por sua Reitora **OLGA IZILDA RONCHI**, inscrito no CPF sob o N° 336.430.831-49 e RG/CI nº 6165108 SSP/GO, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

O **CONCEDENTE**, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE,** serão denominados em conjunto como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1.1 O presente Convênio decorre das normas e regulamentos da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, e da Lei estadual nº 17.928, de 27/12/2012, tudo conforme o processo nº 202100010015029.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E JUSTIFICATIVA.

2.1 O objeto deste ajuste é a cooperação mútua entre os partícipes, a fim de proporcionar a realização de estágio supervisionado, para os cursos de graduação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

2.2. Disponibilizar o aluno junto a instituição de saúde para ofertar seus cuidados junto a equipe para oferecer maior integração e prestar com maiores e melhor os cuidados a população do serviço público e assim dentro do seu aprendizado a prática.

2.3. Demonstrar habilidade técnica no desempenho da prática vivenciada prática de as na aula de laboratório no colégio, tendo a situação de aprendizagem a relação da questão do mercado de trabalho.

004230

004231

2.4. O objetivo do estágio curricular é proporcionar ao aluno o desempenho da prática em situações reais da vida e trabalho, aliado ao conhecimento teórico-prático desenvolvido no decorrer do curso.

2.5. Tendo como público Alvo à população que utiliza através do estado e recursos SUS ao processo saúde/doença e responsabilizando-se pela qualidade da assistência / cuidado em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

2.6. Compreender e implementar o processo de cuidar como instrumento de interpretação profissional; estabelecer relacionamento com a equipe de na Instituição e com o paciente/cliente

2.7. Considerar aprovado os Estágio Curricular Supervisionados, mediante aproveitamento do aluno nas aulas vivencias e com frequência comprovada, e as atividades referentes às atividades propostas pelos supervisores/preceptores.

2.8. A CONVENENTE está habilitada e credenciada para realização do objeto do convênio.

2.9. O estudante ao final do estágio curricular obrigatório será capaz de obter uma percepção generalista, humanitária e reflexiva relacionada às áreas de atenção e assistência relacionada aos cursos oferecidos pela CONVENENTE, bem como, sobre a inserção e atuação do profissional no seu ambiente de trabalho.

2.10. O estágio deverá proporcionar ao estudante a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários acadêmicos/escolares, a fim de se constituir como instrumento de integração em termos de ensino prático em serviço/aperfeiçoamento, técnico cultural científico e de relacionamento humano.

2.11. O estágio somente poderá ser realizado em Unidades Assistenciais da SES/GO, ou mesmo no âmbito central desta, em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular.

2.12. Cabe à CONVENENTE a indicação e a substituição de estagiários, mediante solicitação enviada por escrito Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG da Secretaria de Estado de Saúde – SES/GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho.

2.13. As atividades de aprendizagem, que deverão ser desenvolvidas pelo estagiário, ficarão sob a responsabilidade e coordenação da CONVENENTE, conforme regulamentação prevista no art. 7º da Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

3.1 – DO PARTÍCIPE I - PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

3.1.1. Encaminhar ao Gabinete da Superintendência da SESG/SES-GO, via ofício em papel timbrado, com antecedência de no máximo 15(quinze) dias úteis antes do início das atividades, a solicitação de vagas para o campo de estágio, citando:

a) Unidades da SES-GO onde se desenvolverão os estágios;

b) Relação dos professores-Supervisores/Preceptores Monitores de estágio, com graduação e registros nos respectivos Conselhos de Classe;

c) Relação nominal dos responsáveis pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios;

3.1.2. Comunicar à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial o início do período letivo, bem como a programação para a realização das avaliações acadêmicas;

3.1.3. A Convenente deverá apresentar, à Unidade Assistencial, a matriz curricular com determinação da carga horária para realização do estágio e área de concentração;

004232

004233

3.1.4. Encaminhar a SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial, ofício com a relação nominal de alunos com declaração de frequência por turma;

3.1.5. Designar um, Professor/Supervisor de Estágio, com graduação e registro no Conselho de Classe, como responsável pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios de acordo com o nº de alunos Máximo permitido pela legislação vigente;

3.1.6. Apresentar o Preceptor/Monitor que deverá preferencialmente fazer parte do quadro de pessoal da Concedente, bem como possuir e comprovar a formação exigida, conforme estabelecido no item b do item 3.1.1;

3.1.7. Informar aos Professores/Supervisores de Estágio que os mesmos deverão antes de iniciar as atividades, assinar junto a SESG/SES-GO, o Termo de Compromisso, bem como participar do processo de ambientação e conhecimento das normas e procedimentos da Unidade Assistencial promovido pela mesma;

3.1.8. Informar que os Professores/Supervisor de Estágio e o Preceptor/Monitor deveram acompanhar os estagiários durante toda a permanência dos mesmos na Unidade Assistencial/SES, cumprindo a carga horária estipulada na matriz curricular, conforme parágrafo 1º do art. 3º da Lei Federal 11.788/08;

3.1.9. Efetuar o controle da assiduidade dos estudantes participantes do estágio, através dos Professores/Supervisor de Estágio e dos Preceptores/Monitor, das unidades assistenciais da SES-GO, encaminhando cópia da frequência ao DEP;

3.1.10. Responsabilizar-se pela conduta dos seus acadêmicos, no sentido de que os mesmos cumpram as condições fixadas para o estágio, bem como, as normas que resguardam o sigilo profissional e a veiculação de informação a que tenha acesso;

3.1.11. Providenciar seguro contra acidentes pessoais para os estagiários; encaminhando nome da seguradora e número da apólice para SESG/SES-GO;

3.1.12. Analisar e discutir o Plano de Trabalho/Plano de Disciplina desenvolvido pelo estagiário no local do estágio, visando à realização teoria/prática;

3.1.13. Estabelecer critérios para o credenciamento de Preceptores/Monitor;

3.1.14. Comunicar, por escrito à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistência, o desligamento do estudante, qualquer que seja o motivo, num prazo Máximo de 10 (dez) dias após a constatação do fato;

3.1.15. Exigir dos Professores/Supervisores de Estágio e o Preceptor/Monitor, a apresentação de relatório das atividades ao término de cada semestre letivo, e encaminhar cópia para o DEP;

3.1.16. Zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso, reorientando os estagiários para outro local em caso de descumprimento de suas normas.

3.1.17.Encaminhar para a Superintendência da SESGUS/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

3.1.18 Responsabilizar-se por danos materiais e morais causados pelos estagiários a pacientes, acompanhantes, servidores;

3.1.19. Determinar que o professor responsável pela disciplina esteja presente durante toda permanência dos estudantes nas unidades da SES/GO.

3.1.20. Encaminhar para a Superintendência da SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

3.1.21.A delimitação do período passivo de prorrogação caso haja interesse dos Partícipes;

004235

3.1.22. A forma de monitoramento e avaliação dos recursos humanos e tecnológicos que serão empregados na atividade ou, se for o caso, a indicação da participação de apoio técnico nos termos previstos no § 1º do art. 58 da Lei 13.019/2014;6.5 – A prerrogativa atribuída à administração pública para assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

3.1.23. O livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas ao CONVÊNIO, bem como aos locais de execução do respectivo objeto.

3.1.24. Responsabilizar-se pelos ônus necessários à execução deste convênio seja a título de indenização, aquisição de material, multas e etc. No caso específico de materiais descartáveis (EPI's), de uso pessoal, os mesmos deverão ser entregues nas quantidades estabelecidas pelas Unidades Assistenciais/SES-GO;

3.2 – DO PARTÍCIPE II - COMPETÊNCIA DA SES-GO.

3.2.1. Celebrar o Termo de Compromisso com vistas do Professor/Supervisor de Estágio e Preceptor/Monitor; com a instituição de ensino e o educando, zelando pelo seu cumprimento;

3.2.2. Proporcionar estágio curricular obrigatório/optativo sobre a forma de treinamento em serviço dentro de suas possibilidades e limites, aos alunos encaminhados pelo Convenente dentre aqueles que estiverem regularmente matriculados em condições de estagiar e em conformidade com a organização didática e a matriz curricular apresentada pela Conveniada;

3.2.3. Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem, social, profissional e cultural;

3.2.4.Indicar servidores de seu quadro de pessoal, com formação e experiência profissional nas áreas especifica, dos estagiários, para orientar e supervisionar no máximo 10 (dez) estagiários ou em conformidade com a determinação de cada conselho de classe e deliberação do CCIH de cada unidade, conforme inc. III do art.7º da Lei Federal 11.788/08;

3.2.5. Propiciar aos alunos e ao Professor da disciplina, condições de vivenciarem o aprendizado, por meio de experiências práticas, mediante participação em situações reais de trabalho.

3.2.6. Oferecer condições para que os alunos sejam supervisionados por docentes da CONVENENTE, facilitando, mediante prévia autorização, a condição da aula no local de trabalho.

3.2.7. Promover momento de ambientação para Professor/Supervisor de Estagio antes do início de suas atividades para que o mesmo seja acolhido e se ambiente com; rotinas, procedimentos, princípios éticos, medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

3.2.8. Promover treinamento introdutório, para os estagiários admitidos no Campo de Estágio, com o objetivo de acolhimento e inserção dos mesmos; em princípios éticos, em rotinas de prevenção e controle de infecção hospitalar, no entendimento do processo da rede SUS, dentre outros;

3.2.9. Prover o estagiário de crachá de identificação e informá-lo da obrigatoriedade do uso do mesmo nas dependências do Campo de Estágio;

3.2.10. Distribuir os estagiários conforme escala programada e apresentada pelo Professor Supervisor de Estagio em comum acordo, com o Preceptor/Monitor da área da Unidade Assistencial e SES-GO;

3.2.11. Em caso de desistência do Campo de Estágio por parte da Conveniada, conforme estabelecido em cronograma e acordado entre as partes será prerrogativa da SES/Unidade Assistencial, substituir a vacância, se lhe for conveniente;

3.2.12. Enviar à instituição de ensino, através dos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, com periodicidade mínima de 06 (seis) meses, relatório de atividades do estagio curricular obrigatório, com assinatura do estagiário;

3.2.13. Manter nos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;

004236

004237

3.2.14. Fornecer o certificado de estágio às UNIDADES ACADÊMICAS, mencionando o período, a carga horária e as principais atividades desenvolvidas pelos estudantes nas suas respectivas áreas.

CLÁUSULA QUARTA - DA CONTRAPARTIDA.

4.1 Não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, determinando-se que os ônus decorrentes de ações específicas são de responsabilidade legal de cada partícipe.

4.2 Não haverá também, mutuamente, a realização/celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial.

4.3 A Instituição de Ensino conveniada será responsável pela prestação de uma ou mais das contrapartida descrita nos termos da Portaria nº 225 /2021 – SES. Dentre elas:

4.3.1 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito privado:

a) Oferta de cursos de interesse da SES-GO, podendo cada curso ser ofertado simultaneamente, por no máximo, duas Instituições de Ensino Superior;

b) Oferta de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO; cessão de espaços para eventos de integração ensino serviço, tais como: salas de aula, auditórios, laboratórios técnicos; e disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual.

c) Caso não seja possível a oferta de contrapartida nos termos das alíneas "a" e "b" desta cláusula, a Instituição de Ensino repassará ao Fundo Estadual de Saúde – FES, por hora de estágio cumprida e por aluno (valor aluno/hora), os valores a seguir.

c.1) R$ 8,00 (oito reais) para o Curso de Graduação em Medicina;

c.2) R$ 6,00 (seis reais) para os demais Cursos de Graduação e Cursos de Pós-Graduação;

c.3) R$ 3,00 (três reais) para os Cursos de Nível Técnico.

4.3.2 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito publico:

a) Garantia de vagas em cursos de extensão, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, oferecidos pela convenente;

b) Uso de laboratórios técnicos de diversas especialidades da Instituição de Ensino para atividades destinadas à qualificação de profissionais do Sistema Único de Saúde;

c) Uso dos laboratórios de informática da Instituição de Ensino em cursos, projetos e oficinas ofertados pela SES-GO;

d) Uso de espaços para eventos ofertados pela SES-GO, tais como salas de aula, auditórios, estúdios;

e) Garantia de vagas em Seminários, Congressos e outros eventos promovidos pela convenente, para servidores do SUS encaminhados pela SESG/SES-GO;

f) Indicação de profissionais para realizar palestras, cursos, *workshop* etc., na SES-GO ou Unidades Assistenciais de Saúde;

g) Realização de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO;

h) Transferência de tecnologia;

i) Disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual;

j) Outros formatos de interesse da SES-GO e possibilidades da Convenente, previamente pactuados.

004239

CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO DO ESTÁGIO E DAS ALTERAÇÕES:

5.1 Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

5.2. Para o desenvolvimento das ações descritas na cláusula anterior, a SES/GO será representada por equipe multidisciplinar.

5.3. O estágio obrigatório somente poderá ser desenvolvido sob o acompanhamento permanente de Professor/Supervisor, integrante do quadro de pessoal da Instituição de Ensino.

5.4. O estágio obrigatório não será remunerado.

5.5. Todas as despesas correntes, de capital e administrativas atinentes ao processo ensino-aprendizagem decorrentes deste Convênio serão custeadas com recursos próprios da CONVENENTE.

5.6. Para cada curso em estágio, as Unidades Assistenciais da SES/GO receberão o número de estagiários compatíveis com a capacidade instalada da Unidade Assistencial da SES/GO, respeitando-se a determinação de cada conselho de classe e as prerrogativas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, de cada unidade, de acordo com inciso III do art. 7º da Lei federal nº 11.788/2008.

5.7. As Unidades Assistenciais da SES/GO poderão, a seu critério, receber estagiários para os períodos parciais e integrais de estágio, bem como para os períodos compreendidos dentro e fora do calendário acadêmico/escolar de aulas, desde que respeitado o que dispõe a Lei federal nº 11.788/2008.

5.8. As atividades desenvolvidas pelos estagiários deverão ser somente as compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso e o plano de ensino será discutido antecipadamente entre a CONVENENTE e a SES/GO, atendendo o perfil das Unidades.

5.9, As vagas de estágio e atividades complementares curriculares de ensino em saúde disponibilizadas pela SES/GO serão ofertadas prioritariamente para as Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico do Estado de Goiás, de acordo com a capacidade instalada das Unidades Assistenciais da SES/GO.

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA, DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO:

6.1. A avaliação dos estagiários será realizada, no decorrer do processo de estágio, pelo Professor/Supervisor juntamente com o profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento. O referido relatório terá que estar em conformidade com a matriz curricular do estágio apresentado pela CONVENENTE, conforme estabelece este Instrumento de Ajuste.

6.2. Ao final do estágio, a CONVENENTE, deverá fazer, juntamente com a SES/GO, à avaliação final do estagiário, com base nos critérios pré-estabelecidos no plano da disciplina.

6.3. Ficará a cargo da CONVENENTE, apresentar relatório final da avaliação realizada por turma à ESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho, o resultado final para adquirir o certificado de conclusão do estágio com assinatura da SESG/SES-GO.

6.4. O presente CONVÊNIO terá vigência por 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.5. Deverá, a CONCEDENTE, por meio de seu quadro de pessoal e recursos tecnológicos disponíveis, realizar o monitoramento das atividades, bem como da produção acadêmico-científica realizadas, informando documentalmente, por meio do gestor do Convênio, observados padrões metodológicos.

6.6. A fiscalização da execução do CONVÊNIO será realizada pelo Gestor, nomeado por meio de portaria, Publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.7 O Presente Convênio já foi acolhido pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde através do Despacho nº 1859/2021 – SES/GO.

004240

004241

CLÁUSULA SÉTIMA - DO VINCULO EMPREGATÍCIO:

7.1 O estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza, com o CONCEDENTE, conforme preconiza a Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA OITAVA - DO PLANO DE TRABALHO:

8.1 As metas e ações a ser cumpridas , durante o período de duração do CONVÊNIO, que será de 60 (sessenta) meses e deve ser iniciado a partir da data da publicação do extrato de convênio no Diário Oficial do estado de Goiás, conforme Cronograma de Desenvolvimento de Metas e Ações no Plano de Trabalho, item 3 III.

8.2 O Plano de Trabalho, devidamente homologado, constitui-se em parte integrante e indissociável deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICIDADE E DA PUBLICAÇÃO:

9.1 As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente CONVÊNIO, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

9.2. Como condição indispensável para a eficácia deste Convênio, ele será publicado em forma de extrato, pela Secretaria de Estado da Saúde no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS:

10.1. Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, obedecendo aos ditames legais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO:

11.1. O presente Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou inobservância das normas legais pertinentes, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado unilateralmente, ou por mútuo acordo, mediante prévio aviso a ser publicado no prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

11.2. Os partícipes têm a faculdade de rescindirem o instrumento, a qualquer tempo, por ato devidamente
justificado, seguindo o item XIII do art. 62 da lei nº 17.928/12.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS DEVERES DO ESTAGIÁRIO:

12.1. São deveres do estagiário:

a) Assinar a Ficha de Inscrição e o Termo de Compromisso de Estágio com a SES/GO, junto à SESG/SES-GO, para fins de participação nas atividades do estágio.

b) Postar-se de forma ética, moral e profissional, bem como, comprometer-se com as medidas de segurança do trabalho, prevenção e controle de infecção hospitalar.

c) Respeitar as normas e regulamentos internos ou externos do Campo de Estágio.

d) Utilizar, obrigatoriamente, o crachá de identificação, que será fornecido pelo CONCEDENTE, nas dependências das suas Unidades Assistenciais.

e) Estar devidamente uniformizado conforme estabelecido no Regimento Interno da respectiva Unidade Assistencial da SES/GO.

004243

f) Permanecer no Campo de Estágio apenas no horário e/ou período regulamentar destinado ao mesmo.

g) Realizar somente atividades pertinentes ao estágio descritas na programação curricular estabelecida para seu curso.

h) Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras e estranhas àquelas inerentes à finalidade do Convênio.

i) Ser assíduo e pontual com os horários previamente estabelecidos pela Instituição de Ensino/Unidade Assistencial da SES/GO.

j) Desenvolver e manter o ambiente de trabalho agradável e boas relações com os supervisores hierárquicos.

k) Centralizar toda a atenção ao bem-estar do paciente, apresentar-se de maneira discreta, usando sempre jaleco branco, sapatos fechados, cabelos presos, e maquiagem discreta e demais orientações da CCIH da Unidade para o uso de adornos, dentre outros.

l) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional.

m) Cumprir a legislação relacionada à saúde e à segurança do trabalhador, nos termos das Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, que se relacionem com sua área de atuação.

o) Zelar pela conservação e ordem do material permanente e equipamentos do Campo de Estágio.

p) Participar da semana de acolhimento na Unidade Assistencial da SES/GO.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS DIREITOS DOS ESTAGIÁRIOS E DO DESLIGAMENTO.

13.1. São direitos do estagiário:

a) Ter acesso às instalações do Campo Estágio.

b) Receber orientações e as devidas assistências requeridas, por meio do Professor/Supervisor, do profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento.

c) Se aprovado na disciplina de estágio, receber declaração de conclusão da carga horário descrita na matriz curricular de estágio emitida pela SESG/SES-GO.

13.2. O estudante será afastado do estágio por um dos seguintes motivos:

a) Automaticamente, ao término do estágio.

b) Abandono, caracterizado por ausência não justificada por três dias consecutivos ou cinco dias intercalados no período de um mês; ou que corresponda a mais de 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária prevista para o estágio.

c) Interrupção do curso na Instituição de Ensino.

d) A pedido do estagiário, de forma escrita, à SESG/SES-GO.

e) Comportamento funcional ou social incompatível com as normas éticas e administrativas do local em que venha exercendo seu estágio na SES/GO.

f) *Ex-ofício*, no interesse da SES/GO.

g) Comprovando-se a falta de aproveitamento no estágio, depois de decorrida a terça parte do tempo previsto para a sua duração.

h) Em atendimento a qualquer dispositivo de ordem legal ou regulamentar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS PENALIDADES E DAS RESTRIÇÕES:

14.1 – Poderá, o CONCEDENTE, vetar, suspender ou excluir Supervisor e estagiário, fundamentado nos instrumentos legais internos ou externos que regem as Unidades Assistenciais da SES/GO, comunicando

004245

por escrito à Direção da CONVENENTE, os motivos, razões e decisão tomada.

14.2 - A Instituição de Ensino que não cumprir o Cronograma estabelecido e não justificar sua falta para uso do Campo de Estágio, conforme acordado entre as **PARTÍCIPES** (SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO e Instituição de Ensino), estabelecido neste Convênio, será excluída do próximo cronograma.

14.3 - Caso a CONVENENTE não cumpra o que estabelece este Convênio, a mesma será notificada formalmente, com prazo de 30 (trinta) dias, para regularizar a situação e, se após a notificação e decorrido o prazo estabelecido para regularização, a mesma não providenciar os ajustes solicitados, a SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO poderá encerrar a realização do estágio em curso.

14.4 - Não será permitido o ingresso no Campo de Estágio sem a entrega prévia e devida da documentação exigida dentro das formalidades legais de execução de estágio.

14.5 - No caso em que houver encerramento da vigência deste Convênio e a CONVENENTE não enviar a solicitação de prorrogação do prazo, juntamente com a documentação necessária, em tempo hábil para a alteração do prazo, a CONVENENTE não terá os direitos aos campos de estágios interrompidos.

14.6 - O estagiário que descumprir qualquer item da cláusula 12 e 13 poderá ter seu estágio suspenso, após notificação final da SESG/SES-GO à CONVENENTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA -DO FORO:

15.1. Fica eleito o foro da Comarca de Goiânia-GO, para dirimir quaisquer conflitos que não puderem ser dirimidas administrativamente decorrentes do presente instrumento.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Secretário de Estado da Saúde

OLGA IZILDA RONCHI

Reitora - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Documento assinado eletronicamente por **Olga Izilda Ronchi**, **Usuário Externo**, em 22/10/2021, às 10:27, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 25/10/2021, às 17:47, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

004247

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000023192478** e o código CRC **1467975D**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS
NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO -
CEP 74000-000 - .

Referência: Processo nº 202100010015029

SEI 000023192478

004248

004249

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO Nº 26/2021 - SES

Convênio celebrado entre o Estado de goiás, por meio da secretaria de estado da saúde de goiás e o Centro Universitário de Anápolis, na forma abaixo:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS,** doravante denominada **CONVENENTE** inscrita no CNPJ sob o nº 01.060.102/0001-65, Av. Universitária, Km 3,5, Cidade Universitária– Anapólis - GO, neste ato representada por seu Diretor **CARLOS HASSEL MENDES DA SILVA**, inscrito no CPF sob o N° 081.124.521-72 e RG/CI nº 193.528 / SSP-DF, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

CONCEDENTE, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE,** serão denominados em conjunto como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1.1 O presente Convênio decorre das normas e regulamentos da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, e da Lei estadual nº 17.928, de 27/12/2012, tudo conforme o processo nº 202100010015130.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E JUSTIFICATIVA.

2.1 O objeto deste ajuste é a cooperação mútua entre os partícipes, a fim de proporcionar a realização de estágio supervisionado, para o curso de Medicina

2.2. Disponibilizar o aluno junto a instituição de saúde para ofertar seus cuidados junto a equipe para oferecer maior integração e prestar com maiores e melhor os cuidados a população do serviço público e assim dentro do seu aprendizado a prática.

2.3. Demonstrar habilidade técnica no desempenho da prática vivenciada prática de as na aula de laboratório no colégio, tendo a situação de aprendizagem a relação da questão do mercado de trabalho.

004250

004251

2.4. O objetivo do estágio curricular é proporcionar ao aluno o desempenho da prática em situações reais da vida e trabalho, aliado ao conhecimento teórico-prático desenvolvido no decorrer do curso.

2.5. Tendo como público Alvo à população que utiliza através do estado e recursos SUS ao processo saúde/doença e responsabilizando-se pela qualidade da assistência / cuidado em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

2.6. Compreender e implementar o processo de cuidar como instrumento de interpretação profissional; estabelecer relacionamento com a equipe de na Instituição e com o paciente/cliente

2.7. Considerar aprovado os Estágio Curricular Supervisionados, mediante aproveitamento do aluno nas aulas vivencias e com frequência comprovada, e as atividades referentes às atividades propostas pelos supervisores/preceptores.

2.8. A CONVENENTE está habilitada e credenciada para realização do objeto do convênio.

2.9. O estudante ao final do estágio curricular obrigatório será capaz de obter uma percepção generalista, humanitária e reflexiva relacionada às áreas de atenção e assistência relacionada aos cursos oferecidos pela CONVENENTE, bem como, sobre a inserção e atuação do profissional no seu ambiente de trabalho.

2.10. O estágio deverá proporcionar ao estudante a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários acadêmicos/escolares, a fim de se constituir como instrumento de integração em termos de ensino prático em serviço/aperfeiçoamento, técnico cultural científico e de relacionamento humano.

2.11. O estágio somente poderá ser realizado em Unidades Assistenciais da SES/GO, ou mesmo no âmbito central desta, em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular.

2.12. Cabe à CONVENENTE a indicação e a substituição de estagiários, mediante solicitação enviada por escrito Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG da Secretaria de Estado de Saúde – SES/GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho.

2.13. As atividades de aprendizagem, que deverão ser desenvolvidas pelo estagiário, ficarão sob a responsabilidade e coordenação da CONVENENTE, conforme regulamentação prevista no art. 7º da Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

3.1 – DO PARTÍCIPE I - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS

3.1.1. Encaminhar ao Gabinete da Superintendência da SESG/SES-GO, via ofício em papel timbrado, com antecedência de no máximo 15(quinze) dias úteis antes do início das atividades, a solicitação de vagas para o campo de estágio, citando:

a) Unidades da SES-GO onde se desenvolverão os estágios;

b) Relação dos professores-Supervisores/Preceptores Monitores de estágio, com graduação e registros nos respectivos Conselhos de Classe;

c) Relação nominal dos responsáveis pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios;

3.1.2. Comunicar à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial o início do período letivo, bem como a programação para a realização das avaliações acadêmicas;

3.1.3. A Convenente deverá apresentar, à Unidade Assistencial, a matriz curricular com determinação da carga horária para realização do estágio e área de concentração;

004252

004253

3.1.4. Encaminhar a SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial, ofício com a relação nominal de alunos com declaração de frequência por turma;

3.1.5. Designar um, Professor/Supervisor de Estágio, com graduação e registro no Conselho de Classe, como responsável pela avaliação e planejamento das atividades dos estágios de acordo com o nº de alunos Máximo permitido pela legislação vigente;

3.1.6. Apresentar o Preceptor/Monitor que deverá preferencialmente fazer parte do quadro de pessoal da Concedente, bem como possuir e comprovar a formação exigida, conforme estabelecido no item b do item 3.1.1;

3.1.7. Informar aos Professores/Supervisores de Estágio que os mesmos deverão antes de iniciar as atividades, assinar junto a SESG/SES-GO, o Termo de Compromisso, bem como participar do processo de ambientação e conhecimento das normas e procedimentos da Unidade Assistencial promovido pela mesma;

3.1.8. Informar que os Professores/Supervisor de Estágio e o Preceptor/Monitor deveram acompanhar os estagiários durante toda a permanência dos mesmos na Unidade Assistencial/SES, cumprindo a carga horária estipulada na matriz curricular, conforme parágrafo 1º do art. 3º da Lei Federal 11.788/08;

3.1.9. Efetuar o controle da assiduidade dos estudantes participantes do estágio, através dos Professores/Supervisor de Estágio e dos Preceptores/Monitor, das unidades assistenciais da SES-GO, encaminhando cópia da frequência ao DEP;

3.1.10. Responsabilizar-se pela conduta dos seus acadêmicos, no sentido de que os mesmos cumpram as condições fixadas para o estágio, bem como, as normas que resguardam o sigilo profissional e a veiculação de informação a que tenha acesso;

3.1.11. Providenciar seguro contra acidentes pessoais para os estagiários; encaminhando nome da seguradora e número da apólice para SESG/SES-GO;

3.1.12. Analisar e discutir o Plano de Trabalho/Plano de Disciplina desenvolvido pelo estagiário no local do estágio, visando à realização teoria/prática;

3.1.13. Estabelecer critérios para o credenciamento de Preceptores/Monitor;

3.1.14. Comunicar, por escrito à SESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistência, o desligamento do estudante, qualquer que seja o motivo, num prazo Máximo de 10 (dez) dias após a constatação do fato;

3.1.15. Exigir dos Professores/Supervisores de Estágio e o Preceptor/Monitor, a apresentação de relatório das atividades ao término de cada semestre letivo, e encaminhar cópia para o DEP;

3.1.16. Zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso, reorientando os estagiários para outro local em caso de descumprimento de suas normas.

3.1.17.Encaminhar para a Superintendência da SESGUS/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com o seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

3.1.18 Responsabilizar-se por danos materiais e morais causados pelos estagiários a pacientes, acompanhantes, servidores;

3.1.19. Determinar que o professor responsável pela disciplina esteja presente durante toda permanência dos estudantes nas unidades da SES/GO.

3.1.20. Encaminhar para a Superintendência da SESG/SES-GO, com cópia para o Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a relação nominal dos estudantes e respectivo professor responsável pela disciplina com seu número de registro profissional no conselho de classe, bem como os dias e a carga horária da aula prática a ser desenvolvida nas Unidades da SES/GO.

3.1.21.A delimitação do período passivo de prorrogação caso haja interesse dos Partícipes;

004255

3.1.22. A forma de monitoramento e avaliação dos recursos humanos e tecnológicos que serão empregados na atividade ou, se for o caso, a indicação da participação de apoio técnico nos termos previstos no § 1º do art. 58 da Lei 13.019/2014;6.5 – A prerrogativa atribuída à administração pública para assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

3.1.23. O livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas ao CONVÊNIO, bem como aos locais de execução do respectivo objeto.

3.1.24. Responsabilizar-se pelos ônus necessários à execução deste convênio seja a título de indenização, aquisição de material, multas e etc. No caso específico de materiais descartáveis (EPI's), de uso pessoal, os mesmos deverão ser entregues nas quantidades estabelecidas pelas Unidades Assistenciais/SES-GO;

3.2 – DO PARTÍCIPE II - COMPETÊNCIA DA SES-GO.

3.2.1. Celebrar o Termo de Compromisso com vistas do Professor/Supervisor de Estágio e Preceptor/Monitor; com a instituição de ensino e o educando, zelando pelo seu cumprimento;

3.2.2. Proporcionar estágio curricular obrigatório/optativo sobre a forma de treinamento em serviço dentro de suas possibilidades e limites, aos alunos encaminhados pelo Convenente dentre aqueles que estiverem regularmente matriculados em condições de estagiar e em conformidade com a organização didática e a matriz curricular apresentada pela Conveniada;

3.2.3. Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem, social, profissional e cultural;

3.2.4.Indicar servidores de seu quadro de pessoal, com formação e experiência profissional nas áreas especifica, dos estagiários, para orientar e supervisionar no máximo 10 (dez) estagiários ou em conformidade com a determinação de cada conselho de classe e deliberação do CCIH de cada unidade, conforme inc. III do art.7º da Lei Federal 11.788/08;

3.2.5. Propiciar aos alunos e ao Professor da disciplina, condições de vivenciarem o aprendizado, por meio de experiências práticas, mediante participação em situações reais de trabalho.

3.2.6. Oferecer condições para que os alunos sejam supervisionados por docentes da CONVENENTE, facilitando, mediante prévia autorização, a condição da aula no local de trabalho.

3.2.7. Promover momento de ambientação para Professor/Supervisor de Estagio antes do início de suas atividades para que o mesmo seja acolhido e se ambiente com; rotinas, procedimentos, princípios éticos, medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

3.2.8. Promover treinamento introdutório, para os estagiários admitidos no Campo de Estágio, com o objetivo de acolhimento e inserção dos mesmos; em princípios éticos, em rotinas de prevenção e controle de infecção hospitalar, no entendimento do processo da rede SUS, dentre outros;

3.2.9. Prover o estagiário de crachá de identificação e informá-lo da obrigatoriedade do uso do mesmo nas dependências do Campo de Estágio;

3.2.10. Distribuir os estagiários conforme escala programada e apresentada pelo Professor Supervisor de Estagio em comum acordo, com o Preceptor/Monitor da área da Unidade Assistencial e SES-GO;

3.2.11. Em caso de desistência do Campo de Estágio por parte da Conveniada, conforme estabelecido em cronograma e acordado entre as partes será prerrogativa da SES/Unidade Assistencial, substituir a vacância, se lhe for conveniente;

3.2.12. Enviar à instituição de ensino, através dos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, com periodicidade mínima de 06 (seis) meses, relatório de atividades do estagio curricular obrigatório, com assinatura do estagiário;

3.2.13. Manter nos DEPs, das unidades assistenciais da SES-GO, a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;

004256

004257

3.2.14. Fornecer o certificado de estágio às UNIDADES ACADÊMICAS, mencionando o período, a carga horária e as principais atividades desenvolvidas pelos estudantes nas suas respectivas áreas.

CLÁUSULA QUARTA - DA CONTRAPARTIDA.

4.1 Não haverá transferência de recursos financeiros entre os partícipes, determinando-se que os ônus decorrentes de ações específicas são de responsabilidade legal de cada partícipe.

4.2 Não haverá também, mutuamente, a realização/celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial.

4.3 A Instituição de Ensino conveniada será responsável pela prestação de uma ou mais das contrapartida descrita nos termos da Portaria nº 225 /2021 – SES. Dentre elas:

4.3.1 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito privado:

a) Oferta de cursos de interesse da SES-GO, podendo cada curso ser ofertado simultaneamente, por no máximo, duas Instituições de Ensino Superior;

b) Oferta de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO; cessão de espaços ra eventos de integração ensino serviço, tais como: salas de aula, auditórios, laboratórios técnicos; e disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual.

c) Caso não seja possível a oferta de contrapartida nos termos das alíneas "a" e "b" desta cláusula, a Instituição de Ensino repassará ao Fundo Estadual de Saúde – FES, por hora de estágio cumprida e por aluno (valor aluno/hora), os valores a seguir.

c.1) R$ 8,00 (oito reais) para o Curso de Graduação em Medicina;

c.2) R$ 6,00 (seis reais) para os demais Cursos de Graduação e Cursos de Pós-Graduação;

c.3) R$ 3,00 (três reais) para os Cursos de Nível Técnico.

4.3.2 Para as instituições de ensino com personalidade jurídica de direito publico:

a) Garantia de vagas em cursos de extensão, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, oferecidos pela convenente;

b) Uso de laboratórios técnicos de diversas especialidades da Instituição de Ensino para atividades destinadas à qualificação de profissionais do Sistema Único de Saúde;

c) Uso dos laboratórios de informática da Instituição de Ensino em cursos, projetos e oficinas ofertados pela SES-GO;

d) Uso de espaços para eventos ofertados pela SES-GO, tais como salas de aula, auditórios, estúdios;

e) Garantia de vagas em Seminários, Congressos e outros eventos promovidos pela convenente, para servidores do SUS encaminhados pela SESG/SES-GO;

f) Indicação de profissionais para realizar palestras, cursos, *workshop* etc., na SES-GO ou Unidades Assistenciais de Saúde;

g) Realização de consultorias e/ou assessorias em temas e projetos de interesse da SES-GO;

h) Transferência de tecnologia;

i) Disponibilização de recursos audiovisuais, equipamentos, plataformas de ensino e aprendizagem virtual;

j) Outros formatos de interesse da SES-GO e possibilidades da Convenente, previamente pactuados.

004258

004259

CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO DO ESTÁGIO E DAS ALTERAÇÕES:

5.1 Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

5.2. Para o desenvolvimento das ações descritas na cláusula anterior, a SES/GO será representada por equipe multidisciplinar.

5.3. O estágio obrigatório somente poderá ser desenvolvido sob o acompanhamento permanente de Professor/Supervisor, integrante do quadro de pessoal da Instituição de Ensino.

5.4. O estágio obrigatório não será remunerado.

5.5. Todas as despesas correntes, de capital e administrativas atinentes ao processo ensino-aprendizagem decorrentes deste Convênio serão custeadas com recursos próprios da CONVENENTE.

5.6. Para cada curso em estágio, as Unidades Assistenciais da SES/GO receberão o número de estagiários compatíveis com a capacidade instalada da Unidade Assistencial da SES/GO, respeitando-se a determinação de cada conselho de classe e as prerrogativas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, de cada unidade, de acordo com inciso III do art. 7º da Lei federal nº 11.788/2008.

5.7. As Unidades Assistenciais da SES/GO poderão, a seu critério, receber estagiários para os períodos parciais e integrais de estágio, bem como para os períodos compreendidos dentro e fora do calendário acadêmico/escolar de aulas, desde que respeitado o que dispõe a Lei federal nº 11.788/2008.

5.8. As atividades desenvolvidas pelos estagiários deverão ser somente as compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso e o plano de ensino será discutido antecipadamente entre a CONVENENTE e a SES/GO, atendendo o perfil das Unidades.

5.9, As vagas de estágio e atividades complementares curriculares de ensino em saúde disponibilizadas pela SES/GO serão ofertadas prioritariamente para as Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico do Estado de Goiás, de acordo com a capacidade instalada das Unidades Assistenciais da SES/GO.

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA, DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO:

6.1. A avaliação dos estagiários será realizada, no decorrer do processo de estágio, pelo Professor/Supervisor juntamente com o profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento. O referido relatório terá que estar em conformidade com a matriz curricular do estágio apresentado pela CONVENENTE, conforme estabelece este Instrumento de Ajuste.

6.2. Ao final do estágio, a CONVENENTE, deverá fazer, juntamente com a SES/GO, à avaliação final do estagiário, com base nos critérios pré-estabelecidos no plano da disciplina.

6.3. Ficará a cargo da CONVENENTE, apresentar relatório final da avaliação realizada por turma à ESG/SES-GO, com cópia ao Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP, da Unidade Assistencial da SES/GO, correspondente ao local de execução do trabalho, o resultado final para adquirir o certificado de conclusão do estágio com assinatura da SESG/SES-GO.

6.4. O presente CONVÊNIO terá vigência por 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.5. Deverá, a CONCEDENTE, por meio de seu quadro de pessoal e recursos tecnológicos disponíveis, realizar o monitoramento das atividades, bem como da produção acadêmico-científica realizadas, informando documentalmente, por meio do gestor do Convênio, observados padrões metodológicos.

6.6. A fiscalização da execução do CONVÊNIO será realizada pelo Gestor, nomeado por meio de portaria, Publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.7 O Presente Convênio já foi acolhido pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde através do Despacho nº 1858/2021 – SES/GO.

004260

004261

CLÁUSULA SÉTIMA - DO VINCULO EMPREGATÍCIO:

7.1 O estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza, com o CONCEDENTE, conforme preconiza a Lei federal nº 11.788/08.

CLÁUSULA OITAVA - DO PLANO DE TRABALHO:

8.1 As metas e ações a ser cumpridas , durante o período de duração do CONVÊNIO, que será de 60 (sessenta) meses e deve ser iniciado a partir da data da publicação do extrato de convênio no Diário Oficial do estado de Goiás, conforme Cronograma de Desenvolvimento de Metas e Ações no Plano de Trabalho, item 3 III.

8.2 O Plano de Trabalho, devidamente homologado, constitui-se em parte integrante e indissociável deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICIDADE E DA PUBLICAÇÃO:

9.1 As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente CONVÊNIO, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

9.2. Como condição indispensável para a eficácia deste Convênio, ele será publicado em forma de extrato, pela Secretaria de Estado da Saúde no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS:

10.1. Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, obedecendo aos ditames legais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO:

11.1. O presente Convênio poderá, em caso de inadimplência de suas cláusulas ou inobservância das normas legais pertinentes, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ser encerrado unilateralmente, ou por mútuo acordo, mediante prévio aviso a ser publicado no prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

11.2. Os partícipes têm a faculdade de rescindirem o instrumento, a qualquer tempo, por ato devidamente
justificado, seguindo o item XIII do art. 62 da lei nº 17.928/12.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS DEVERES DO ESTAGIÁRIO:

12.1. São deveres do estagiário:

a) Assinar a Ficha de Inscrição e o Termo de Compromisso de Estágio com a SES/GO, junto à SESG/SES-GO, para fins de participação nas atividades do estágio.

b) Postar-se de forma ética, moral e profissional, bem como, comprometer-se com as medidas de segurança do trabalho, prevenção e controle de infecção hospitalar.

c) Respeitar as normas e regulamentos internos ou externos do Campo de Estágio.

d) Utilizar, obrigatoriamente, o crachá de identificação, que será fornecido pelo CONCEDENTE, nas dependências das suas Unidades Assistenciais.

e) Estar devidamente uniformizado conforme estabelecido no Regimento Interno da respectiva Unidade Assistencial da SES/GO.

004262

004263

f) Permanecer no Campo de Estágio apenas no horário e/ou período regulamentar destinado ao mesmo.

g) Realizar somente atividades pertinentes ao estágio descritas na programação curricular estabelecida para seu curso.

h) Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras e estranhas àquelas inerentes à finalidade do Convênio.

i) Ser assíduo e pontual com os horários previamente estabelecidos pela Instituição de Ensino/Unidade Assistencial da SES/GO.

j) Desenvolver e manter o ambiente de trabalho agradável e boas relações com os supervisores hierárquicos.

k) Centralizar toda a atenção ao bem-estar do paciente, apresentar-se de maneira discreta, usando sempre jaleco branco, sapatos fechados, cabelos presos, e maquiagem discreta e demais orientações da CCIH da Unidade para o uso de adornos, dentre outros.

l) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional.

m) Cumprir a legislação relacionada à saúde e à segurança do trabalhador, nos termos das Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, que se relacionem com sua área de atuação.

o) Zelar pela conservação e ordem do material permanente e equipamentos do Campo de Estágio.

p) Participar da semana de acolhimento na Unidade Assistencial da SES/GO.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS DIREITOS DOS ESTAGIÁRIOS E DO DESLIGAMENTO.

13.1. São direitos do estagiário:

a) Ter acesso às instalações do Campo Estágio.

b) Receber orientações e as devidas assistências requeridas, por meio do Professor/Supervisor, do profissional referenciado no item 3.2.4, da Cláusula 3, do presente instrumento.

c) Se aprovado na disciplina de estágio, receber declaração de conclusão da carga horário descrita na matriz curricular de estágio emitida pela SESG/SES-GO.

13.2. O estudante será afastado do estágio por um dos seguintes motivos:

a) Automaticamente, ao término do estágio.

b) Abandono, caracterizado por ausência não justificada por três dias consecutivos ou cinco dias intercalados no período de um mês; ou que corresponda a mais de 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária prevista para o estágio.

c) Interrupção do curso na Instituição de Ensino.

d) A pedido do estagiário, de forma escrita, à SESG/SES-GO.

e) Comportamento funcional ou social incompatível com as normas éticas e administrativas do local em que venha exercendo seu estágio na SES/GO.

f) *Ex-ofício*, no interesse da SES/GO.

g) Comprovando-se a falta de aproveitamento no estágio, depois de decorrida a terça parte do tempo previsto para a sua duração.

h) Em atendimento a qualquer dispositivo de ordem legal ou regulamentar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS PENALIDADES E DAS RESTRIÇÕES:

14.1 – Poderá, o CONCEDENTE, vetar, suspender ou excluir Supervisor e estagiário, fundamentado nos instrumentos legais internos ou externos que regem as Unidades Assistenciais da SES/GO, comunicando

γ 004265

por escrito à Direção da CONVENENTE, os motivos, razões e decisão tomada.

14.2 - A Instituição de Ensino que não cumprir o Cronograma estabelecido e não justificar sua falta para ...so do Campo de Estágio, conforme acordado entre as **PARTÍCIPES** (SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO e Instituição de Ensino), estabelecido neste Convênio, será excluída do próximo cronograma.

14.3 - Caso a CONVENENTE não cumpra o que estabelece este Convênio, a mesma será notificada formalmente, com prazo de 30 (trinta) dias, para regularizar a situação e, se após a notificação e decorrido o prazo estabelecido para regularização, a mesma não providenciar os ajustes solicitados, a SESG/SES-GO/Unidade Assistencial da SES/GO poderá encerrar a realização do estágio em curso.

14.4 - Não será permitido o ingresso no Campo de Estágio sem a entrega prévia e devida da documentação exigida dentro das formalidades legais de execução de estágio.

14.5 - No caso em que houver encerramento da vigência deste Convênio e a CONVENENTE não enviar a solicitação de prorrogação do prazo, juntamente com a documentação necessária, em tempo hábil para a alteração do prazo, a CONVENENTE não terá os direitos aos campos de estágios interrompidos.

14.6 - O estagiário que descumprir qualquer item da cláusula 12 e 13 poderá ter seu estágio suspenso, após notificação final da SESG/SES-GO à CONVENENTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA -DO FORO:

15.1. Fica eleito o foro da Comarca de Goiânia-GO, para dirimir quaisquer conflitos que não puderem ser dirimidas administrativamente decorrentes do presente instrumento.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Secretário de Estado da Saúde

CARLOS HASSEL MENDES DA SILVA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS

Documento assinado eletronicamente por **Carlos Hassel Mendes da Silva**, **Usuário Externo**, em 20/10/2021, às 15:10, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 25/10/2021, às 17:47, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000023193187** e o código CRC **B779A487**.

004266

004267





SEI 000023193187

Referência: Processo nº 202100010015130

004268

004269

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF.New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GOtel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

CONTRATO DE PARCERIA E COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O INSTITUTO CEM E O CENTEC-CENTRO DE ENSINO TECNICO DE SAUDE

O INSTITUTO CEM, Associação civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no **CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37**, com sede na AV DEPUTADO JAMEL CECILIO, 2496, QUADRAB22 LOTE 4E SALA 26-A EDIF. COND. NEW BUSINESS ST, JARDIM GOIAS, CEP 74.810-100, Goiânia/GO, representado neste ato pelo Diretor Presidente **JEZIEL BARBOSA FERREIRA**, RG 1625936 SSP/GO, CPF: 476.308.411-91 e o **CENTEC-CENTRO DE ENSINO TECNICO DE SAUDE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 13.547.082/0001-30, estabelecida na AV ZOROASTRO ARTIAGA, SN, QUADRA 1 LOTE 1, JARDIM NOVA ERA - APARECIDA DE GOIANIA/GO– CEP 74.916-180, doravante denominada simplesmente **SULDAMERICA CURSOS TECNICOS**, neste ato representado por sua Coordenadora Geral **SANDRA TOSTA DUARTE**, ambas conjuntamente denominadas "Partes", neste ato representado na forma de seus atos constitutivos, resolvem firmar o presente Contrato de Parceria e Cooperação mediante as cláusulas e condições seguintes:

SANDRA TOSTA
Coord. Geral
Autorização 01/12

1. **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**
   - **1.1** O presente **TERMO DE PARCERIA** tem por objeto estabelecer a **PARCERIA** e a **COOPERAÇÃO** entre as partes com vistas a realizar ações conjuntas ligadas a cooperação técnica para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos, educação, cursos, desenvolvimento de projetos de pesquisas na área hospitalar e saúde pública, capacitação de equipes interdisciplinares, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.
   - **1.2** O Programa de Trabalho poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:
     a) registro por simples oficio, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem em custos operacionais;
     b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem incidência de custos operacionais.

2. **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**
   - **2.1.** Caberá ao **INSTITUTO CEM**, em decorrência de seu conhecimento e *"expertise"* em quando solicitado, fornecer profissionais capacitados e aptos a realização de projetos, para ministração de aulas do **CENTEC-CENTRO DE ENSINO TECNICO DE SAUDE**, em cooperação, bem como, fornecer alunos para os cursos dos quais pretende capacitar sua equipe.
   - **2.2.** Caberá o **CENTEC-CENTRO DE ENSINO TECNICO DE SAUDE** em decorrência de seu conhecimento e *"expertise"* em fornecer espaço físico para ministrar suas aulas e cursos em parceria com o **INSTITUTO CEM**.
   - **2.3.** Quaisquer atividades a serem implementadas decorrentes do presente contrato, deverá ser precedida de planejamento prévio a ser disponibilizado

004271

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GOtel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

com no mínimo 90 (noventa) dias de antecedência para análise e validação entre as partes.

2.4. Todos os projetos derivados do presente contrato deverão garantir convergência com o planejamento estratégico e respectivos valores institucionais das partes signatárias.

2.5. Deverá ser mantido a frente do contrato um representante de cada parte em caráter permanente capaz de responsabilizar-se pelo diligeciamento das demandas decorrentes da parceria e cooperação.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DESPESAS

3.1 Cada uma das partes se responsabilizará pelas despesas decorrentes das atividades sob sua responsabilidade, observando os seguintes requisitos:

3.1.1 Se eventualmente ocorrer utilização de professores do CENTEC para ministrar aulas em quaisquer tipos de finalidade (qualificação, extensão, sensibilização, etc.), deverá haver o ressarcimento dos custos decorrentes pelos serviços prestados pelo CENTEC.

3.1.2 Para cada atividade a ser desenvolvida/implantada decorrente do presente instrumento será emitido um termo de planejamento contendo o detalhamento das responsabilidades, detalhamento da categoria de composição dos recursos necessários para viabilizar as atividades e respectiva identificação dos custos decorrentes para ressarcimento entre as partes, devidamente formalizado em aditivo da forma prevista na clausula primeira item 1.2.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA ALTERAÇÃO E DA RESCISÃO

4.1 O presente Contrato de Parceria e Cooperação poderá ser alterado mediante Termo Aditivo competente, assim como poderá ser rescindindo em comum acordo entre as partes ou unilateralmente a qualquer tempo, mediante comunicação por escrito à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias sem que caiba qualquer direito de indenização na hipótese de uma das partes:

4.1.1 Entrar em liquidação judicial ou extrajudicial, tiver requerido a falência ou requerer concordata; ou

4.1.2 Infringir qualquer cláusula deste contrato.

5. CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

5.1 O presente contrato vigorará pelo prazo de 60 (sessenta) meses iniciando-se na data de sua assinatura e podendo ser renovado, por igual período, por comum acordo entre as partes.

6. CLÁUSULA SEXTA – FORO

6.1 As partes elegem o Foro da cidade de Goiânia, Estado de Goiás, como único competente para dirimir dúvidas decorrentes deste contrato, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

004273

004273

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF.New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GOtel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

E, por assim estarem de acordo, as partes firmam o presente Contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que produza seus devidos efeitos legais.

Goiânia, 11 de Junho de 2021.

JEZIEL BARBOSA FERREIRA:47630841191

Assinado de forma digital por JEZIEL BARBOSA FERREIRA:47630841191

Jeziel Barbosa Ferreira
Dir. Presidente do Instituto CEM

Sandra Tosta Duarte
CENTEC-CENTRO DE ENSINO TÉCNICO DE SAÚDE

SANDRA TOSTA
Coord. Geral
Autorização 01/12
CENTEC

TESTEMUNHA 01
Nome:
CPF:
RG:

TESTEMUNHA 02
Nome:
CPF:
RG:

CNPJ 13.547.082/0001-30
ENTEC CENTRO DE ENSINO TÉCNICO DE SAÚDE LTDA.
Av. Zoroastro Artiaga Qd 01 Lt 01
Jardim Nova Era CEP 74.916-180
Aparecida de Goiânia GO

004274

004275

Suldamérica
CURSOS TÉCNICOS

Home Institucional Cursos Eventos Contato

Portal Suldamérica

Cursos

Trilhe seu sucesso profissional no Suldamérica Cursos Técnicos!

Fale Conosco
(99) 9999-9999

Whatsapp
Orçamento Online

Localização
Chegue até nós

8 004277



Instrumentação cirúrgica

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Nome NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais



Especialização em enfermagem do trabalho

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Nome NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais



Curso de Injetáveis

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Url NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais







Fale Conosco
(99) 9999-9999

Whatsapp
Orçamento Online

Localização
Chegue até nós

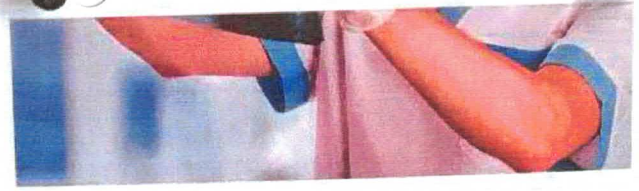
004279



Capacitação para cuidador de idosos

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Twitter NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais



Técnico em Radiologia

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Phone NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais



Técnico em Saúde Bucal

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Twitter NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais

Fale Conosco
(99) 9999-9999
Whatsapp
Orçamento Online
Localização
Chegue até nós

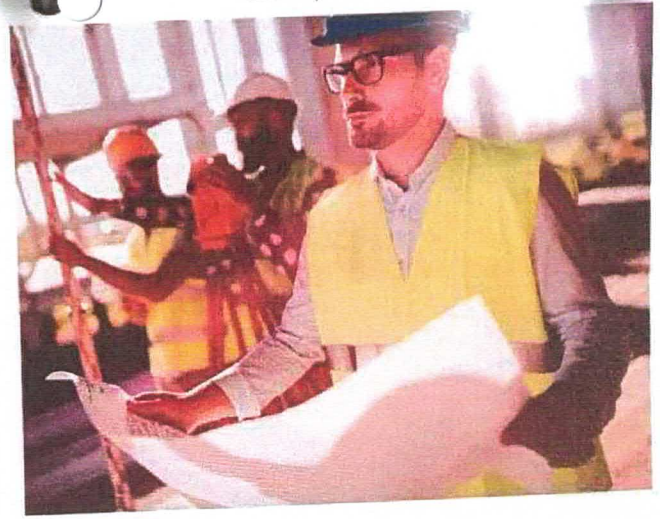
y 004231



Técnico em Farmácia

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Web Site NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador [...]

Ler mais



Técnico em segurança do trabalho

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Company NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais



Técnico em enfermagem

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Order Number NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador [...]

Ler mais

004282

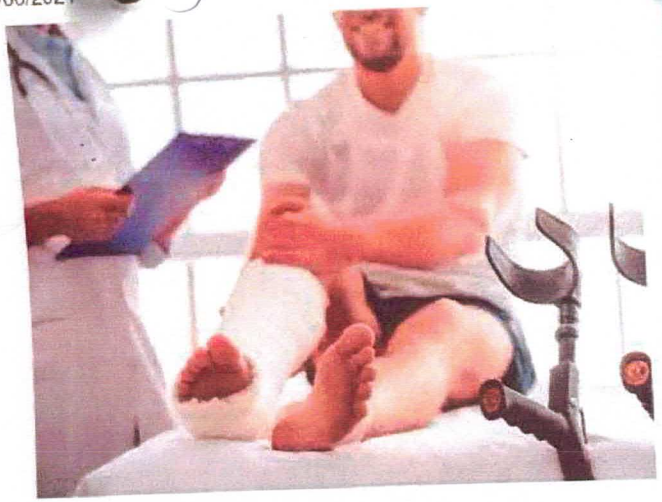
MISSA

Fale Conosco (99) 9999-9999

Whatsapp Orçamento Online

Localização Chegue até nós

004283



Técnico em Imobilização Ortopédica

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. E-mail NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais



Técnico em Análises Clínicas

Matrículas Abertas Respondemos dentro de alguns instantes. Nome NOME: FONE: CURSO: CURSO: Instrumentação cirúrgica Especialização em enfermagem do trabalho Curso de Injetáveis Capacitação para cuidador de [...]

Ler mais

Fale Conosco
(99) 9999-9999

Whatsapp
Orçamento Online

Localização
Chegue até nós

004285

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF. New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GO tel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CE

CONTRATO DE PARCERIA E COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O INSTITUTO CEM E A FACULDADE DA POLICIA MILITAR

O INSTITUTO CEM, Associação civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no **CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37**, com sede na AV DEPUTADO JAMEL CECILIO, 2496, QUADRAB22 LOTE 4E SALA 26-A EDIF. COND. NEW BUSINESS ST, JARDIM GOIAS, CEP 74.810-100, Goiânia/GO, representado neste ato pelo Diretor Presidente **JEZIEL BARBOSA FERREIRA,** RG 1624036 SSP/GO, CPF: 476.308.411-91 e a **FUNDAÇÃO TIRADENTES (FT)**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 05.783.472/0006-96, estabelecida na Rua T-48, SN, Setor Oeste – Cep 74.140-130, nesta Capital, doravante denominada simplesmente **FPM – Faculdade da Policia Militar**, neste ato representado pelo Diretor Geral **CLEBER APARECIDO SANTOS,** ambas conjuntamente denominadas "Partes", neste ato representado na forma de seus atos constitutivos, resolvem firmar o presente Contrato de Parceria e Cooperação, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto estabelecer a PARCERIA e a COOPERAÇÃO entre as partes com vistas a realizar ações conjuntas ligadas a cooperação técnica para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos, educação, cursos, desenvolvimento de projetos de pesquisas na área hospitalar e saúde pública, capacitação de equipes interdisciplinares, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

Parágrafo único - O Programa de Trabalho poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:
a) registro por simples oficio, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem em custos operacionais;
b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem incidência de custos operacionais.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

I – Caberá ao **INSTITUTO CEM**, em decorrência de seu conhecimento e "expertise" em quando solicitado, fornecer profissionais capacitados e aptos a realização de projetos, ministrar aulas em cooperação com a necessidade de **FACULDADE DA POLICIA MILITAR**, bem como, fornecer alunos para os cursos dos quais pretende capacitar sua equipe.

Assessoria Jurídica Fundação Tiradentes

004286

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Dezembro de 2019.
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE
Selo Digital nº 00771912131284109494768
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA523897

004287

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF. New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GO tel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CE

II – Caberá a **FACULDADE DA POLICIA MILITAR** em decorrência de seu conhecimento e "expertise" em fornecer espaço físico para ministrar as aulas e cursos em parceria com o INSTITUTO CEM.

III – Quaisquer atividades a serem implementadas decorrentes do presente contrato, deverá ser precedida de planejamento prévio a ser disponibilizado com no mínimo 90 (noventa) dias de antecedência para análise e validação entre as partes.

IV – Todas os projetos derivados do presente contrato deverão garantir convergência com o planejamento estratégico e respectivos valores institucionais das partes signatárias.

V - Deverá ser mantido a frente do contrato um representante de cada parte em caráter permanente capaz de responsabilizar-se pelo diligeciamento das demandas decorrentes da parceria e cooperação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DESPESAS

Cada uma das partes se responsabilizará pelas despesas decorrentes das atividades sob sua responsabilidade, observando os seguintes requisitos:

a) Se eventualmente ocorrer utilização de professores da FPM para ministrar aulas em quaisquer tipos de finalidade (qualificação, extensão, sensibilização, etc), deverá haver o ressarcimento dos custos decorrentes pelos serviços prestados pela FPM.

b) Para cada atividade a ser desenvolvida/implantada decorrente do presente instrumento será emitido um termo de planejamento contendo o detalhamento das responsabilidades, detalhamento da categoria de composição dos recursos necessários para viabilizar as atividades e respectiva identificação dos custos decorrentes para ressarcimento entre as partes, devidamente formalizado em aditivo da forma prevista na clausula primeira alínea "b"

CLÁUSULA QUARTA – DA ALTERAÇÃO E DA RESCISÃO

O presente Contrato de Parceria e Cooperação poderá ser alterado mediante termo aditivo competente, assim como poderá ser rescindindo em comum acordo entre as partes ou unilateralmente a qualquer tempo, mediante comunicação por escrito à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias sem que caiba qualquer direito de indenização na hipótese de uma das partes: (i) entrar em liquidação judicial ou extrajudicial, tiver requerido a falência ou requerer concordata; ou (ii) infringir qualquer cláusula deste contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

Assessoria Jurídica Fundação Tiradentes

004288

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
1º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 13 de Dezembro de 2018
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912115286109491787
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA523896
Praça do Sol - Rua 9 esq. c. Rua João de Abreu, 1155, Ed. Alton, St. Oeste, Goiania GO, CEP 74120-010, Fone: 62 3096-9999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

004289

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF. New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GO tel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

O presente contrato vigorará pelo prazo de 60 (sessenta) meses iniciando-se na data de sua assinatura e podendo ser renovado, por igual período, por comum acordo entre as partes.

CLÁUSULA SEXTA – FORO

As partes elegem o Foro da cidade de Goiânia, Estado de Goiás, como único competente para dirimir dúvidas decorrentes deste contrato, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem de acordo, as partes firmam o presente Contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que produza seus devidos efeitos legais.

Goiânia, 11 de dezembro de 2019.

Jeziel Barbosa Ferreira
Dir. Presidente do Instituto CEM

Nome: Cleber A. Santos
Diretor Geral Faculdade da Policia Militar

TESTEMUNHA 01
Nome:
CPF:
RG:

TESTEMUNHA 02
Nome:
CPF:
RG:

Sarah Cintia G. Vieira
Gerente Executiva de Desenvolvimento
Fundação Tiradentes

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
Reconheço por SEMELHANÇA (a) assinatura(s) de
JEZIEL BARBOSA FERREIRA, CLEBER APARECIDO SANTOS
Posto que analoga à(s) constante(s) do modelo
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Selo Digital nº 00771912114109109462088
00771912114109109462088
Dou fé. Em testemunho da verdade.
Goiânia-GO, 13 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE
AAA523889

Assessoria Jurídica
Fundação Tiradentes

004290

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ
Goiânia, 13 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE
Selo Digital nº 00771912115264109491766
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA523895
Praça do Sol - Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Alon, St. Oeste, Goiânia GO, CEP 74120-010, Fone: 62 3096 5999 | www.cartorioindioartiaga.com.br

004291

Conheça o que a
Fundação Tiradentes
oferece ao Policial Militar



FUNDAÇÃO TIRADENTES

62 3269-3304

Av. Contorno, nº 2185 - Setor Central
Goiânia - Goiás

tiradentes.org.br
facebook.com/fundacaotiradentes
@fundacaotiradentes

FUNDAÇÃO TIRADENTES



Promovendo o bem-estar
do **Policial Militar e família**

tiradentes.org.br
facebook.com/fundacaotiradentes
@fundacaotiradentes

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
1º Tabelionato de Notas

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original, que me foi apresentado.
Goiânia, 13 de Dezembro de 2018.
ROSSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE
Selo Digital nº 00711912111526410094917173
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

AAA523902

00429

004293

A FUNDAÇÃO TIRADENTES

A Fundação Tiradentes é uma empresa privada sem fins lucrativos que, desde 2003, trabalha exclusivamente com a missão de promover benefícios e bem-estar para os policiais militares do Estado de Goiás e seus familiares.

Acreditamos que quem protege vidas alheias precisa ter a sua vida e a da sua família amparadas por uma série de cuidados especiais, através de diversos programas de benefícios oferecidos pela Fundação Tiradentes. E é sobre cada um deles que nós vamos falar agora.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

Através desse programa, apoiamos e auxiliamos o policial militar e seus familiares em aspectos como:

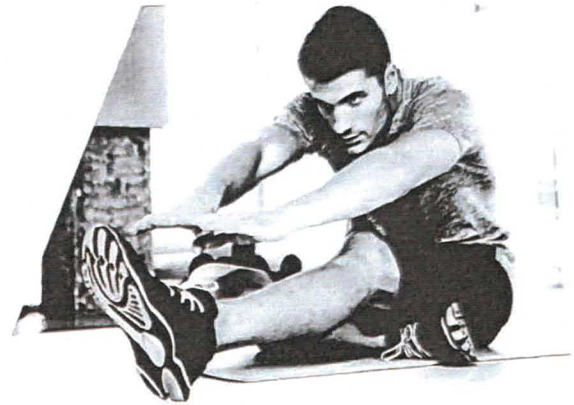
- + Ambulância 24h
- + UTI móvel terrestre e aérea
- + Ajudas de custo para aquisição de aparelhos
- + Apoio e assistência espiritual
- + Tratamento odontológico
- + Assistência Funerária 24h



ASSISTÊNCIA À SAÚDE

É pensando na saúde dos policiais militares que a Fundação Tiradentes administra, em parceria com o Comando de Saúde da PMGO, o Hospital do Policial Militar (HPM) com tratamentos diversos para a família miliciana e seus dependentes.

- + Atendimento diversificado
- + Exames e tratamentos
- + Referência em saúde
- + Equipe diversa e capacitada
- + Atendimento em todas as principais especialidades médicas
- + Serviços multiprofissionais na área da saúde





ESPAÇO SAÚDE

Desde 2008, a Academia Fitness Center é mais uma ação da Fundação Tiradentes pensada especialmente na saúde e boa forma do policial militar e sua família.

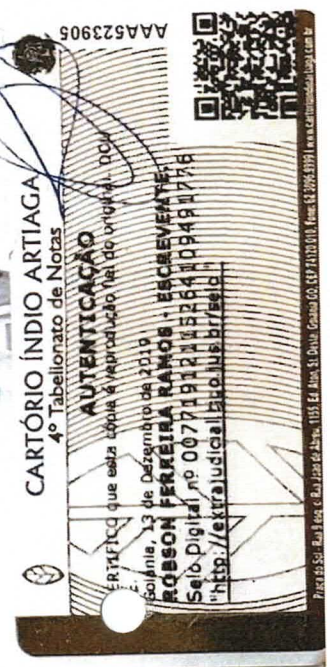
- + Excelente estrutura
- + Localização e equipe privilegiada
- + Diversas modalidades
- + Benefícios para todos: policiais, colaboradores civis da Fundação Tiradentes e dependentes de ambos
- + Amplo estacionamento

PROGRAMA FARDAMENTO

É trabalho da Fundação Tiradentes adquirir, armazenar e distribuir o fardamento da Polícia Militar do Estado de Goiás, garantindo a sua boa apresentação pessoal durante o serviço.

- + Tecido de qualidade
- + Coturnos confortáveis
- + Redução de custos
- + Distribuição do fardamento na capital
- + Distribuição do fardamento no interior





004294

004295

Memorando nº 046/2022 – COREME/HUGO

Goiânia, 06 de abril de 2022.

Da: Comissão de Residência Médica / HUGO

Para: Núcleo de Segurança e Qualidade / HUGO

Assunto: Alteração dos Membros da Comissão de Residência Médica.

Senhor Coordenador,

Após cumprimentá-lo, a Coordenação da Residência Média/HUGO, vem por meio desta solicitar alteração nos membros da Comissão de Residência Médica do HUGO.

A solicitação se faz necessária, visto que houve alteração na coordenação, após a eleição de novos coordenadores.

Diante do exposto, segue abaixo as alterações:

- Alterar a composição de membros designados pela Portaria nº 102/2021, de 22 dias de julho de 2021, nas seguintes conformidades:

- Alterar o coordenador e vice-coordenadora

  Excluir o André Luiz Passos Cardoso e nomear como coordenador o médico Francisco Albino Rebouças Júnior.

  Excluir Valéria Tatyane de Rezende e nomear como vice-coordenadora a médica Gisele Rodrigues Fonseca Sagawa como vice-coordenadora.

- Excluir os membros da Comissão:

  André Luiz Passos Cardoso – Coordenador e Preceptor do PRM de Ortopedia e Traumatologia.

  Paula Menezes de Aquino Ramos – Diretora de Ensino e Pesquisa

  André Luiz Braga das Dores – Preceptor de Anestesiologia;

  Victor Afonso Pereira Nunes - Médico Residente do PRM Anestesiologia;

  André Elias Abreu Passo - Médico Residente do PRM Anestesiologia

  Dayse Elisabeth Campos de Oliveira – Preceptora PRM Cardiologia

  Cristiano Simões - Médico Residente do PRM Cardiologia;

  André Eduardo dos Santos Bayeh -Médico Residente do PRM Cardiologia;

  Natã Júnior Pereira - Médico Residente do PRM Área Básica em Cirurgia

004296

004297

Geral;
Diogo Azevedo Freitas - Médico Residente do PRM Área Básica em Cirurgia Geral;
Raphael Sales Nogueira Amorim – Médica Residente do PRM em Cirurgia Geral;
Pablo Henrique Alves Teles - Médico Residente do PRM em Cirurgia Geral;
Glaydson Jerônimo da Silva - Supervisor do PRM de Clínica Médica;
Beatriz Lins Galvão de Lima - Preceptora do PRM de Clínica Médica;
Mariana Moura Netto Goulart – Médica Residente de Clínica Médica;
Lucas Mendonça Ferreira - Médico Residente de Clínica Médica;
Daiane de Freitas Macêdo – Preceptora do PRM de Geriatria;
Luhan Chaveiro Martins - Médica Residente de Geriatra;
Ana Terra Morena Queiroz - Médica Residente de Geriatra
Djalma Antônio da Silva Júnior - Supervisor do PRM de Medicina Intensiva;
Guilherme Ferreira de Almeida – Preceptor do PRM de Medicina Intensiva;
Rafael Dias de Sousa - Médico Residente Neurologia;
Glenda Barbosa Barros - Médico Residente Neurologia;
Gustavo Teixeira Leão – Médico Residente Ortopedia e Traumatologia
Renan Correira Arcanjo - Médico Residente Ortopedia e Traumatologia

Art. 3º – Nomear os infracitados profissionais como membros inscritos na comissão:

José Fernando Bastos Folgosi - Diretor de Ensino e Pesquisa
Francisco Pereira Borges – Diretor Geral;
Piêrro Anderson Carlos - Médico Residente Anestesiologia
Geovanny Martins Ribeiro Mota - Médico Residente Anestesiologia
Lucas de Souza Brito – Médico Residente Cardiologia;
Loianny Moraes Silva - Médica Residente Cardiologia;
Amanda Guimarães Azevedo - Médica Residente Área Básica Cirúrgica;
Isabela da Silva Caetano Cançado - Médica Residente Área Básica Cirúrgica;
Pedro Reis Gulter – Médico Residente Cirurgia Geral;
Andressa Cortez Bellotti Rodante - Médica Residente Cirurgia Geral;
Rafael Yudi Scalia Cunha Hoshino – Médico Clínica Médica;
Lucas Miranda de Godoy – Médico Clínica Médica;
Viviane Carneiro Cysneiros – Médica Residente Clínica Médica;

004298

004299

João Pedro da Rocha Santos - Médico Residente Clínica Médica;
Juliana Junqueira Marques Teixeira – Médica Geriatra;
Alberto Carlos Sousa Cajuí – Médico Geriatra;
Joice de Moura Dias - Médica Residente de Geriatria;
Tauanna Larissa Teixeira de Aguilar - Médica Residente de Geriatria;
Pedro Ivandosvick Cordeiro de Oliveira – Médico Intensivista;
Murilo Fraga Oliveira Calabria – Médico Medicina Intensiva
Fernando da Costa Junqueira - Médico Residente Medicina Intensiva;
Diógenes Rosa Freitas - Médico Residente Medicina Intensiva;
João Emílio Hanum Paes - Médico Residente Ortopedia e Traumatologia;
Lucas Soares Teixeira - Médico Residente Ortopedia e Traumatologia

Art. 4º – A Comissão de Residência Médica - COREME do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz – HUGO passa a ter a composição abaixo elencada:

Coordenador: Francisco Albino Rebouças Júnior
Vice-Coordenador: Gisele Rodrigues Fonseca Sagawa
Representante da Instituição: José Fernando Bastos Folgosi
Suplente: Francisco Pereira Borges

1. Programa de Anestesiologia:
Supervisor: Filipe Maia Araújo
Suplente: Gustavo Siqueira Elmiro
Representante dos Residentes: Piêrro Anderson Carlos
Suplente: Geovanny Martins Ribeiro Mota

2. Programa de Cardiologia:
Supervisora: Ricardo Curado de Oliveira e Silva
Suplente: Valéria Tatyane de Rezende
Representante dos Residentes: Lucas de Souza Brito
Suplente: Loianny Moraes Silva

3. Programa de Área Básica em Cirurgia Geral
Supervisor: Ênio Chaves de Oliveira
Suplente: Ronaldo Celestino da Silva
Representante dos Residentes: Amanda Guimarães Azevedo
Suplente: Isabela da Silva Caetano Cançado

004300

004301

4. Programa de Cirurgia Geral / Cirurgia do Trauma:

Supervisor: Alex Caetano dos Santos

Suplente: Ênio Chaves de Oliveira

Representante dos Residentes: Pedro Reis Gulter

Suplente: Andressa Cortez Bellotti Rodante

5. Programa de Clínica Médica:

Supervisor: Rafael Yudi Scalia Cunha Hoshino

Suplente: Lucas Miranda de Godoy

Representante dos Residentes: Viviane Carneiro Cysneiros

Suplente: João Pedro da Rocha Santos

6. Programa de Geriatria:

Supervisora: Juliana Junqueira Marques Teixeira

Suplente: Alberto Carlos Sousa Cajuí

Representante dos Residentes: Joice de Moura Dias

Suplente: Tauanna Larissa Teixeira de Aguilar

7. Programa de Medicina Intensiva:

Supervisor: Pedro Ivandosvick Cordeiro de Oliveira

Suplente: Murilo Fraga Oliveira Calabria

Representante dos Residentes: Fernando da Costa Junqueira

Suplente: Diógenes Rosa Freitas

8. Programa de Neurologia

Supervisora: Marco Túlio Araújo Pedatela

Suplente: Dr. Helena Rezende Silva Mendonça

Representante dos Residentes: Dkaion Vilela de Jesus

Suplente: Jordana Gaudie Gurian

9. Programa de Ortopedia e Traumatologia

Supervisor: Dr. Danilo Lopes Miranda Coelho

Suplente: Dr. Jefferson Soares Martins

Representante dos Residentes: João Emílio Hanum Paes

Suplente: Lucas Soares Teixeira

004302

004303

Ressaltamos que a Comissão de Residência Médica foi Instituída pela Portaria nº 04/1995, fato este que não poderá ser criada e sim alterada, conforme descrito.

Diante do exposto, solicitamos a atualização da Portaria Interna nº 102/2021, de 22 de julho de 2020, aguardamos uma via para que possamos arquivar.

Desde já agradecemos a vossa atenção e nos colocamos à inteira disposição de Vossa Senhoria para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dr. Francisco A. Rebouças Jr.
Cirurgião do Aparelho Digestivo
CRM-GO 12812 | RQE 8177

Dr. Francisco Albino Rebouças Júnior
Coordenador da COREME / HUGO

004304

γ 004305

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Art. 1° - O Programa de Residência Médica (PRM) é instituído na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, na forma do Decreto nº. 3.960, de 06/04/93 e da Lei de Diretrizes e Base da Educação-LDB de 1998.

§ 1º - Os PRM do Hospital de Urgências de Goiás "Dr. Valdemiro Cruz" (HUGO), e Instituições Conveniadas são desenvolvidos sob os auspícios da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, com apoio da Assessoria Geral das COREMES - Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG), e organizados de acordo com o Decreto nº 80281/77 e Lei nº 6932/81 e as Normas e Resoluções emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

§ 2º – Os PRM têm como características obrigatórias, o treinamento em serviço em regime de 60 h semanais, funcionando no Hospital de Urgências de Goiás "Dr. Valdemiro Cruz" - HUGO e em Instituições Conveniadas, sob a supervisão de médicos de elevada qualificação ética e profissional, que possuam Residência Médica e/ou Título de Especialista na área de seu programa.

Art. 2° - A concessão do Certificado de Residência Médica estará condicionada às normas legais que regulamentam a Residência Médica.

Art. 3° - A Comissão de Residência Médica (COREME) é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), estabelecida no HUGO, que tem como funções planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os PRM da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7562, de 15 de setembro de 2011.

Art. 4° - Para desempenho de suas funções a COREME tem suporte da Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) do HUGO e a Instituição cede a COREME um Executor Administrativo de forma continua para as atividades administrativas.

Parágrafo Único: a descrição de atribuições e qualificações do Executor Administrativo da COREME e eventuais auxiliares e suas funções são publicadas em

004306

004307

Portaria da COREME, em comum acordo entre Coordenador, Diretoria da Instituição e Assessoria Geral das COREMES da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG), podendo sofrer atualizações necessárias de acordo com as necessidades da COREME.

Art. 5° - A COREME enviará anualmente para Diretoria da Instituição a sua composição para próximo ano letivo, conforme capítulo VIII deste regimento, para que seja publicada Portaria de divulgação aos Departamentos e Serviços do Hospital.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Art. 6°- A COREME compõe-se de:

a) Um Coordenador;
b) Um Vice Coordenador;
c) Um Supervisor de cada Programa de Residência Médica;
d) Um representante da Instituição (HUGO);
e) Um representante dos Médicos Residentes, por cada PRM.

Parágrafo Único – Os grupos referidos nos incisos c, d e e indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

Art. 7°: O Coordenador deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente do Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, e membro da COREME/HUGO, com experiência na supervisão de médicos residentes e domínio da legislação sobre residência médica.

CAPÍTULO III
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8° - Compete à COREME:

a) Planejar a criação de novos PRM na instituição, manifestando-se sobre

004308

004309

a conveniência de fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas oferecidas;

b) Coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os PRM da instituição, de acordo com as normas em vigor;

c) Avaliar periodicamente os PRM da instituição;

d) Elaborar e revisar o seu regimento interno;

e) Participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada;

f) Emitir certificados de conclusão de programa dos médicos residentes em consonância com o regimento e legislação em vigor.

Art. 9° - A COREME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, podendo se reunir, extraordinariamente, quando convocada pelo Coordenador ou por 03 (três) de seus membros.

§ 1° - A convocação, salvo em casos de extrema urgência, será feita por escrito, com 48 (quarenta e oito) horas no mínimo de antecedência, constando a pauta da reunião.

§ 2° - A COREME se reunirá e tomará deliberações numa primeira convocação, com a maioria absoluta de seus membros; não havendo quórum, se reunirá numa segunda convocação, após meia hora da primeira convocação, com qualquer número de seus membros.

§ 3° - Quando a convocação for para deliberar sobre Edital de Concurso, mudança do Regimento Interno e aplicações de penalidades, a reunião plenária terá que ter, preferencialmente, a maioria de seus membros, e deverá ser convocada com uma antecedência mínima de quinze dias.

§ 4° - As reuniões poderão ocorrer em formato presencial ou plataforma digital à distância.

Art. 10°- Compete ao Coordenador:

a) Coordenar as atividades da COREME;

b) Convocar reuniões e presidi-las;

004310

004311

c) Encaminhar à unidade de saúde as decisões da COREME;

d) Coordenar o processo seletivo dos Programas de Residência Médica da Unidade de Saúde;

e) Representar a COREME junto à Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás (CEREM);

f) Encaminhar trimestralmente à CEREM e SESG informações atualizadas sobre os Programas de Residência Médica da Unidade de Saúde;

g) Encaminhar mensalmente ao Coordenador da Assessoria Geral das COREMEs/SESG, o relatório mensal de atividades atestado pelo Coordenador da COREME, a fim de que o mesmo seja consolidado na planilha de pagamento;

h) Fazer cumprir o presente Regimento.

Art. 11° Compete ao Vice Coordenador:

- Substituir o Coordenador em suas faltas, férias, licenças e impedimentos.
- Colaborar com o Coordenador no exercício das atividades previstas no artigo anterior.
- Desempenhar tarefas e funções que lhe forem confiadas pelo Coordenador.

CAPÍTULO IV

DOS SUPERVISORES E PRECEPTORES E COLABORADORES

Art. 12° Os Supervisores são os responsáveis pela programação da Residência Médica da especialidade.

Art. 13º *Supervisor:* médico especialista do corpo clínico da instituição de saúde, com título na área do Programa que supervisionará, responsável pela gestão do Programa, com excelência no desempenho dehabilidades técnicas, com capacidade de reflexão sobre a prática diária do profissional, com papéis importantes de observar o exercício das atividades, zelar pelo seu desempenho profissional e atuar na revisão da

004312

γ 004313

prática profissional

Art. 14º Compete ao Supervisor:

• Elaborar anteprojeto da Programação das atividades que deverá ser discutido e aprovado pela Comissão de Residência Médica - COREME.

• Zelar pelo fiel cumprimento do Programa de Residência Médica - PRM, suas normas técnicas, administrativas, disciplinares, organizando escala de atividades e férias do Médico Residente e Preceptores, compatibilizando as diversas atividades do Programa de Residência Médica - PRM e aplicando eventuais medidas disciplinares.

• Promover a revisão e evolução contínua do Programa de Residência Médica, de acordo com a legislação, as políticas de saúde, a ética médica, as evidências científicas e as necessidades sociais.

• Avaliar com regularidade e continuidade os Médicos Residentes, apresentando relatórios trimestrais à COREME.

• Avaliar anualmente os Preceptores e as diversas atividades do Programa de Residência Médica -PRM, apresentando conclusões à COREME.

• Representar o Programa de Residência Médica da instituição de saúde nas reuniões da COREME

• Auxiliar a COREME na condução do Programa de Residência Médica que representa.

• Mediar a relação entre o Programa de Residência Médica e a COREME.

• Organizar as escalas de distribuição dos Residentes (rodízios nos setores, instituições conveniadas, férias e plantões).

Art. 15º *Preceptor*: médico especialista, integrante do corpo clínico da instituição de saúde com conhecimento e habilidades em desempenhar procedimentos clínicos, com competência pedagógica, que tem seu principal papel no ensinar a clinicar, por meio de instruções formais com determinados objetivos e metas.

Parágrafo único: O Preceptor do Programa de Residência Médica, após selecionado pela COREME, será designado em portaria do Secretário de Estado da Saúde, com vigência por um ano a contar do início do ano letivo da Residência Médica;

004314

8 004315

anualmente, será renovado por meio de avaliações do Coordenador da COREME, Supervisores e residentes do Programa no qual exerce a função, somado ao Curriculum Vitae postado na Plataforma Lattes e atualizado até 31 de dezembro de cada ano.

Art. 16º Compete ao Preceptor:

• Orientar e supervisionar o médico residente em todas as atividades, avaliá-lo de forma continuada e estimular seu desenvolvimento técnico-profissional e ético.

• Colaborar com a Programação, elaboração e execução das atividades teóricas do Programa de Residência Médica - PRM;

• Participar das reuniões a que forem convocados pelo Supervisor do Programa de Residência Médica ou pela Comissão de Residência Médica - COREME, e ainda contribuir para o bom andamento dos Programas, em harmonia com as normas técnicas, administrativas e disciplinares da Instituição de Ensino.

• Proporcionar completa cobertura didática ao Médico Residente.

• Promover reuniões científicas e atividades de treinamento prático.

• Estimular, planejar e assegurar a execução de trabalhos de pesquisa.

• Manter informado o Supervisor do PRM das atividades desenvolvidas pelos Residentes.

• Substituir o Supervisor, nos casos de ausência ou impedimento.

Art. 17º *Médico Colaborador:* excepcionalmente, serão designados por necessidade de desenvolvimento dos Programas de Residência Médica médico especialista, integrante do corpo clínico da instituição de saúde, a fim de atuar como colaborador mediante justificativa fundamentada do Supervisor do Programa, com base no projeto pedagógico do Programa de Residência Médica, devidamente submetida e acatada pela COREME, em reunião e registrada em ATA, conforme exigência de currículo mínimo obrigatório da CNRM/MEC, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos residentes em cenários de ensino e aprendizagem necessários aos Programas.

Art. 18º Atendidas as exigências legais estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e os critérios fixados por esta Portaria, caberá à

004316

004317

Comissão de Residência Médica (COREME) realizar os procedimentos para fins de cadastramento dos profissionais

Parágrafo único: A seleção dos Preceptores realizada pela COREME levará em conta o perfil profissional quanto a sua formação humanística e ética, seu compromisso com a sociedade, seus conhecimentos e habilidades como profissional em exercício na instituição de saúde, bem como o seu envolvimento na preparação e na ministração das atividades didáticas da Residência Médica e, ainda, sua participação em congressos e sua produção técnica e científica

CAPÍTULO V

DA CARGA HORÁRIA DO COORDENADOR, VICE COORDENADOR, SUPERVISORES EPRECEPTORES

(Conforme Portaria No. 469/2020-SES, publicada no Suplemento do Diário Oficial do Estado de Goiás, em 28/02/2020)

Art. 19º Para o desempenho de suas funções o Coordenador, Vice Coordenador, Supervisores e Preceptores a COREME tem a disposição as seguintes cargas horárias:

§ 1° O Coordenador da COREME terá reservado junto à Unidade de Saúde um total de 50% (cinquenta por cento) das horas contratuais para a realização das atribuições determinadas nesta Portaria. O Vice Coordenador substituirá o Coordenador em suas faltas e impedimentos, com as mesmas prerrogativas e obrigações.

§ 2° O Supervisor terá reservado junto à unidade de saúde um percentual de horas contratuais, proporcional ao número de residentes do Programa do qual é supervisor, para a realização das atribuições determinadas, na seguinte forma:

a) 0 a 10 residentes, 20% das horas contratuais;

b) 11 a 20 residentes, 30% das horas contratuais; 21 e mais residentes, 40% das horas contratuais, resguardadas as disposições do artigo 22 da Lei 18.464, de efetivo exercício em uma destas funções, em jornada mínima de 20 (vinte) horas semanais.

004318

8 004319

CAPÍTULO VI

DO REPRESENTANTE DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 20º O representante e suplente dos médicos residentes deverá estar regularmente matriculado em um PRM do HUGO, preferencialmente em anos distintos da residência.

Art. 21º Compete ao representante dos médicos residentes:

I. Representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;

II. Auxiliar a COREME na condução dos PRM;

III. Mediar a relação entre os médicos residentes e a COREME.

CAPÍTULO VII

DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO

Art. 22º O representante do HUGO deve ser médico integrante de sua diretoria.

Art.23º Compete ao representante do HUGO:

I. Representar o HUGO nas reuniões da COREME;

II. Mediar a relação entre a Instituição (HUGO) e a COREME.

CAPÍTULO VIII

DA ESCOLHA E DO MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 24º A eleição de coordenador e vice coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos:

I. a COREME, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;

II. as candidaturas deverão ser registradas antes da eleição;

004320

8 004321

III. a eleição será presidida pelo coordenador da COREME;

IV. caso o coordenador da COREME seja candidato a eleição, um membro do corpo docente, não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

V. a votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

VI. em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade

Parágrafo único: O médico residente é inelegível aos cargos de Coordenador e Vice coordenador da COREME.

Art.25º Os mandatos do Coordenador e Vice coordenadores tem duração de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.26º O Supervisor do PRM e seu suplente serão indicados pelos seus pares, dentro de cada programa de residência médica, para mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.27º O representante do HUGO e seu suplente serão indicados pela Diretoria da Instituição, para mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.28º Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado

Art.29º Para organização das atividades da COREME fica estabelecida que as eleições sempre ocorrerão em anos pares, e com início do mandato de 2 anos a partir de 01 de abril do ano corrente, em concordância com data limite de entrada de novos residentes em 30 de março.

CAPÍTULO IX

DA ADMISSÃO

Art. 30º As vagas de Residência Médica são oferecidas a médicos graduados de qualquer escola médica do País ou do exterior.

Parágrafo Único: No caso dos médicos graduados no exterior, o diploma

004322

Y 004323

revalidado no Brasil, é condição obrigatória.

Art. 31º A admissão do residente se dá através de:

I. Aprovação em Processo Seletivo regido pelas normas da CNRM (Resolução CNRM Nº 2 de 27 de agosto de 2015 e atualizações) conforme edital público de seleção, obedecidas às normas legais vigentes.

II. Transferência de outro programa a partir de autorização da CNRM (Resolução 01 de 03 de janeiro de 2018 e atualizações).

Art. 32º O Candidato à Residência deverá apresentar a documentação exigida pelo Edital do concurso público para Residência Médica.

Art. 33º Os critérios de seleção serão estabelecidos pelo Edital do Concurso.

Art. 34º As normas de preenchimento das vagas serão estabelecidas pelo Edital do Concurso.

CAPÍTULO X

DO FUNCIONAMENTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 35º Cada especialidade incluída no PRM contará com um Supervisor e Médicos Preceptores, que participarão na execução do programa.

Art. 36º Cada PRM enviará à COREME, para aprovação, anualmente, até o final do mês de março, um plano das atividades a serem desenvolvidas, no qual conste:

I. Nome do Supervisor;

II. Nome dos Médicos Preceptores do Serviço;

III. Programação da Residência Médica, incluindo atividades práticas e teóricas.

Parágrafo Único: A Programação da Residência Médica, uma vez aprovada, só poderá ser modificada após consulta à COREME.

Art.37º A duração dos PRM obedecerá às normas vigentes da CNRM.

004324

8 004325

Art. 38º Com o objetivo de complementar o treinamento do Residente poderão ser firmados convênios com outras instituições públicas ou privadas.

Art. 39º São requisitos mínimos da Instituição conveniada:

- Estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades.
- Possuir o corpo clínico e os equipamentos necessários para assegurar um padrão de atendimento satisfatório;

Art. 40º A COREME poderá nomear uma Comissão para inspecionar a instituição a ser conveniada para apoio aos PRM.

Art. 41º As atividades dos Residentes nas Instituições conveniadas serão supervisionadas pelo Coordenador da COREME ou seu representante (Supervisor ou Preceptor), ao qual será assegurado o acesso a qualquer dependência da instituição conveniada.

Art. 42º O regime de trabalho do Médico Residente será de 60 horas semanais, estando incluído plantão semanal de no máximo 24 horas, sendo assegurado um (01) dia de folga semanal e trinta (30) dias de férias anuais.

§ 1º – O Residente que for chamado em convocação posterior à primeira chamada, deverá cumprir a carga horária em débito, no final do seu programa. Exceção será feita quando ele já tiver cumprido carga horária, com programação equivalente, na mesma especialidade, em outra Instituição reconhecida pelo MEC.

§ 2º – O não comparecimento do Residente às suas atividades regulares durante cinco (05) dias consecutivos, sem justificativa formal, será considerado como abandono de função, cuja punição será a exclusão do PRM.

CAPÍTULO XI

DAS NORMAS DISCIPLINARES

0004326

γ 004327

Art. 43º O Residente estará sujeito ao regime disciplinar da COREME, do HUGO e da SES-GO.

Art. 44º As penas disciplinares compreendem:

- Advertência verbal;
- Advertência escrita;
- Suspensão;
- Exclusão.

§ 1º – As penas disciplinares de advertência verbal e advertência escrita serão aplicadas pelo Supervisor do PRM, em comum acordo com os Preceptores, e deverão ser encaminhadas para conhecimento da plenária da COREME.

§ 2º – As penas disciplinares de suspensão e exclusão serão deliberadas nas reuniões plenárias.

§ 3º – A advertência verbal será aplicada aos casos de desrespeito às pessoas e às resoluções e portarias emanadas da Diretoria da Instituição; e nos casos de insubordinação aos preceptores.

§ 4º – A advertência escrita será aplicada aos casos de reincidência das infrações previstas no parágrafo 3º deste artigo e por ofensa ou agressão às pessoas;

§ 5º – A suspensão, de até quinze (15) dias, será aplicada aos casos de reincidência das infrações previstas no parágrafo 4º deste artigo e improbidade na execução dos trabalhos acadêmicos;

§ 6º – A exclusão será aplicada aos casos graves contra o patrimônio moral, científico, cultural e material da Instituição, por infração ética, bem como por abandono de função.

§ 7º – Todo processo disciplinar deverá obedecer ao princípio da ampla defesa, podendo o médico residente recorrer junto à Comissão de Residência Médica – COREME ou em caráter excepcional a Comissão Estadual de Residência Médica.

Art. 45º A aplicação das penalidades, dependerá da gravidade e/ou reincidência da falta cometida, podendo não ser seguida a ordem acima.

004328

004329

Art. 46º As advertências verbais, nos casos de indisciplina, insubordinação ou negligência, desde que reconhecida sua mínima gravidade, serão feitas pelo Supervisor de Programa de Residência Médica.

Art. 47º As advertências escritas, nos casos de reincidência nas hipóteses mencionadas no artigo anterior, desde que reconhecida sua gravidade moderada, serão feitas pelo Supervisor do Programa de Residência Médica.

Art. 48º A suspensão será aplicada ao Médico Residente nos casos de reincidência de falta já punida com advertência escrita e todas as vezes que a transgressão disciplinar se revestir de maior gravidade.

Parágrafo único – A sanção de suspensão será aplicada após julgamento realizado em reunião da COREME.

Art. 49º A exclusão, nos casos em que o médico residente demonstrou ter praticado falta gravíssima, será aplicada exclusivamente pela COREME e notificações serão encaminhadas à CEREM e CNRM.

Parágrafo único – A sanção de exclusão será aplicada, exclusivamente, pela COREME, após julgamento realizado em reunião extraordinária convocada para este propósito apenas.

Art. 50º Todas as penalidades deverão ser comunicadas à COREME, num prazo de 10 (dez) dias, a fim de serem registradas na Ficha Individual do Médico Residente, bem como transcrita na Avaliação do mesmo.

Art. 51º As transgressões disciplinares que impliquem nas sanções de Suspensão e Exclusão são comunicadas à COREME pelo Supervisor do Programa que providencia a instauração de processo para apurar possíveis irregularidades.

§ 1º – Iniciado o Processo, o Coordenador da COREME abre prazo de 05 (cinco) dias para a defesa do Médico Residente, sendo designado em seguida, um dos Supervisores de PRM para relatar o processo.

§ 2º – O Médico Residente ficará suspenso de suas atividades do PRM, durante o transcorrer do processo até a conclusão, quando a Comissão de apuração entender pela

004330

004331

conveniência e oportunidade do mesmo.

§ 3º – Em qualquer situação, fica assegurado amplo direito de defesa e contraditório ao Médico Residente, inclusive assegurado o direito de constituir defensor.

§ 4º – É concedida ao Médico Residente vistas ao processo em qualquer uma de suas fases.

§ 5º – As denúncias de transgressões aos regulamentos internos e à legislação em vigor serão analisadas pela COREME/HUGO, sob a supervisão da CEREM/GO e, constatada a veracidade dos fatos, após o fim do processo de sindicância, o parecer da COREME/HUGO será remetido à Plenária da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/MEC, para a devida análise e julgamento final do caso por parte do seu Conselho Deliberativo da Comissão Nacional, que promoverá a decisão final.

Art. 52º Na aplicação das sanções serão consideradas as circunstâncias atenuantes e/ou agravantes do caso em questão.

Art. 53º No rodízio pelos diversos setores, o Residente deve respeitar as normas estabelecidas pela Chefia de cada Unidade.

CAPÍTULO XII

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 54º Direitos dos Médicos Residentes:

- Remuneração através de bolsa de estudos, no valor determinado pela CNRM;
- Férias anuais, de 30 dias, podendo ser parceladas, segundo conveniência do Departamento ou Unidade e do Residente, por dois (02) períodos iguais de quinze (15) dias;
- Representação junto a COREME;
- Acompanhamento e orientação de um preceptor em todas as atividades da Residência;
- Alimentação, quando em atividade no HUGO;

004332

004333

• Usufruir de condições adequadas de repouso e higiene pessoal durante os plantões no HUGO

Parágrafo único – O HUGO não disponibiliza moradia a seus médicos residentes.

• Nos estágios cumpridos fora do HUGO, os médicos residentes deverão ser acompanhados por médicos preceptores das unidades conveniadas.

• Folga pós plantão: após plantão noturno de 12hs, o médico residente terá direito a 6hs de folga das atividades da residência, podendo ser gozadas no período matutino ou vespertino, conforme deliberação do Supervisor

• Licenças:

§1º Licença paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, podendo esta ser prorrogada por 180 dias por solicitação da Médica Residente;

§2º À Médica Residente será assegurada à continuidade da bolsa de estudos durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do Art. 7° da Lei n.º 6932, de 7 de julho de 1981.

§3º Licença para casamento, mediante apresentação da certidão de casamento, pelo período de 8 (oito) dias corridos;

§4º Licença por falecimento de parentes de até segundo grau, mediante apresentação de atestado de óbito, pelo período de 8 (oito) dias corridos;

§5º Licença para prestação de serviço militar pelo período de 01 ano, com trancamento da vaga, situação exclusiva para residentes de primeiro ano;

• Licença para tratamento de saúde mediante atestado médico;

§1º O período máximo de licença permitido será de 01 ano. Independente da causa se o período ultrapassar a um ano o médico residente será automaticamente desligado do programa;

§2° Independente do período e da causa do afastamento o médico residente deverá cumprir o mesmo período e as atividades perdidas no final do programa; O pagamento da bolsa será pago no período de reposição somente no caso de licença maternidade e nos casos de afastamento por motivo de doença pelo mesmo período

004334

004335

em que a bolsa foi paga pelo INSS;

Art. 55º Deveres dos Médicos Residentes:

I. Cumprir integralmente a jornada de trabalho semanal;

II. Comparecer na hora determinada a todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde for designado;

III. Apresentar-se adequadamente uniformizado e com crachá da instituição;

IV. Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Serviço, Disciplina e Departamento;

V. Preencher corretamente o prontuário do paciente, datando e assinando todas as suas anotações;

VI. Utilizar o carimbo com a designação "Médico Residente" e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;

VII. Cooperar, quando solicitado, na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas pelo Departamento ou Unidade;

VIII. Orientar e fiscalizar o trabalho dos internos e de estudantes de medicina que desenvolverem atividades junto aos pacientes sob sua responsabilidade;

IX. Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento;

X. Relacionar-se de forma respeitosa com as pessoas e respeitar hierarquia.

CAPÍTULO XIII
DA AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 56º Avaliação do Residente:

I. A avaliação será realizada através de nota de conceito, emitida trimestralmente; e de prova escrita e/ou prática, conforme a definição de cada PRM e com intervalo, no mínimo, semestral.

II. Para a nota de conceito, serão utilizados os seguintes parâmetros: Conduta ética; Relacionamento com a equipe de saúde e pacientes; Interesse; e Frequência às atividades programadas.

III. As notas serão obtidas através da média aritmética da nota escrita e/ou prática e da nota de conceito, sendo que essas provas deverão ter pesos iguais, ao final

004336

004337

de cada estágio.

IV. A aprovação para o ano subsequente e para a obtenção do certificado de conclusão estará condicionada ao cumprimento da carga horária integral prevista no programa e obtenção da média final mínima de 7,0 (sete vírgula zero).

V. Apresentação do trabalho de conclusão de curso, ao final da residência.

VI. A média mínima para aprovação será 7,0 (sete vírgula zero).

CAPÍTULO XIV
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 57º O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pela plenária da COREME, em substituição ao regimento anterior.

Art. 58º Este Regulamento respeita a legislação específica sobre Residência Médica e portarias e pareceres da CNRM. Em caso de contrariar as normatizações referidas acima, sempre prevalecerá a legislação da CNRM.

Art. 59º Os casos omissos serão julgados pela COREME que poderá dar decisão terminativa ou solicitar avaliação da CEREM/GO e Parecer final da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 60º Das decisões da COREME, cabe recurso junto à CEREM e à CNRM.

004338

004339

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Francisco Rebouças Júnior **Coordenador COREME**	14/04/2022	Dr. Francisco Albino Rebouças Júnior Coordenador CRM-GO: 12812 / RQE 8177 COREME/HUGO
Revisão:	Tamilles da Silva Borges **Enfermeira NQSP**	14/04/2022	Tamilles da Silva Borges Enfermeira do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente COREN-GO 496.302
Validação:	Sheldon Luís Alves Feitosa **Coordenador NQSP**	14/04/2022	Sheldon Luís Alves Feitosa Coordenador do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente COREN-GO 628.594
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	14/04/2022	Dr. Francisco Pereira Borges Diretor Geral/HUGO CRM - 01421

004340

004341



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

ANEXO – EXPERIÊNCIA

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CE

Santa Helena de Goiás -2023

Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente

INSTITUTO CEM

ANEXO – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

9 Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente

9.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos

2700 004342

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

004343

RETIFICAÇÃO DA DECLARAÇÃO Nº 74/2021
RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL

Retifico e Ratifico a Declaração nº 74/2021 conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202100010054419, DECLARO a Dispensa de Chamamento Público para a Contratação Emergencial do **INSTITUTO CEM**, qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 12.053.184/0001-37, para a gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), para atendimento em regime de 24 horas/dia, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas), cujo prazo de vigência será de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir publicação do seu extrato no Diário Oficial do Estado, ou até a contratação decorrente da conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, com fundamento no artigo 6-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005, cujo valor mensal estimado é de R$ 21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil, setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos); Aporte de Recursos Financeiros referente ao custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO, conforme Anexo II (000025882675), cujo valor mensal estimado é de R$ 247.216,71 (Duzentos e quarenta e sete mil, duzentos e dezesseis reais e setenta e um centavos); E ainda, Aporte de Recursos Financeiros referente aos servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar, conforme Anexo III (000026037190), cujo valor mensal estimado é de R$ 3.027.559,21 (Três milhões, vinte e sete mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos). Publique-se. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 284193

PORTARIA 224/2022 - O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei Estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. **RESOLVE:**Art. 1º -**Retificar a Portaria nº 509/2021** - SES-GO, Publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.575, de 21/06/2021, pág. 20. **Onde se lê**: ", cujo objeto é investimento" Leia-se: ", cujo objeto é custeio". Art. 2º - **PRORROGAR a Portaria 509/2021** que homologou o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de ITUMBIARA, cujo objeto é custeio, constante no processo nº 202100010007703.Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º- Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.982/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º- A vigência do presente instrumento será de **12 (doze) meses**, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art.5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 10 dias do mês de fevereiro de 2022. **ISMAEL ALEXANDRINO** Secretário de Estado da Saúde de Goiás.

Protocolo 284245

RETIFICAÇÃO DO EXTRATO DE RESULTADO DO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 120/2021 - SES/GO

Pregão Eletrônico: 120/2021

Objeto: Contratação de empresa especializada em fornecimento de Equipamentos de Refrigeração e Armazenamento - Câmaras Refrigerada para Conservação de Imunobiológicos com capacidade aproximada de 400 litros, 2000 litros, 200 a 280 litros, 300 a 350 litros, 600 litros, e freezer horizontal 02 portas e freezer científico vertical -30ºC, para atendimento à ações emergenciais de combate à COVID-19.

Tipo: Menor Preço por Item.

Processo: 202000010040635.

Empresa Adjudicatária:

Empresa	CNPJ	Item Adjudicado
BIOTECNO INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA	04.470.103/0001-76	01, 03, 04, 05.
BUNKER COMERCIAL LTDA	03.213.418/0001-75	02, 07.

It	Especificação	Und	Qtd	Valor Unitário	Valor Total (R$)
01	(51259) REFRIGERADOR VERTICAL PARA ARMAZENAR MEDICAMENTOSGARANTIA: 12 MESES. ANVISA CLASSE II: 80573310001. MARCA: BIOTECNO. MODELO: BT 1100/420. FABRICANTE: BIOTECNO IND E COM LTDA. PROCEDÊNCIA: NACIONAL	UND	38	10.980,00	417.240,00
02	(81678) CÂMARA FRIA / CONSERVAÇÃO VERTICAL EM AÇO INOXIDÁVELMODELO NI 1760/2000, Fabricante Novainstruments. Procedência Nacional	UND	12	16.600,00	199.200,00
03	(78368) CÂMARA DE CONSERVAÇÃO DE MEDICAMENTOS 280 L GARANTIA: 12 MESES. ANVISA CLASSE II: 80573310001. MARCA: BIOTECNO. MODELO: BT 1100/280. FABRICANTE: BIOTECNO IND E COM LTDA. PROCEDÊNCIA: NACIONAL	UND	60	10.000,00	600.000,00
04	(74913) REFRIGERADOR PARA MEDICAMENTOS 340L FROST FREE GARANTIA: 12 MESES. ANVISA CLASSE II: 80573310001. MARCA: BIOTECNO. MODELO: BT 1100/340. FABRICANTE: BIOTECNO IND E COM LTDA. PROCEDÊNCIA: NACIONAL	UND	11	9.900,00	108.900,00

UU4345

Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 21 dias do mês de dezembro de 2021. ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Protocolo 275358

Portaria 2154/2021 - SES O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019 - GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: RESOLVE: Art. 1º - PRORROGAR a Portaria 1730/2020 que homologou o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás, cujo objeto é o custeio de cirurgias de catarata e Pterígeo, constante no processo nº 202000010004062. Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 2º- Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.982/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 3º- A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art.4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 21 dias do mês de dezembro de 2021. ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Protocolo 275361

Portaria 2173/2021 - SES O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019 - GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: RESOLVE: Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de GOIÂNIA - GO, cujo objeto é Custeio, constante no processo nº 202100010008964. Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R$ 180.000,00 (Cento e oitenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 22 dias do mês de dezembro de 2021. ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Protocolo 275363

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 53/2021-SES/GO. Processo nº:202100010001205.
Objeto: O presente termo aditivo tem por objeto o reequilíbrio econômico e financeiro dos preços de combustíveis, constantes no Contrato nº 53/2021-SES. **Contratada**: TRIVALE ADMINISTRAÇÃO LTDA. Valor do Aditivo: R$ 1.097.825,64. **Dotação Orçamentária**: 2850.10.122.4200.4243.03.100.90. **Vigência**: início em 08 de dezembro de 2021 e término em 04 de setembro de 2022. Signatários: Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Trivale Administração LTDA - Vitor Flores de Deus.

Protocolo 275290

DECLARAÇÃO Nº 74 / 2021 CLICIT- 09368
RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL
Ratifico a Declaração Nº 73/2021 CLICIT-09368, Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202100010054419, DECLARO a Dispensa de Chamamento Público para a Contratação Emergencial do **INSTITUTO CEM**, qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 12.053.184/0001-37, para a gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), para atendimento em regime de 24 horas/dia, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas), cujo prazo de vigência será de 180 dias a partir de 01/01/2022 até 30/06/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, com fundamento no artigo 6-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005, cujo valor mensal estimado é de R$ 17.301.347,44 (dezessete milhões, trezentos e um mil, trezentos e quarenta e sete reais e quarenta e quatro centavos); Aporte de Recursos Financeiros referente ao custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO, conforme Anexo II (000025882675), cujo valor mensal estimado é de R$ 247.216,71 (Duzentos e quarenta e sete mil, duzentos e dezesseis reais e setenta e um centavos); E ainda, Aporte de Recursos Financeiros referente aos servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar, conforme Anexo III (000026037190), cujo valor mensal estimado é de R$ 3.027.559,21 (Três milhões, vinte e sete mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos). Publique-se.
Goiânia-GO, em 23 de dezembro de 2021
ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 275314

AVISO DE ADIAMENTO
Pregão Eletrônico nº 241/2021
A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO, torna público aos interessados, que a data do certame em questão, referente ao processo administrativo nº 202100010029865, cujo objeto é a Contratação de empresa para a prestação de serviços de coleta, transporte, gerenciamento (incluso tratamento) e disposição final dos resíduos coletados e objetos contaminados por estes, vencidos e/ou impróprios para o uso, inicialmente marcada para o dia 28/12/2021 às 09:00 h, fica adiada "*sine die*". O adiamento se deve face a necessidade de maior prazo para responder a pedido de impugnação. Demais informações encontram-se à disposição dos interessados na Gerência de Compras Governamentais da SES-GO e no site: www.comprasnet.go.gov.br.
Goiânia/GO, 27 de Dezembro de 2021
Natal de Castro - Gerente da GCG/SES

Protocolo 275336

004347

Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 21 dias do mês de dezembro de 2021. ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Protocolo 275358

Portaria 2154/2021 - SES O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019 - GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: RESOLVE: Art. 1º - PRORROGAR a Portaria 1730/2020 que homologou o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás, cujo objeto é o custeio de cirurgias de catarata e Pterígeo, constante no processo nº 202000010004062. Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 2º- Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.982/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 3º- A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art.4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 21 dias do mês de dezembro de 2021. ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Protocolo 275361

Portaria 2173/2021 - SES O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019 - GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: RESOLVE: Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de GOIÂNIA - GO, cujo objeto é Custeio, constante no processo nº 202100010008964. Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R$ 180.000,00 (Cento e oitenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE. Gabinete do SECRETÁRIO do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 22 dias do mês de dezembro de 2021. ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Protocolo 275363

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 53/2021-SES/GO. Processo nº:202100010001205.
Objeto: O presente termo aditivo tem por objeto o reequilíbrio econômico e financeiro dos preços de combustíveis, constantes no Contrato nº 53/2021-SES. **Contratada**: TRIVALE ADMINISTRAÇÃO LTDA. Valor do Aditivo: R$ 1.097.825,64. **Dotação Orçamentária**: 2850.10.122.4200.4243.03.100.90. **Vigência**: início em 08 de dezembro de 2021 e término em 04 de setembro de 2022. Signatários: Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Trivale Administração LTDA - Vitor Flores de Deus.

Protocolo 275290

DECLARAÇÃO Nº 74 / 2021 CLICIT- 09368
RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL
Ratifico a Declaração Nº 73/2021 CLICIT-09368, Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202100010054419, DECLARO a Dispensa de Chamamento Público para a Contratação Emergencial do **INSTITUTO CEM**, qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 12.053.184/0001-37, para a gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), para atendimento em regime de 24 horas/dia, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas), cujo prazo de vigência será de 180 dias a partir de 01/01/2022 até 30/06/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, com fundamento no artigo 6-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005, cujo valor mensal estimado é de R$ 17.301.347,44 (dezessete milhões, trezentos e um mil, trezentos e quarenta e sete reais e quarenta e quatro centavos); Aporte de Recursos Financeiros referente ao custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO, conforme Anexo II (000025882675), cujo valor mensal estimado é de R$ 247.216,71 (Duzentos e quarenta e sete mil, duzentos e dezesseis reais e setenta e um centavos); E ainda, Aporte de Recursos Financeiros referente aos servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar, conforme Anexo III (000026037190), cujo valor mensal estimado é de R$ 3.027.559,21 (Três milhões, vinte e sete mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos). Publique-se.
Goiânia-GO, em 23 de dezembro de 2021
ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 275314

AVISO DE ADIAMENTO
Pregão Eletrônico nº 241/2021
A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO, torna público aos interessados, que a data do certame em questão, referente ao processo administrativo nº 202100010029865, cujo objeto é a Contratação de empresa para a prestação de serviços de coleta, transporte, gerenciamento (incluso tratamento) e disposição final dos resíduos coletados e objetos contaminados por estes, vencidos e/ou impróprios para o uso, inicialmente marcada para o dia 28/12/2021 às 09:00 h, fica adiada "*sine die*". O adiamento se deve face a necessidade de maior prazo para responder a pedido de impugnação. Demais informações encontram-se à disposição dos interessados na Gerência de Compras Governamentais da SES-GO e no site: www.comprasnet.go.gov.br.
Goiânia/GO, 27 de Dezembro de 2021
Natal de Castro - Gerente da GCG/SES

Protocolo 275336

004348

004349

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato 39/2022 - SES

AJUSTE DE PARCERIA NA FORMA DE CONTRATO DE GESTÃO, EM CARÁTER EMERGENCIAL, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA, médico, portador da Cédula de Identidade nº 3788518 - DGPC/GO e CPF nº 699.515.191-72, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na Lei federal nº 12.527/2011, na Lei estadual nº 18.025/2013, na Resolução Normativa nº 013/2017-TCE/GO, no Despacho Governamental nº 238/2022 (000028579924), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.762, de 22/03/2022, no Ofício nº 46734-SES (000025752065), nos Ofícios - Instituto CEM/GO nº 292/2021 (000025762458) e nº 300/2021 (000025946926), no Despacho nº 147/2022-SUPER (000026785530), no Despacho nº 197/2022-SUPER (000026948868), no Termo de Referência - SUPER (000028882785), na Requisição de Despesa nº 6/2022-SUPER (000026797048), nos Anexos I/2021-GERAT (000026123836), II/2021-CRES (000025882675), III/2021-GGDP (000026037190), IV/2021-SUPER (000026948229) e V/2021-SUPER (000026796993), no Ato de Dispensa de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial - Declaração nº 29/2022-CLICIT (000028887429), ratificada pela Declaração nº 30/2022-CLICIT (000028888102), celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento no art. 24, inciso IV, da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e em conformidade com o processo administrativo nº 202100010054419, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e as políticas públicas nas áreas de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

004350

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto;

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO;**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05;

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração;

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme Termo de Referência e Anexos Técnicos;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, caput, da Lei Estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, compras e serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto;

2.20. As Organizações Sociais poderão utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para as atividades meio e fim do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde;

2.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta Técnica, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente;

2.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art.8º, II, ambos da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas posteriores alterações;

2.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional;

2.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:
a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no

004351

mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;
b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;
c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.32. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas;

2.33. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta Técnica;

2.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários a regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.36. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.37. Emitir e apresentar, a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO,** contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás –TCE;

2.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com envio de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.44. Publicar ao final da vigência do contrato o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução, atinentes às atividades realizadas;

2.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papeis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

004352

2.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.51. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras;

2.53. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº 13.800/2001;

2.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência;

2.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.56.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão emergencial;

2.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave;

2.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e às atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatórias;

2.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 15.503/2005;

2.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento;

2.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada;

2.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão emergencial a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** do recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago;

004353

2.77. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº 15.503/2005;

2.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9;

2.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.80. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e ao recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.9. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme o ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contendo, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas, os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

4.1.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

4.1.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.1.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

004354

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório.

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização.

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão.

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão emergencial.

5.3. Ao final da vigência do contrato a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53;

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão emergencial, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: 1) salários e benefícios previstos em norma coletiva; 2) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e 3) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será contada a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial e se dará até o dia 29/06/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do seu extrato no Diário Oficial do Estado.

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente instrumento, assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência e Anexos Técnicos, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** parcelas mensais estimadas em R$ 25.228.492,23 (vinte e cinco milhões, duzentos e vinte e oito mil, quatrocentos e noventa e dois reais e vinte e três centavos), totalizando R$

004355

151.370.953,38 (cento e cinquenta e um milhões, trezentos e setenta mil, novecentos e cinquenta e três reais e trinta e oito centavos), conforme Requisição de Despesa nº 6/2022-SUPER (000026797048), observadas as disposições da Cláusula Oitava deste instrumento, assim discriminados:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Repasse de recursos financeiros referente ao Contrato de Gestão Emergencial a ser firmado entre o Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto CEM, para o gerenciamento, operacionalização e execução dos atendimentos em saúde no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).	180 dias	R$ 21.953.716,31	R$ 131.722.297,86
Aporte de recursos financeiros referente ao custeio mensal com o Programa de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no HUGO, conforme Anexo II.	180 dias	R$ 247.216,71	R$ 1.483.300,26
Aporte de recursos financeiros referente ao pagamento de servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar, conforme Anexo III.	180 dias	R$ 3.027.559,21	R$ 18.165.355,26
TOTAL		**R$ 25.228.492.23**	**R$ 151.370.953,38**

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas.

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros.

c) venda de espaço publicitário.

d) exploração comercial das instalações.

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

004356

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar.

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos.

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos.

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão Emergencial.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**
00034	07/03/2022	000028092665	R$ 4.800.000,00
00035	07/03/2022	000028092958	R$ 269.434,68
00036	07/03/2022	000028094044	R$ 1.576.800,00
00037	09/03/2022	000028164368	R$ 525.600,00
00038	09/03/2022	000028167311	R$1.051.200,00
00070	24/01/2022	000026886314	R$ 116.165.472,86
00071	24/01/2022	000026886372	R$ 1.483.300,26
00006	24/01/2022	000026886339	R$ 15.556.825,00
TOTAL			R$ 141.428.632,80

SEQUENCIAL: 053	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde

004357

Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	15000 100	Receitas não Vinculadas de Impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

SEQUENCIAL: 054	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	16000 232	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS.
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

SEQUENCIAL: 073	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2167	Estratégia de Implantação e Implementação ao Enfrentamento do Novo Coronavirus - Federal
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	16000 238	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS.
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

8.1. Caberá à Gerência Financeira - GEFIN/SGI/SES proceder a emissão do complemento das respectivas Notas de Empenho, referente ao exercício de 2022, à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, passando os referidos documentos a fazerem parte integrante do presente ajuste.

8.2. Durante a vigência do presente ajuste, o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** compreenderá parcelas mensais estimadas em R$ 25.228.492.23 (vinte e cinco milhões, duzentos e vinte e oito mil, quatrocentos e noventa e dois reais e vinte e três centavos), totalizando R$ 151.370.953,38 (cento e cinquenta e um milhões, trezentos e setenta mil, novecentos e cinquenta e três reais e trinta e oito centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do **PARCEIRO PÚBLICO** e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. A Organização Social, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74;

0004358

9.2. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade;

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do PARCEIRO PÚBLICO à disposição do PARCEIRO PRIVADO serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este;

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

9.6. **O PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO;

9.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados;

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual;

9.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos;

9.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas, poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico;

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário;

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa;

9.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade;

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar à disposição, os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso;

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei;

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir a apuração dos fatos praticados pelo referido profissional;

9.19. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.7 e 9.8, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.9.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência e aos Anexos Técnicos, conforme o § 1° do art. 8°-A da Lei Estadual n° 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

8004359

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações.

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

004360

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente, nos critérios estabelecidos pelo PARCEIRO PÚBLICO, com a finalidade de atender as exigências dispostas em atos normativos.

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO.**

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) Termo de Referência;

b) Anexos I, II, III, IV e V;

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e,

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis, que contemplam, inclusive, os bens objeto do Contrato nº _____SES/GO 1 – De Entrega de Bens Móveis e Imóveis, serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei Estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, será providenciada imediatamente, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

004361

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde, visando à celebração de Contrato de Gestão Emergencial para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia/GO, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas).

1.2. Considerando:

a. O Despacho nº 4142/2021 - GAB (v. 000025846901) de lavra do Senhor Secretário de Saúde, no qual determina a abertura de procedimento de contratação emergencial com o Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas – Instituto CEM, visando à celebração de Contrato de Gestão Emergencial para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:

2.1. A presente contratação se justifica em face da rescisão do Contrato de Gestão nº 36/2019-SES/GO (000010399134), por ocasião de indícios de graves irregularidades averiguado pela Pasta nos Processos nºs 202100010040917, 202100010039195 e 202100010002698, do INTS - Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde, no HUGO.

2.2. Por consequência, considerando a impossibilidade desta Pasta em assumir diretamente o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no Hospital, visto que o Poder Público além de não dispor de tempo hábil para formalização de licitações para aquisições de medicamentos, insumos, equipamentos, correlatos e outros, fundamentais ao abastecimento da Unidade Hospitalar, bem como ante a impossibilidade de proceder por contratação de serviços essenciais ao funcionamento da Instituição, e, ainda, em razão da inexistência de recursos humanos efetivo para atender a demanda, foi dado início ao procedimento em tela, a partir do Despacho nº 4142/2021 - GAB (v. 000025846901) de lavra do Senhor Secretário de Saúde, no qual determina a abertura de procedimento de contratação emergencial do Instituto CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, entidade qualificada como Organização Social em Saúde no âmbito deste Estado, por meio de dispensa de chamamento público fundamentada no **inciso IV do art. 24 da Lei n. 8.666/93**, tendo como objeto a formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em regime de 24 horas / dia no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, com prazo de vigência até o dia 29/06/2022, a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial, ou até a conclusão de chamamento público, o que ocorrer primeiro.

004362

2.3. Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria (Lei Estadual nº 15.503 de 28 de dezembro de 2005, e alterações posteriores).

2.4. A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

2.5. A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

2.6. Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

a) Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;

b) Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;

c) Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;

d) Agilidade na tomada de decisões.

e) Menores gastos com recursos humanos;

2.6.1 Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que muitas vezes não atingem as atividades prestadas por uma Organização Social.

2.7. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

2.8. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que:

O administrativista ***contemporâneo*** *tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder,* ***deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas****. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em* ***constante mudança*** *(ênfase acrescida).*[1]

2.9. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

2.10. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

2.11. A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SES/GO.

2.12. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

2.13. A Instituição responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na referida unidade deverá observar as seguintes premissas:

a) Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;

b) Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;

c) Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;

d) Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);

004363

e) Busca de certificação de qualidade em saúde;

f) A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;

g) A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

3. ANEXOS TÉCNICOS

3.1. A gestão por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir às condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

ANEXO TÉCNICO I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO (v. 000026123836);

ANEXO TÉCNICO II - ENSINO E PESQUISA (v. 000025882675);

ANEXO TÉCNICO III – GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS (v. 000026037190);

ANEXO TÉCNICO IV – ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (v. 000026948229);

ANEXO TÉCNICO V - SISTEMA DE REPASSE (v. 000026796993).

4. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

4.1. O **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4.2. Além das diretrizes determinadas pelo Anexo I (v. 000026123836) deverá, também, o **PARCEIRO PRIVADO** observar os seguintes tópicos:

4.3. **Da Vigilância em Saúde**

4.3.1. **O PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir os seguintes preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

a) Os laboratórios prestadores de serviços aos hospitais da Rede do Estado de Goiás devem seguir o fluxo de monitoramento de bactérias multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.

b) Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.

c) Alimentar os sistemas relacionados à segurança do paciente (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária - NOTIVISA), ao controle de infecção hospitalar (Sistema FORMSUS) e ao controle de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas (Sistema VIGIMED).

d) Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017, sobre Critérios de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificações dos Indicadores Nacionais.

e) Garantir às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução n° 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

f) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

4.4. Da Tecnologia de Informação

4.4.1.A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, pela equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

4.4.2. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

4.4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SES-GO acessar via *Internet* e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.

4.5. Da Gestão Integrada

4.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral (NMG), que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, e manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

004364

4.5.2. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

4.6. Da Integridade e Transparência

4.6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir o acesso à informação, conforme previsto nas Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e Lei nº 18.025, de 22 de maio de 2013, respectivamente.

4.6.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar a informação relativa à Transparência das OSS, observando sempre o dever de transparência ativa, o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link* (este gerado pela OSS) a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

4.6.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar serviço de OUVIDORIA destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite à Secretaria do Estado da Saúde melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário. Providenciar resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

4.6.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

5. MODELO DE GESTÃO E METAS

5.1. O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em parceria com Organizações Sociais deverá respeitar os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, além de quantificar as metas alcançadas, por meio de sistema informatizado que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.3. As metas de produção do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** serão estimadas para o período de vigência do Contrato de Gestão, e compõem ANEXO TÉCNICO I – Especificações Técnicas, Descritivo de Serviços, Indicadores e Metas de Produção e Desempenho (v. 000026123836), deste documento.

6. VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL será contada a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial e se dará até o dia 29/06/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do seu extrato no Diário Oficial do Estado.

7. DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO E DO SISTEMA DE REPASSE

7.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

7.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para o período de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde, sem o custo com servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar e o valor de Residência Médica.

7.3. O pagamento será efetivado mediante a liberação de **6 (seis) parcelas mensais**, conforme descrito no ANEXO TÉCNICO V – (v. 000026796993) - Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse), sendo o valor composto de uma parte fixa correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal e uma parte variável correspondente a 10% (dez por cento), com base na avaliação de indicadores de desempenho, conforme Programação de Desembolso Financeiro - PDF.

8. DOS INDICADORES DE METAS E DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. A avaliação mensal será efetivada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial até o dia 10 (dez) do mês subsequente. As informações mencionadas serão encaminhadas por meio de formulários definidos pela Secretaria de Estado da Saúde e por meio de registros no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

8.2. A cada trimestre será realizada a consolidação dos dados do período com análise conclusiva para avaliação e pontuação dos indicadores inerentes à parte fixa das metas de produção e à parte variável do contrato de gestão, quais sejam os indicadores de qualidade, ressalvadas previsões normativas em contrário.

8.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

8.4. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

004365

8.4.1. O Quadro - Síntese de Metas de Desempenho, que apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre, está disposto no Anexo Técnico I (v. 000026123836).

8.5. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio ao PARCEIRO PRIVADO.**

8.6. Em caso de previsão normativa, as metas contratuais (qualitativas e quantitativas) poderão ser suspensas ou compensadas com os atendimentos decorrentes da pandemia do novo coronavírus,

8.7. Nos casos que corresponderem à previsão do item anterior, não será gerado ajuste financeiro a menor decorrente do não cumprimento das metas pactuadas. Em caso diverso, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto no Anexo Técnico V (v. 000026796993), a depender do percentual de alcance de cada indicador, conforme a avaliação citada no item 8.5.

8.8. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o PARCEIRO PRIVADO **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.

8.9. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

8.10. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

8.11. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

8.12. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

8.13. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

8.14. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Termo de Referência e seus Anexos.

8.15. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

8.16. A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

8.17. A cada 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

8.18. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

8.18.1.. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

8.18.2.. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

8.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

8.20. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

8.21. **A análise referida no item 8.19 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.**

8.22. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

8.23. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

ANEXO Nº I

004366

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2021 - GERAT- 18352

INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de Produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7. Serão de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP;

1.7.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.11.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme

004367

Termo de Permissão de Uso;

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

· Nome do usuário.

· Nome do Hospital.

· Localização do Hospital (endereço, município, estado).

· Motivo da internação (CID-10).

· Data de admissão e data da alta.

· Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

· Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.

· O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

· Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

· Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.16. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.18. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata;

1.19. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

1.20. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde;

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do HOSPITAL, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.24. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

004368

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.29. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrututra de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.34. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por

6004369

parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.35. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

· Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

· Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

• Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

• Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

• Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

• Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

• Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

• Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),

• RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

• RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

• Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;

• Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

• PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

• PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

• Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

• RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

• RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

• Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

• RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).

• Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

• Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.

• Programa Nacional de Avaliação dos Serviçoos de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde-Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.

• Portaria de Consolidação Nº 6,de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde-Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD),Seção V.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

004370

- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria nº1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.37 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.38 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação;

1.39. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar semestralmente uma auditoria independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- **Nome**: Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
- **CNES**: 2338262
- **Endereço**: Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial
- **Tipo de Unidade**: Hospital Geral de esfera pública que prestará atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.
- **Gerência da Unidade**: Secretaria Estadual de Saúde
- **Funcionamento**: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. **possui 288 (duzentos e oitenta e oito) leitos gerais e 57 (cinquenta e sete) leitos complementares sendo todos leitos de UTI adulto e disponíveis ao SUS**, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

004371

Quadro 01.Capacidade Atual Instalada do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação	Quantidade
UTI Adulto	57 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	60 leitos
Enfermaria Adulto Neurologia	10 Leitos
Enfermaria Cirúrgica	212 leitos
Leito Carcerários	06 leitos
Leito Dia	20 Leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	12

3.2.1.2 A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, sempre com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

3.3. Perfil da Unidade

3.1. O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica), Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia

a.e) Internações em leitos de UTI adulto

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. Assistência Hospitalar

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO** o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

004372

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO.**

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

n) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

p) Sangue e hemoderivados.

q) Fornecimento de roupas hospitalares.

r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

s) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

t) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.2.5. O Hospital de Urgências de Goiânia possui Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

4.2.5.1 O suprimento de hemocomponentes a esta Agência Transfusional é realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

4.2.5.2 O serviço de hemoterapia da unidade integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

4.2.5.3 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

4.2.6 As obrigações do PARCEIRO PRIVADO quanto à agência transfusional (Serviço de Hemoterapia):

- Manter, ou providenciar a inclusão, do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);
- Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;

004373

- Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).
- Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.
- Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.
- Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.
- Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.
- Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.
- Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).
- Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.
- Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.
- Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.
- Executar os procedimentos necessárias para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.
- A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.
- Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.
- Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expugo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.
- Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.
- Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.
- Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.
- Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.
- Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.
- Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.
- Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.
- A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas Comissões /Comitês.
- Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

004374

- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.
- Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.
- Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.
- Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.
- Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.
- Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio do Complexo Regulador Estadual.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Quadro 02. Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia
Neurocirurgia
Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.4. Atendimento Ambulatorial

004375

4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

4.4.1.1 O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as primeiras consultas de egressos devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

4.4.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição. Todas as interconsultas devem ser informadas ao Complexo Regulador Esatdual.

4.4.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

4.4.1.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

4.4.1.8. Outros serviços ambulatoriais de nível superior multiprofissionais contemplados na instituição incluem:

- Farmácia Ambulatorial,
- Psicologia,
- Consulta de Enfermagem
- Serviço Social,
- Fisioterapia,
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiologia
- Nutrição.

4.4.1.9. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.4.1.10. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadros 03 e 04, abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Clinica Médica
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Geriatria
Hematologia
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Pneumologia
Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

004376

Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 04. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Multiprofissionais da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Enfermagem (egresso)
Fisioterapia (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)
Nutrição (egresso)
Psicologia (egresso)
Serviço Social (egresso)
Terapia ocupacional (egresso)

4.4.2. Cirurgias Programadas

4.4.2.1. Consideram-se as Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

4.4.2.2. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias programadas devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 05. Especialidades Médicas para cirurgias programadas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas para cirurgias eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Geral
Gastroenterologia
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia
Proctologia
Urologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.5. SADT Externo

4.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.6. Leito Dia

4.6.1. O Leito Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas, procedimentos esses devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.7. Serviços de Apoio

004377

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.7.6. Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 253/2020 ou outra norma vigente.

6.2. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

6.3. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

6.4. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.5. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

7. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

7.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados.

a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

7.2. PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

7.3. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

8. ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

8.1.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no HUGO está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de

004378

Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos;

8.1.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Goiás - GETRANS subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

8.1.3. A avaliação da OPO será realizada pela GETRANS e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do HUGO e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela GETRANS.

II - METAS DE PRODUÇÃO

9. REGRA GERAL

9.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados com o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário.

9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

9.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

9.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, os seguintes critérios:

9.4.1. Internações Hospitalares

a) saídas de Clínica Médica

b) saídas cirúrgicas

c) saídas cirúrgicas programadas

d) saídas leito dia

9.4.2. Procedimentos Ambulatoriais

9.4.3. Consultas Ambulatoriais

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

9.4.4. SADT Externo

9.4.5. Hospital Dia

9.4.4. Serviço de Hemodinâmica: Procedimentos de hemodinâmica

9.5. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

9.6. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

9.7. DETERMINANTES DA PARTE FIXA

9.7.1. Internações Hospitalares

9.7.1.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 1921 saídas hospitalares, sendo 362 saídas de Clínica Médica, 691 saídas cirúrgicas, 868 saídas cirúrgicas programadas, com variação de ± 10%, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal
Clínica Médica	362

004379

Saídas Cirúrgicas	691
Saídas Cirúrgicas programadas (eletivas)	868
Total	1921

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias; e os tempos médios de permanência (TMP) para clínica médica 5 dias, cirúrgica 4 dias, cirúrgicas programadas 60% 5 dias e 40% 2 dias.

9.7.1.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

9.7.1.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

9.7.1. Internações Hospitalares

9.7.2. Procedimentos Ambulatoriais

9.7.2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 520 procedimentos ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até ± 10%. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

9.7.2.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 07. Metas de cirurgias ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Procedimentos Ambulatoriais	**Meta mensal**
Cirurgias ambulatoriais	286
Outros Procedimentos	234

Obs.: Para o cálculo das cirurgias ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

9.7.2.3. Os procedimentos ambulatoriais são interpretadas como aquelas que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), a urologia (exemplo: ureterolitotripsia).

9.7.3. Consultas Ambulatoriais

9.7.3.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de 3500 consultas médicas e 1500 consultas multiprofissionais, com variação de até ±10%.

Quadro 8. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Ambulatório	**Meta mensal**
Consulta médica na atenção especializada	3.500
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1.500
Total	5.000

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento.

9.7.3.2. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais.

9.7.3.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

9.7.3.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde.

004380

9.7.4. SADT Externo

9.7.4.1. A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 60 colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), 100 eletrocardiograma, 60 endoscopia digestiva, 60 endoscopia das vias urinárias, 60 endoscopia das vias respiratórias, 1000 raio-x, 250 de ressonância magnética, 450 tomografia computadorizada, 200 ultrassonografia e 120 ultrassonografia /doppler, para pacientes externos, com variação de até ±10%, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

9.7.4.2. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), eletrocardiograma, endoscopia digestiva, endoscopia das vias urinárias, endoscopia das vias respiratórias, raio-x, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler, a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 9. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Exame	mensal
colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	60
colonoscopia	60
eletrocardiograma	600
endoscopia digestiva	60
endoscopia das vias urinárias	60
endoscopia das vias respiratórias	60
raio-x	1000
ressonância magnética	250
tomografia computadorizada	450
ultrassonografia	200
ultrassonografia /doppler	120

9.7.5. Hospital Dia

9.7.5.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 520 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até ±10%.

9.7.5.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Quadro 10. Metas de atendimentos para o Hospital Dia do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Hospital Dia	Meta mensal
Atendimentos	520

9. 7.6 Serviço de Hemodinâmica

9.7.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 126 procedimentos/mês, com variação de até 10%.

Quadro 11. Metas de atendimentos do serviço de hemodinâmica para o do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Serviço de Hemodinâmica	Meta Mensal
Procedimentos de Hemodinâmica	126

10. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS

004381

10.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

10.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

10.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

10.3.1. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

10.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

11.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

11.2. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

tre:

Quadro 12 -Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	**Meta**
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Taxa Média de Permanência Hospitalar	≤ 6 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 26
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais - (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

11.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

11.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

004382

11.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

11.2.4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

11.2.5. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

11.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

11.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

11.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

12.2.9 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

12.2.10 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

12.2.11 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

004383

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

12.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

Importante: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

ANEXO Nº II

ENSINO E PESQUISA/2021 - CRES- 19504

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.

2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

2.14. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.15. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.16. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

2.17. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

004384

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

3.11. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

004385

4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica listados no Quadro 01, bem como o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Quadro 01. Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do HUGO

Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO	**Nº de Coordenador**	**Nº de Supervisores**	**Nº Preceptores**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**
Anestesiologia	1	1	6	9	0
Área Cirúrgica Básica		1	4	6	0
Cirurgia Geral		1	4	6	0
Clínica Médica		1	14	20	0
Geriatria		1	6	8	8
Neurologia		1	4	6	0
Cirurgia do Trauma		1	1	2	0
Cardiologia		1	3	4	4
Medicina Intensiva		1	6	8	2
Ortopedia e Traumatologia		1	10	15	3
Total	1	**10**	**58**	**84**	**17**

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

004386

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores descrito no Quadros 02 e 03.

Quadro 02. Programa de Residência e em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Trauma – HUGO

Programa de Residência em Urgência e Trauma	**Coordenador**	**Tutor**		**Preceptor**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**
		Campo	**Núcleo**			
Enfermagem	01	01	01	04	06	0
Farmácia			01	04	06	0
Fisioterapia			01	04	06	0
Fonoaudiologia			01	04	06	0
Nutrição			01	04	06	0
Psicologia			01	04	06	0
Serviço Social			01	04	06	0
TOTAL	**01**	**08**		**28**	**42**	**0**

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

Quadro 03 – Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Uniprofissional, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HUGO

Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	**Coordenador**	**Tutor**	**Preceptor**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**

004387

		Campo	Núcleo			
Odontologia	01	01	01	04	06	0
TOTAL	**01**	**02***		**04**	**06**	**0**

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

5.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas, o valor referente ao Residente ou às vagas residuais será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, 65 (sessenta e cinco) bolsas são financiadas pelo MS e 19 (dezenove) bolsas pela SES-GO. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (Quadros 04 e 05).

Quadro 04. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO (até 31/12/2021).

Discriminação da despesa	**Número**	**Valor unitário (R$)**	**Valor total (R$)**
***Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 3.330,43 cada + 20% INSS)	18	3.996,52	71.937,36
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME.	69	474,78	32.759,82
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU	44	474,78	20.890,32
**Executor Administrativo COREME	01	6.721,15	6.721,15
**Executor Administrativo COREMU	01	6.721,15	6.721,15
****Despesa de custeio diverso por Residente	132	730,00	96.360,00
Total Geral		-	**235.389,80**

Observações:

Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

***Custo de 01 (um) profissional Executor Administrativo, cálculo com o valor do salário básico, mais acréscimo de 100% de prêmio de incentivo, 20% de gratificação local insalubre e 35,56% de encargos sociais, totalizando R$ 6.721,15.*

****Custo da Bolsa Residente da SES é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde acrescido de 20% de INSS.*

*****As despesas de custeio diversos para o residente e para os PRAPS e PRM são para aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, alimentação do residente, assinatura de periódico e jornada científica, impressora, computadores, Tablets, Datashow, Material de uso individual para o residente como (estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna, entre outros) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa. Ex.: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, Manequins para aulas práticas entre outros.*

Quadro 04. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO **(a partir de 01/01/2022)**.

Discriminação da despesa	**Número**	**Valor unitário (R$)**	**Valor total (R$)**

004388

***Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 4.106,09 cada + 20% INSS) ***	17	4.927,31	83.764,27
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME.	69	474,78	32.759,82
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU	44	474,78	20.890,32
**Executor Administrativo COREME	01	6.721,15	6.721,15
**Executor Administrativo COREMU	01	6.721,15	6.721,15
****Despesa de custeio diverso por Residente COREME	84	730,00	61.320,00
****Despesa de custeio diverso por Residente COREMU	48	730,00	35.040,00
Total Geral		-	**247.216,71**

Observações:

Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

***Custo de 01 (um) profissional Executor Administrativo, cálculo com o valor do salário básico, mais acréscimo de 100% de prêmio de incentivo, 20% de gratificação local insalubre e 35,56% de encargos sociais, totalizando R$ 6.721,15.*

****Custo da Bolsa Residente da SES é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde acrescido de 20% de INSS.*

*****As despesas de custeio diversos para o residente e para os PRAPS e PRM são para aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, alimentação do residente, assinatura de periódico e jornada científica, impressora, computadores, Tablets, Datashow, Material de uso individual para o residente como (estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna, entre outros) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa. Ex.: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, Manequins para aulas práticas entre outros.*

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 22 de fevereiro de 2021, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **semestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **trimestralmente**.

ANEXO Nº III

GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021 - GGDP- 03087

Este anexo constitui parte integrante ao Contrato de Gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** . Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

004389

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.2 Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

1.3 Disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

1.4 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.5 Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

1.6 Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

1.7 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

1.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

1.9 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.10 Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .

1.11 Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO, será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

1.12 Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

1.13 Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

1.14 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.15 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

1.16 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

1.17 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

1.18 O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.19 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

1.21 O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.22 O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

004390

1.23 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

1.24 Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

1.25 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

1.26 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que previsão legal e houver compatibilidade de horários, **assim entendida, a comprovação da viabilidade do efetivo e integral cumprimento da carga horária, tanto no cargo público quanto no emprego privado.**

1.27 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

1.28 O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

1.29 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

1.30 Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO** - Nov/2021.

Cargos	Total de Servidores cedidos*	Valor estimado por cargo
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	1	R$ 6.179,19
Auxiliar de Enfermagem - QT - 18.464	42	R$ 199.626,36
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	7	R$ 33.658,01
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	2	R$ 9.011,91
Cirurgião-Dentista - 18.464	13	R$ 142,078,45
Enfermeiro - 18.464	1	R$ 8.341,38
Fonoaudiólogo - 18.464	1	R$ 11.958,38
Médico - 18.464	103	R$ 1.481.185,15
Médico AS4 - 15.337	1	R$ 7.324,15
Odontólogo - M SAÚDE	2	R$ 5.997,72
Técnico em Enfermagem - 18.464	115	R$ 791.380,30
Técnico em Imobilização Ortopédica - 18.464	3	R$ 17.218,78
Técnico em Necrópsia - 18.464	1	R$ 6.081,34
Técnico em Radiologia - 18.464	43	R$ 304.246,61
Técnico em Radiologia - M SAÚDE	2	R$ 3.271,48

004391

TOTAL GERAL	337	R$ 3.027.559,21
Custo Total Mensal Estimado **	**R$ 3.027.559,21 (três milhões, vinte e sete mil ,quinhentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos)**	
Fonte: RHNet Ref: Nov/2021		

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV

ESTIMATIVA DE CUSTEIO - HUGO/2022 - SUPER- 03082

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** o qual será objeto de contratação emergencial de Organização Social de Saúde para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na Unidade, 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

1.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

1.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I (000026123836), o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR.**

1.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.6. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.7. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Parceiro Privado** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* de outras unidades, e inserção de serviços que a unidade não realiza;

c) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

004392

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Tomar conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3 Para o cálculo, a Planisa forneceu percentis (ver em item 3.2) relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performace Indicators for Health* (KPIH), com referência de 2019 e de 2020.

3.1.4 A consultora disponibilizou dados referentes ao ano de 2020 somente para os serviços de UTI Covid e Unidade Semicríticas COVID, o que não compõe a linha de serviços desta Unidade. NãoSalienta-se, deste modo que o órgão buscou selecionar as bases de dados mais atualizadas, conforme as limitações fáticas envolvidas.

3.1.5. Para os demais itens da tabela de precificação, foram utilizados dados fornecidos do *benchmark* de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67%. A Planisa não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

3.1.6. A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que o ano de 2020 foi cercado de atipicidade, sendo inteiramente marcado por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

3.1.7. A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

3.1.8. Importa, ainda, destacar que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato emergencial pretérito, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.1.9. Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial.

3.1.10. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

3.2.2. O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidades possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

3.2.4. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1. O critério usado para o custeio das "**Internações Hospitalares**" é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. O custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária. Média de permanência de 7 dias UTI.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
UTI Adulto	57	90%	30,4	1560
Enfermaria Adulto Clínico	60	85%	30,4	1550
Enfermaria Adulto Neurologia	10	85%	30,4	258
Enfermaria Cirúrgica	212	85%	30,4	5478

004393

Leitos carcerários	06	85%	30,4	155

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.2. O custeio do "**Hospital dia**" foi estimado multiplicando a quantidade de atendimentos previstos pelo custo unitário praticado pela própria unidade, exclui-se o custeio dos "**Procedimentos ambulatoriais**", já precificados nos atendimentos emergenciais e ambulatoriais.

Serviço	Média mensal de leitos-dia	Nº de atendimentos projetados/mês
Hospital dia	20	520

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.3. O custeio das ***cirurgias***

3.3.3.1 O custeio das ***cirurgias*** foi estimado multiplicando o número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica. Dados extraídos do relatório "Demonstração dos custos unitários dos centros cirúrgicos" do Sistema KPIH, com referência de janeiro a dezembro de 2019 de unidades de saúde com perfil semelhante, estes mostram que a Unidade realizará uma média de 1.641cirurgias/mês em 2.461,5h, o equivalente a 1,5 horas por cirurgia. Foram projetadas 155 cirurgias eletivas/mês para o perfil do hospital.

Serviço	Nº de cirurgias projetados/mês
Cirurgias Eletivas	1.200
Cirurgias de Urgência	4.288

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.4. O custeio das **"Consultas Ambulatoriais"** foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**. Os custos unitários das consultas médicas e multiprofissionais foram obtidos de base externa.

Serviço	Nº de consultas médicas projetadas/mês
Consulta médica na atenção especializada	3500
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1500

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.5. O critério para o "**Atendimento de Urgência na Atenção Especializada**" envolve o número de atendimentos, e seu custeio foi estimado multiplicando-se a meta estabelecida (a qual pondera pela série histórica e pela demanda), pelo respectivo custo unitário, dados obtidos de base externa, não sendo considerado um uma dado a ser considerado como meta e sim quantificado.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Emergências	2700

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.6. O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)" externo** foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante, a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT, sendo estes dados obtidos de bases externas.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Agência Transfusional	1.135
Análises Clínicas	54.396
Colonoscopia	120
Colangiopancretografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)	120

004394

Eletrocardiograma	660
Endoscopia	360
Hemodiálise	60
Raio X	2.000
Ressonância Nuclear Magnética	500
Tomografia Computadorizada	900
Ultrassonografia	400
Ultrassonografia Doppler	240

3.4. Atualização de Valores

3.4.1. Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos das linhas de serviço em que não foi aplicado o *benchmark* de 2020, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável), e não aos valores do Hospital, que teve alteração em seu perfil assistencial. Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

3.4.2. A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pela incompletude dos dados relativos às linhas de serviço do ano de 2020, pela Planisa.

3.4.3. A utilização do *benchmark* de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no *benchmark* de 2020 visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

3.4.4. Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

4.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para os 180 (cento e oitenta) dias da vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

004395

HUGO								
DESCRIÇÃO								
1. SERVIÇOS HOSPITALARES		META	PERCENTIL 25	PERCENTIL 50	PERCENTIL 75	PERCENTIL 25	PERCENTIL 50	PERCENTIL 75
1.1 Paciente Dia (c/HM e c/ Mat/Med)		Quantidade						
UI Clínica Cirúrgica	Pcte dia	5.476	530,52	568,98	637,59	2.906.188,56	3.116.872,44	3.492.718,02
UI Clínica Médica	Pcte dia	1.550	640,06	684,19	739,88	992.093,00	1.060.494,50	1.146.814,00
UTI Adulto	Pcte dia	1.560	1.840,55	1.928,20	2.059,46	2.871.258,00	3.007.992,00	3.212.757,60
Enfermaria Adulto Neurologia	Pcte dia	258	640,06	684,19	739,88	165.135,48	176.521,02	190.889,04
Leitos Carcerários	Pcte dia	155	640,06	684,19	739,88	99.209,30	106.049,45	114.681,40
hospital Dia	Pcte dia	520	367,09	367,09	367,09	190.886,80	190.886,80	190.886,80
						7.224.771,14	**7.658.816,21**	**8.348.746,86**
1.2 Unidade Cirúrgica (c/HM e c/ Mat/Med)								
Horas Cirurgicas urgência	horas	4.288	1.641,94	1.791,52	2.484,56	7.040.638,72	7.682.037,76	10.653.793,28
Horas Cirurgicas eletivas	horas	1.200	1.641,94	1.791,52	2.484,56	1.970.328,00	2.149.824,00	2.981.472,00
						9.010.966,72	**9.831.861,76**	**13.635.265,28**
2. SERVIÇOS EMERGENCIAIS E AMBULATORIAIS								
2.1 Emergência (c/HM e c/ Mat/Med)								
Pac Atend. consulta	Atendimento	2.700	113,36	191,94	257,82	306.072,00	518.238,00	696.114,00
2.2 Ambulatorial (c/HM e c/ Mat/Med)								
Ambulatório Médico	Consulta	3.500	76,74	94,89	111,66	268.590,00	332.115,00	390.810,00
Ambulatório Multiprofissional	Consulta	1.500	36,57	38,16	50,67	54.855,00	57.240,00	76.005,00
Consulta odontológica	Atendimento	336	97,11	135,40	255,33	32.628,96	45.494,40	85.790,88
						662.145,96	**953.087,40**	**1.248.719,88**
3. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)								
Agencia Transfusional	Bolsa transfundidas	1.135	202,24	300,02	397,00	229.566,58	340.558,54	450.642,42
Eletrocardiograma	Exame	660	12,03	19,35	25,62	7.939,80	12.771,00	16.909,20
Endoscopia	Exame	360	238,25	314,90	798,95	85.770,00	113.364,00	287.622,00
Colonoscopia	Exame	120	139,40	246,70	322,10	16.728,00	29.604,00	38.652,00
CPRE	Exame	120	238,25	314,90	798,95	28.590,00	37.788,00	95.874,00
Fisioterapia	Sessão	15.488	14,30	22,00	48,10	221.478,60	340.736,31	744.973,48
Psicologia	Sessão	11.741	25,20	41,40	68,10	295.880,94	486.090,12	799.583,02
Foncaudiologia	Sessão	1.252	22,60	32,10	48,10	28.286,42	40.176,73	60.202,51
Odontologia	Atendimento	1.697	97,11	135,40	255,33	164.821,01	229.809,13	433.361,64
Hemodiálise	Sessão	60	217,40	326,70	604,20	13.044,00	19.602,00	36.252,00
Ultrassonografia	Exame	400	23,19	58,07	87,84	9.276,00	23.228,00	35.136,00
Ultrassonografia / Doppler	Exame	240	79,20	104,00	115,30	19.008,00	24.960,00	27.672,00
Raios X	Exame	2.000	33,80	50,83	61,62	67.600,00	101.660,00	123.240,00
Tomografia	Exame	900	33,80	50,83	61,62	30.420,00	45.747,00	55.458,00
Análises clínicas	Exame	54.396	6,00	8,50	11,90	326.376,00	462.366,83	647.316,36
Ressonância Magnética	Exame	500	332,36	347,07	354,51	166.180,00	173.535,00	177.255,00
Hemodinâmica	Sessão	126	2.336,40	2.558,60	3.014,10	294.386,40	322.509,60	379.776,60
						2.005.353,73	**2.804.508,26**	**4.409.926,24**
TOTAL S/ FIPE						18.903.237,55	21.248.273,63	27.642.658,26
FIPE SAUDE ACUM. 2020 (JAN-DEZ) EM 3,32 %						627.587,49	705.442,68	917.736,25
TOTAL C/ FIPE						**19.530.825,04**	**21.953.716,31**	**28.560.394,51**
OBSERVAÇÕES								
1 Índice FIPE SAUDE (fonte: (https://www.strategyconsultoria.com.br/index.php?p=indicadores.php&ia=1) acessado em 06.09.2021)								

Referência Bibliográfica:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

ANEXO Nº V

SISTEMA DE REPASSE - HUGO/2022 - SUPER- 03082

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO):**

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia

a.e) Internações em leitos de UTI adulto

004396

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

1.4. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

2.1. Caso ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 426/2021** ou outra norma vigente.

2.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

2.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

3.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para os 180 (cento e oitenta) dias da vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

3.3. Do montante estimado mensalmente, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$19.758.344,68 (dezenove milhões, setecentos e cinquenta e oito mil trezentos e quarenta e quatro reais e sessenta e oito centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 1:**

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	**PORCENTAGEM (%)**
Unidade de Internação	42

004397

Unidades de Terapia intensiva	17
Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais	10
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada	5
Atendimento Ambulatorial - SADT Externo	18
Leito Dia	8
TOTAL	

3.4. Do montante estimado mensalmente, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R$2.195.371,63 (dois milhões, cento e noventa e cinco mil trezentos e setenta e um reais e sessenta e três centavos),** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000026797014).

3.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio,** podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).**

3.7. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).**

3.8. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

3.9. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

3.10. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

3.11. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.12. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

3.13. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

3.14. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

3.15. A cada período de 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.16. A cada 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas** pelo PARCEIRO PRIVADO, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

004398

3.17. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

3.18. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

3.19. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.20. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.**

3.21. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

3.22. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

3.23. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

3.24. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

4.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I -*Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do* **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000026123836) e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Unidades de Internação – Clínicas **Peso 42%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Unidades de Terapia Intensiva - UTI **Peso 17%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do	70% do orçamento destinado aos

004399

	volume contratado	atendimentos
Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais **Peso 10%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada **Peso 5%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas e multiprofissionais
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas e multiprofissionais
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas e multiprofissionais
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas e multiprofissionais
SADT Externo **Peso 18%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado exames / procedimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado exames / procedimentos
Leito Dia **Peso 8%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

5.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL** ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

8 004400

$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

5.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$

5.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Tabela 3 - Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

5.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$

5.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

004401

Tabela 4 - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
9 a 10 pontos	100%
9 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

ANEXO – VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010054419, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão emergencial e antes do início da gestão no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Av. 31 de março, s/nº, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), somente podendo remanejá-los com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

004402

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos.

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento, independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

004403

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO – VII

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010054419, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, onde funciona o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Av. 31 de março, s/nº, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

004404

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder a vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

004405

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 16/05/2022, às 16:26, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA**, **Secretário (a) de Estado**, em 17/05/2022, às 06:33, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000030098399** e o código CRC **66E9E5C6**.

Referência: Processo nº 202100010054419 SEI 000030098399

004406

004407

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato 39/2022 - SES

AJUSTE DE PARCERIA NA FORMA DE CONTRATO DE GESTÃO, EM CARÁTER EMERGENCIAL, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA, médico, portador da Cédula de Identidade nº 3788518 - DGPC/GO e CPF nº 699.515.191-72, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na Lei federal nº 12.527/2011, na Lei estadual nº 18.025/2013, na Resolução Normativa nº 013/2017-TCE/GO, no Despacho Governamental nº 238/2022 (000028579924), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.762, de 22/03/2022, no Ofício nº 46734-SES (000025752065), nos Ofícios - Instituto CEM/GO nº 292/2021 (000025762458) e nº 300/2021 (000025946926), no Despacho nº 147/2022-SUPER (000026785530), no Despacho nº 197/2022-SUPER (000026948868), no Termo de Referência - SUPER (000028882785), na Requisição de Despesa nº 6/2022-SUPER (000026797048), nos Anexos I/2021-GERAT (000026123836), II/2021-CRES (000025882675), III/2021-GGDP (000026037190), IV/2021-SUPER (000026948229) e V/2021-SUPER (000026796993), no Ato de Dispensa de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial - Declaração nº 29/2022-CLICIT (000028887429), ratificada pela Declaração nº 30/2022-CLICIT (000028888102), celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento no art. 24, inciso IV, da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e em conformidade com o processo administrativo nº 202100010054419, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e as políticas públicas nas áreas de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

004408

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto;

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO;**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05;

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração;

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme Termo de Referência e Anexos Técnicos;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, caput, da Lei Estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, compras e serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto;

2.20. As Organizações Sociais poderão utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para as atividades meio e fim do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde;

2.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta Técnica, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente;

2.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art.8º, II, ambos da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas posteriores alterações;

2.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional;

2.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:
a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no

004409

mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;
b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;
c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.32. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas;

2.33. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta Técnica;

2.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários a regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.36. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.37. Emitir e apresentar, a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO,** contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás –TCE;

2.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com envio de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.44. Publicar ao final da vigência do contrato o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução, atinentes às atividades realizadas;

2.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papeis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

004410

2.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.51. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras;

2.53. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº 13.800/2001;

2.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência;

2.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.56.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão emergencial;

2.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave;

2.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e às atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatórias;

2.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 15.503/2005;

2.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento;

2.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada;

2.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão emergencial a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** do recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago;

004411

2.77. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº 15.503/2005;

2.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9;

2.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.80. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e ao recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.9. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme o ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contendo, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas, os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

4.1.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

4.1.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.1.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

8004412

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório.

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização.

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão.

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão emergencial.

5.3. Ao final da vigência do contrato a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53;

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão emergencial, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: 1) salários e benefícios previstos em norma coletiva; 2) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e 3) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será contada a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial e se dará até o dia 29/06/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do seu extrato no Diário Oficial do Estado.

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente instrumento, assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência e Anexos Técnicos, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** parcelas mensais estimadas em R$ 25.228.492,23 (vinte e cinco milhões, duzentos e vinte e oito mil, quatrocentos e noventa e dois reais e vinte e três centavos), totalizando R$

004413

151.370.953,38 (cento e cinquenta e um milhões, trezentos e setenta mil, novecentos e cinquenta e três reais e trinta e oito centavos), conforme Requisição de Despesa nº 6/2022-SUPER (000026797048), observadas as disposições da Cláusula Oitava deste instrumento, assim discriminados:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Repasse de recursos financeiros referente ao Contrato de Gestão Emergencial a ser firmado entre o Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto CEM, para o gerenciamento, operacionalização e execução dos atendimentos em saúde no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).	180 dias	R$ 21.953.716,31	R$ 131.722.297,86
Aporte de recursos financeiros referente ao custeio mensal com o Programa de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no HUGO, conforme Anexo II.	180 dias	R$ 247.216,71	R$ 1.483.300,26
Aporte de recursos financeiros referente ao pagamento de servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar, conforme Anexo III.	180 dias	R$ 3.027.559,21	R$ 18.165.355,26
TOTAL		**R$ 25.228.492.23**	**R$ 151.370.953,38**

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas.

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros.

c) venda de espaço publicitário.

d) exploração comercial das instalações.

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

004414

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar.

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos.

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos.

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão Emergencial.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**
00034	07/03/2022	000028092665	R$ 4.800.000,00
00035	07/03/2022	000028092958	R$ 269.434,68
00036	07/03/2022	000028094044	R$ 1.576.800,00
00037	09/03/2022	000028164368	R$ 525.600,00
00038	09/03/2022	000028167311	R$1.051.200,00
00070	24/01/2022	000026886314	R$ 116.165.472,86
00071	24/01/2022	000026886372	R$ 1.483.300,26
00006	24/01/2022	000026886339	R$ 15.556.825,00
TOTAL			R$ 141.428.632,80

SEQUENCIAL: 053	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde

004415

Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	15000 100	Receitas não Vinculadas de Impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

SEQUENCIAL: 054	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	16000 232	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS.
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

SEQUENCIAL: 073	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2167	Estratégia de Implantação e Implementação ao Enfrentamento do Novo Coronavirus - Federal
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	16000 238	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS.
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

8.1. Caberá à Gerência Financeira - GEFIN/SGI/SES proceder a emissão do complemento das respectivas Notas de Empenho, referente ao exercício de 2022, à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, passando os referidos documentos a fazerem parte integrante do presente ajuste.

8.2. Durante a vigência do presente ajuste, o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** compreenderá parcelas mensais estimadas em R$ 25.228.492.23 (vinte e cinco milhões, duzentos e vinte e oito mil, quatrocentos e noventa e dois reais e vinte e três centavos), totalizando R$ 151.370.953,38 (cento e cinquenta e um milhões, trezentos e setenta mil, novecentos e cinquenta e três reais e trinta e oito centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do **PARCEIRO PÚBLICO** e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. A Organização Social, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74;

004416

9.2. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade;

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do PARCEIRO PÚBLICO à disposição do PARCEIRO PRIVADO serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este;

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

9.6. **O PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO;

9.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados;

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual;

9.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos;

9.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas, poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico;

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário;

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa;

9.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade;

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar à disposição, os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso;

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei;

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir a apuração dos fatos praticados pelo referido profissional;

9.19. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.7 e 9.8, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.9.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência e aos Anexos Técnicos, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

004417

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações.

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

004418

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente, nos critérios estabelecidos pelo PARCEIRO PÚBLICO, com a finalidade de atender as exigências dispostas em atos normativos.

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO.**

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) Termo de Referência;

b) Anexos I, II, III, IV e V;

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e,

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis, que contemplam, inclusive, os bens objeto do Contrato nº _____SES/GO 1 – De Entrega de Bens Móveis e Imóveis, serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei Estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, será providenciada imediatamente, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

004419

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde, visando à celebração de Contrato de Gestão Emergencial para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia/GO, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas).

1.2. Considerando:

a. O Despacho nº 4142/2021 - GAB (v. 000025846901) de lavra do Senhor Secretário de Saúde, no qual determina a abertura de procedimento de contratação emergencial com o Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas – Instituto CEM, visando à celebração de Contrato de Gestão Emergencial para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:

2.1. A presente contratação se justifica em face da rescisão do Contrato de Gestão nº 36/2019-SES/GO (000010399134), por ocasião de indícios de graves irregularidades averiguado pela Pasta nos Processos nºs 202100010040917, 202100010039195 e 202100010002698, do INTS - Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde, no HUGO.

2.2. Por consequência, considerando a impossibilidade desta Pasta em assumir diretamente o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no Hospital, visto que o Poder Público além de não dispor de tempo hábil para formalização de licitações para aquisições de medicamentos, insumos, equipamentos, correlatos e outros, fundamentais ao abastecimento da Unidade Hospitalar, bem como ante a impossibilidade de proceder por contratação de serviços essenciais ao funcionamento da Instituição, e, ainda, em razão da inexistência de recursos humanos efetivo para atender a demanda, foi dado início ao procedimento em tela, a partir do Despacho nº 4142/2021 - GAB (v. 000025846901) de lavra do Senhor Secretário de Saúde, no qual determina a abertura de procedimento de contratação emergencial do Instituto CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, entidade qualificada como Organização Social em Saúde no âmbito deste Estado, por meio de dispensa de chamamento público fundamentada no **inciso IV do art. 24 da Lei n. 8.666/93**, tendo como objeto a formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em regime de 24 horas / dia no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, com prazo de vigência até o dia 29/06/2022, a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial, ou até a conclusão de chamamento público, o que ocorrer primeiro.

004420

2.3. Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria (Lei Estadual nº 15.503 de 28 de dezembro de 2005, e alterações posteriores).

2.4. A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

2.5. A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

2.6. Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

a) Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;

b) Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;

c) Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;

d) Agilidade na tomada de decisões.

e) Menores gastos com recursos humanos;

2.6.1 Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que muitas vezes não atingem as atividades prestadas por uma Organização Social.

2.7. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

2.8. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que:

O administrativista ***contemporâneo*** *tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder,* ***deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas****. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em* ***constante mudança*** *(ênfase acrescida).*[1]

2.9. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

2.10. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

2.11. A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SES/GO.

2.12. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

2.13. A Instituição responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na referida unidade deverá observar as seguintes premissas:

a) Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;

b) Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;

c) Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;

d) Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);

004421

e) Busca de certificação de qualidade em saúde;

f) A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;

g) A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

3. ANEXOS TÉCNICOS

3.1. A gestão por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir às condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

ANEXO TÉCNICO I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO (v. 000026123836);

ANEXO TÉCNICO II - ENSINO E PESQUISA (v. 000025882675);

ANEXO TÉCNICO III – GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS (v. 000026037190);

ANEXO TÉCNICO IV – ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (v. 000026948229);

ANEXO TÉCNICO V - SISTEMA DE REPASSE (v. 000026796993).

4. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

4.1. O **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4.2. Além das diretrizes determinadas pelo Anexo I (v. 000026123836) deverá, também, o **PARCEIRO PRIVADO** observar os seguintes tópicos:

4.3. **Da Vigilância em Saúde**

4.3.1. **O PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir os seguintes preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

a) Os laboratórios prestadores de serviços aos hospitais da Rede do Estado de Goiás devem seguir o fluxo de monitoramento de bactérias multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.

b) Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.

c) Alimentar os sistemas relacionados à segurança do paciente (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária - NOTIVISA), ao controle de infecção hospitalar (Sistema FORMSUS) e ao controle de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas (Sistema VIGIMED).

d) Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017, sobre Critérios de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificações dos Indicadores Nacionais.

e) Garantir às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução nº 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

f) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

4.4. Da Tecnologia de Informação

4.4.1.A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, pela equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

4.4.2. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

4.4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SES-GO acessar via *Internet* e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.

4.5. Da Gestão Integrada

4.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral (NMG), que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, e manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

004422

4.5.2. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

4.6. Da Integridade e Transparência

4.6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir o acesso à informação, conforme previsto nas Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e Lei nº 18.025, de 22 de maio de 2013, respectivamente.

4.6.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar a informação relativa à Transparência das OSS, observando sempre o dever de transparência ativa, o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link* (este gerado pela OSS) a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

4.6.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar serviço de OUVIDORIA destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite à Secretaria do Estado da Saúde melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário. Providenciar resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

4.6.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

5. MODELO DE GESTÃO E METAS

5.1. O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em parceria com Organizações Sociais deverá respeitar os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, além de quantificar as metas alcançadas, por meio de sistema informatizado que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.3. As metas de produção do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** serão estimadas para o período de vigência do Contrato de Gestão, e compõem ANEXO TÉCNICO I – Especificações Técnicas, Descritivo de Serviços, Indicadores e Metas de Produção e Desempenho (v. 000026123836), deste documento.

6. VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL será contada a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial e se dará até o dia 29/06/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do seu extrato no Diário Oficial do Estado.

7. DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO E DO SISTEMA DE REPASSE

7.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

7.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para o período de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde, sem o custo com servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar e o valor de Residência Médica.

7.3. O pagamento será efetivado mediante a liberação de **6 (seis) parcelas mensais**, conforme descrito no ANEXO TÉCNICO V – (v. 000026796993) - Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse), sendo o valor composto de uma parte fixa correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal e uma parte variável correspondente a 10% (dez por cento), com base na avaliação de indicadores de desempenho, conforme Programação de Desembolso Financeiro - PDF.

8. DOS INDICADORES DE METAS E DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. A avaliação mensal será efetivada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial até o dia 10 (dez) do mês subsequente. As informações mencionadas serão encaminhadas por meio de formulários definidos pela Secretaria de Estado da Saúde e por meio de registros no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

8.2. A cada trimestre será realizada a consolidação dos dados do período com análise conclusiva para avaliação e pontuação dos indicadores inerentes à parte fixa das metas de produção e à parte variável do contrato de gestão, quais sejam os indicadores de qualidade, ressalvadas previsões normativas em contrário.

8.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

8.4. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

004423

8.4.1. O Quadro - Síntese de Metas de Desempenho, que apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre, está disposto no Anexo Técnico I (v. 000026123836).

8.5. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio ao PARCEIRO PRIVADO.**

8.6. Em caso de previsão normativa, as metas contratuais (qualitativas e quantitativas) poderão ser suspensas ou compensadas com os atendimentos decorrentes da pandemia do novo coronavírus,

8.7. Nos casos que corresponderem à previsão do item anterior, não será gerado ajuste financeiro a menor decorrente do não cumprimento das metas pactuadas. Em caso diverso, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto no Anexo Técnico V (v. 000026796993), a depender do percentual de alcance de cada indicador, conforme a avaliação citada no item 8.5.

8.8. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o PARCEIRO PRIVADO **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.

8.9. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

8.10. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

8.11. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

8.12. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

8.13. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

8.14. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Termo de Referência e seus Anexos.

8.15. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

8.16. A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

8.17. A cada 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

8.18. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

8.18.1.. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

8.18.2.. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

8.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

8.20. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

8.21. **A análise referida no item 8.19 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.**

8.22. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

8.23. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

ANEXO Nº I

004424

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2021 - GERAT- 18352

INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de Produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7. Serão de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP;

1.7.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.11.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme

004425

Termo de Permissão de Uso;

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

· Nome do usuário.

· Nome do Hospital.

· Localização do Hospital (endereço, município, estado).

· Motivo da internação (CID-10).

· Data de admissão e data da alta.

· Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

· Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.

· O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

· Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

· Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.16. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.18. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata;

1.19. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

1.20. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde;

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do HOSPITAL, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.24. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

004426

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.29. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrututra de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.34. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por

004427

parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.35. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

· Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

· Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

• Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

• Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

• Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

• Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

• Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

• Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),

• RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

• RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

• Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;

• Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

• PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

• PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

• Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

• RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

• RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

• Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

• RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).

• Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

• Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.

• Programa Nacional de Avaliação dos Serviçoos de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde-Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.

• Portaria de Consolidação Nº 6,de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde-Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD),Seção V.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

004428

- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria nº1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.37 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.38 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação;

1.39. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar semestralmente uma auditoria independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- **Nome**: Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
- **CNES**: 2338262
- **Endereço**: Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial
- **Tipo de Unidade**: Hospital Geral de esfera pública que prestará atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.
- **Gerência da Unidade**: Secretaria Estadual de Saúde
- **Funcionamento**: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. **possui 288 (duzentos e oitenta e oito) leitos gerais e 57 (cinquenta e sete) leitos complementares sendo todos leitos de UTI adulto e disponíveis ao SUS**, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

004429

Quadro 01.Capacidade Atual Instalada do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação	Quantidade
UTI Adulto	57 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	60 leitos
Enfermaria Adulto Neurologia	10 Leitos
Enfermaria Cirúrgica	212 leitos
Leito Carcerários	06 leitos
Leito Dia	20 Leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	12

3.2.1.2 A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, sempre com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

3.3. Perfil da Unidade

3.1. O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia

a.e) Internações em leitos de UTI adulto

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. Assistência Hospitalar

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO** o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

004430

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO.**

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

n) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

p) Sangue e hemoderivados.

q) Fornecimento de roupas hospitalares.

r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

s) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

t) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.2.5. O Hospital de Urgências de Goiânia possui Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

4.2.5.1 O suprimento de hemocomponentes a esta Agência Transfusional é realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

4.2.5.2 O serviço de hemoterapia da unidade integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

4.2.5.3 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

4.2.6 As obrigações do PARCEIRO PRIVADO quanto à agência transfusional (Serviço de Hemoterapia):

- Manter, ou providenciar a inclusão, do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);
- Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;

0004431

- Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).
- Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.
- Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.
- Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.
- Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.
- Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.
- Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).
- Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.
- Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.
- Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.
- Executar os procedimentos necessárias para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.
- A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.
- Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.
- Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expugo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.
- Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.
- Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.
- Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.
- Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.
- Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.
- Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.
- Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.
- A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas Comissões /Comitês.
- Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

004432

- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.
- Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.
- Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.
- Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.
- Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.
- Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio do Complexo Regulador Estadual.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Quadro 02. Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia
Neurocirurgia
Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.4. Atendimento Ambulatorial

004433

4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

4.4.1.1 O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as primeiras consultas de egressos devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

4.4.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição. Todas as interconsultas devem ser informadas ao Complexo Regulador Esatdual.

4.4.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

4.4.1.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

4.4.1.8. Outros serviços ambulatoriais de nível superior multiprofissionais contemplados na instituição incluem:

- Farmácia Ambulatorial,
- Psicologia,
- Consulta de Enfermagem
- Serviço Social,
- Fisioterapia,
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiologia
- Nutrição.

4.4.1.9. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.4.1.10. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadros 03 e 04, abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Clinica Médica
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Geriatria
Hematologia
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Pneumologia
Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

0004434

Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 04. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Multiprofissionais da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Enfermagem (egresso)
Fisioterapia (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)
Nutrição (egresso)
Psicologia (egresso)
Serviço Social (egresso)
Terapia ocupacional (egresso)

4.4.2. Cirurgias Programadas

4.4.2.1. Consideram-se as Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

4.4.2.2. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias programadas devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 05. Especialidades Médicas para cirurgias programadas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas para cirurgias eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Geral
Gastroenterologia
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia
Proctologia
Urologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.5. SADT Externo

4.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.6. Leito Dia

4.6.1. O Leito Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas, procedimentos esses devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.7. Serviços de Apoio

004435

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.7.6. Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 253/2020 ou outra norma vigente.

6.2. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

6.3. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

6.4. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.5. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

7. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

7.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados.

a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

7.2. PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

7.3. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

8. ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

8.1.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no HUGO está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de

004436

Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos;

8.1.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Goiás - GETRANS subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

8.1.3. A avaliação da OPO será realizada pela GETRANS e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do HUGO e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela GETRANS.

II - METAS DE PRODUÇÃO

9. REGRA GERAL

9.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados com o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário.

9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

9.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

9.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, os seguintes critérios:

9.4.1. Internações Hospitalares

a) saídas de Clínica Médica

b) saídas cirúrgicas

c) saídas cirúrgicas programadas

d) saídas leito dia

9.4.2. Procedimentos Ambulatoriais

9.4.3. Consultas Ambulatoriais

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

9.4.4. SADT Externo

9.4.5. Hospital Dia

9.4.4. Serviço de Hemodinâmica: Procedimentos de hemodinâmica

9.5. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

9.6. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

9.7. DETERMINANTES DA PARTE FIXA

9.7.1. Internações Hospitalares

9.7.1.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 1921 saídas hospitalares, sendo 362 saídas de Clínica Médica, 691 saídas cirúrgicas, 868 saídas cirúrgicas programadas, com variação de ± 10%, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal
Clínica Médica	362

0004437

Saídas Cirúrgicas	691
Saídas Cirúrgicas programadas (eletivas)	868
Total	1921

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias; e os tempos médios de permanência (TMP) para clínica médica 5 dias, cirúrgica 4 dias, cirúrgicas programadas 60% 5 dias e 40% 2 dias.

9.7.1.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

9.7.1.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

9.7.1. Internações Hospitalares

9.7.2. Procedimentos Ambulatoriais

9.7.2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 520 procedimentos ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até ± 10%. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

9.7.2.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 07. Metas de cirurgias ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Procedimentos Ambulatoriais	**Meta mensal**
Cirurgias ambulatoriais	286
Outros Procedimentos	234

Obs.: Para o cálculo das cirurgias ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

9.7.2.3. Os procedimentos ambulatoriais são interpretadas como aquelas que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), a urologia (exemplo: ureterolitotripsia).

9.7.3. Consultas Ambulatoriais

9.7.3.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de 3500 consultas médicas e 1500 consultas multiprofissionais, com variação de até ±10%.

Quadro 8. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Ambulatório	**Meta mensal**
Consulta médica na atenção especializada	3.500
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1.500
Total	5.000

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento.

9.7.3.2. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais.

9.7.3.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

9.7.3.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde.

004438

9.7.4. SADT Externo

9.7.4.1. A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 60 colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), 100 eletrocardiograma, 60 endoscopia digestiva, 60 endoscopia das vias urinárias, 60 endoscopia das vias respiratórias, 1000 raio-x, 250 de ressonância magnética, 450 tomografia computadorizada, 200 ultrassonografia e 120 ultrassonografia /doppler, para pacientes externos, com variação de até ±10%, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

9.7.4.2. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), eletrocardiograma, endoscopia digestiva, endoscopia das vias urinárias, endoscopia das vias respiratórias, raio-x, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler, a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 9. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Exame	mensal
colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	60
colonoscopia	60
eletrocardiograma	600
endoscopia digestiva	60
endoscopia das vias urinárias	60
endoscopia das vias respiratórias	60
raio-x	1000
ressonância magnética	250
tomografia computadorizada	450
ultrassonografia	200
ultrassonografia /doppler	120

9.7.5. Hospital Dia

9.7.5.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 520 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até ±10%.

9.7.5.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Quadro 10. Metas de atendimentos para o Hospital Dia do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Hospital Dia	Meta mensal
Atendimentos	520

9. 7.6 Serviço de Hemodinâmica

9.7.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 126 procedimentos/mês, com variação de até 10%.

Quadro 11. Metas de atendimentos do serviço de hemodinâmica para o do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Serviço de Hemodinâmica	Meta Mensal
Procedimentos de Hemodinâmica	126

10. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS

004439

10.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

10.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

10.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

10.3.1. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

10.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

11.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

11.2. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

tre:

Quadro 12 -Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	**Meta**
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Taxa Média de Permanência Hospitalar	≤ 6 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 26
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais - (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

11.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

11.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

004440

11.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

11.2.4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

11.2.5. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

11.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

11.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

11.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

12.2.9 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

12.2.10 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

12.2.11 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

004441

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

12.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

Importante: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

ANEXO Nº II

ENSINO E PESQUISA/2021 - CRES- 19504

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.

2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

2.14. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.15. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.16. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

2.17. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

004442

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

3.11. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

004443

4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica listados no Quadro 01, bem como o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Quadro 01. Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do HUGO

Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO	**Nº de Coordenador**	**Nº de Supervisores**	**Nº Preceptores**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**
Anestesiologia	1	1	6	9	0
Área Cirúrgica Básica		1	4	6	0
Cirurgia Geral		1	4	6	0
Clínica Médica		1	14	20	0
Geriatria		1	6	8	8
Neurologia		1	4	6	0
Cirurgia do Trauma		1	1	2	0
Cardiologia		1	3	4	4
Medicina Intensiva		1	6	8	2
Ortopedia e Traumatologia		1	10	15	3
Total	1	**10**	**58**	**84**	**17**

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

0004444

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores descrito no Quadros 02 e 03.

Quadro 02. Programa de Residência e em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Trauma – HUGO

Programa de Residência em Urgência e Trauma	**Coordenador**	**Tutor**		**Preceptor**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**
		Campo	**Núcleo**			
Enfermagem	01	01	01	04	06	0
Farmácia			01	04	06	0
Fisioterapia			01	04	06	0
Fonoaudiologia			01	04	06	0
Nutrição			01	04	06	0
Psicologia			01	04	06	0
Serviço Social			01	04	06	0
TOTAL	**01**	**08**		**28**	**42**	**0**

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

Quadro 03 – Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Uniprofissional, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HUGO

Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	**Coordenador**	**Tutor**	**Preceptor**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**

004445

		Campo	Núcleo			
Odontologia	01	01	01	04	06	0
TOTAL	**01**	**02***		**04**	**06**	**0**

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

5.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas, o valor referente ao Residente ou às vagas residuais será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, 65 (sessenta e cinco) bolsas são financiadas pelo MS e 19 (dezenove) bolsas pela SES-GO. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (Quadros 04 e 05).

Quadro 04. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO (até 31/12/2021).

Discriminação da despesa	**Número**	**Valor unitário (R$)**	**Valor total (R$)**
***Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 3.330,43 cada + 20% INSS)	18	3.996,52	71.937,36
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME.	69	474,78	32.759,82
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU	44	474,78	20.890,32
**Executor Administrativo COREME	01	6.721,15	6.721,15
**Executor Administrativo COREMU	01	6.721,15	6.721,15
****Despesa de custeio diverso por Residente	132	730,00	96.360,00
Total Geral		-	**235.389,80**

Observações:

Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

***Custo de 01 (um) profissional Executor Administrativo, cálculo com o valor do salário básico, mais acréscimo de 100% de prêmio de incentivo, 20% de gratificação local insalubre e 35,56% de encargos sociais, totalizando R$ 6.721,15.*

****Custo da Bolsa Residente da SES é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde acrescido de 20% de INSS.*

*****As despesas de custeio diversos para o residente e para os PRAPS e PRM são para aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, alimentação do residente, assinatura de periódico e jornada científica, impressora, computadores, Tablets, Datashow, Material de uso individual para o residente como (estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna, entre outros) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa. Ex.: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, Manequins para aulas práticas entre outros.*

Quadro 04. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO **(a partir de 01/01/2022)**.

Discriminação da despesa	**Número**	**Valor unitário (R$)**	**Valor total (R$)**

004446

***Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 4.106,09 cada + 20% INSS) ***	17	4.927,31	83.764,27
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME.	69	474,78	32.759,82
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU	44	474,78	20.890,32
**Executor Administrativo COREME	01	6.721,15	6.721,15
**Executor Administrativo COREMU	01	6.721,15	6.721,15
****Despesa de custeio diverso por Residente COREME	84	730,00	61.320,00
****Despesa de custeio diverso por Residente COREMU	48	730,00	35.040,00
Total Geral		-	**247.216,71**

Observações:

Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

***Custo de 01 (um) profissional Executor Administrativo, cálculo com o valor do salário básico, mais acréscimo de 100% de prêmio de incentivo, 20% de gratificação local insalubre e 35,56% de encargos sociais, totalizando R$ 6.721,15.*

****Custo da Bolsa Residente da SES é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde acrescido de 20% de INSS.*

*****As despesas de custeio diversos para o residente e para os PRAPS e PRM são para aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, alimentação do residente, assinatura de periódico e jornada científica, impressora, computadores, Tablets, Datashow, Material de uso individual para o residente como (estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna, entre outros) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa. Ex.: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, Manequins para aulas práticas entre outros.*

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 22 de fevereiro de 2021, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **semestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **trimestralmente**.

ANEXO Nº III

GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021 - GGDP- 03087

Este anexo constitui parte integrante ao Contrato de Gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** . Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

004447

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.2 Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

1.3 Disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

1.4 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.5 Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

1.6 Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

1.7 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

1.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

1.9 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.10 Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .

1.11 Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO, será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

1.12 Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

1.13 Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

1.14 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.15 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

1.16 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

1.17 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

1.18 O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.19 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

1.21 O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.22 O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

004448

1.23 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

1.24 Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

1.25 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

1.26 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que previsão legal e houver compatibilidade de horários, **assim entendida, a comprovação da viabilidade do efetivo e integral cumprimento da carga horária, tanto no cargo público quanto no emprego privado.**

1.27 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

1.28 O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

1.29 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

1.30 Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO** - Nov/2021.

Cargos	Total de Servidores cedidos*	Valor estimado por cargo
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	1	R$ 6.179,19
Auxiliar de Enfermagem - QT - 18.464	42	R$ 199.626,36
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	7	R$ 33.658,01
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	2	R$ 9.011,91
Cirurgião-Dentista - 18.464	13	R$ 142,078,45
Enfermeiro - 18.464	1	R$ 8.341,38
Fonoaudiólogo - 18.464	1	R$ 11.958,38
Médico - 18.464	103	R$ 1.481.185,15
Médico AS4 - 15.337	1	R$ 7.324,15
Odontólogo - M SAÚDE	2	R$ 5.997,72
Técnico em Enfermagem - 18.464	115	R$ 791.380,30
Técnico em Imobilização Ortopédica - 18.464	3	R$ 17.218,78
Técnico em Necrópsia - 18.464	1	R$ 6.081,34
Técnico em Radiologia - 18.464	43	R$ 304.246,61
Técnico em Radiologia - M SAÚDE	2	R$ 3.271,48

004449

TOTAL GERAL	337	R$ 3.027.559,21
Custo Total Mensal Estimado **	**R$ 3.027.559,21 (três milhões, vinte e sete mil ,quinhentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos)**	
Fonte: RHNet Ref: Nov/2021		

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV

ESTIMATIVA DE CUSTEIO - HUGO/2022 - SUPER- 03082

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** o qual será objeto de contratação emergencial de Organização Social de Saúde para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na Unidade, 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

1.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

1.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I (000026123836), o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR.**

1.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.6. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.7. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Parceiro Privado** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* de outras unidades, e inserção de serviços que a unidade não realiza;

c) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

0004450

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Tomar conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3 Para o cálculo, a Planisa forneceu percentis (ver em item 3.2) relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performace Indicators for Health* (KPIH), com referência de 2019 e de 2020.

3.1.4 A consultora disponibilizou dados referentes ao ano de 2020 somente para os serviços de UTI Covid e Unidade Semicríticas COVID, o que não compõe a linha de serviços desta Unidade. NãoSalienta-se, deste modo que o órgão buscou selecionar as bases de dados mais atualizadas, conforme as limitações fáticas envolvidas.

3.1.5. Para os demais itens da tabela de precificação, foram utilizados dados fornecidos do *benchmark* de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67%. A Planisa não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

3.1.6. A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que o ano de 2020 foi cercado de atipicidade, sendo inteiramente marcado por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

3.1.7. A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

3.1.8. Importa, ainda, destacar que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato emergencial pretérito, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.1.9. Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial.

3.1.10. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

3.2.2. O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidades possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

3.2.4. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1. O critério usado para o custeio das "**Internações Hospitalares**" é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. O custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária. Média de permanência de 7 dias UTI.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
UTI Adulto	57	90%	30,4	1560
Enfermaria Adulto Clínico	60	85%	30,4	1550
Enfermaria Adulto Neurologia	10	85%	30,4	258
Enfermaria Cirúrgica	212	85%	30,4	5478

004451

Leitos carcerários	06	85%	30,4	155

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.2. O custeio do "**Hospital dia**" foi estimado multiplicando a quantidade de atendimentos previstos pelo custo unitário praticado pela própria unidade, exclui-se o custeio dos "**Procedimentos ambulatoriais**", já precificados nos atendimentos emergenciais e ambulatoriais.

Serviço	Média mensal de leitos-dia	Nº de atendimentos projetados/mês
Hospital dia	20	520

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.3. O custeio das ***cirurgias***

3.3.3.1 O custeio das ***cirurgias*** foi estimado multiplicando o número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica. Dados extraídos do relatório "Demonstração dos custos unitários dos centros cirúrgicos" do Sistema KPIH, com referência de janeiro a dezembro de 2019 de unidades de saúde com perfil semelhante, estes mostram que a Unidade realizará uma média de 1.641cirurgias/mês em 2.461,5h, o equivalente a 1,5 horas por cirurgia. Foram projetadas 155 cirurgias eletivas/mês para o perfil do hospital.

Serviço	Nº de cirurgias projetados/mês
Cirurgias Eletivas	1.200
Cirurgias de Urgência	4.288

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.4. O custeio das **"Consultas Ambulatoriais"** foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**. Os custos unitários das consultas médicas e multiprofissionais foram obtidos de base externa.

Serviço	Nº de consultas médicas projetadas/mês
Consulta médica na atenção especializada	3500
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1500

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.5. O critério para o "**Atendimento de Urgência na Atenção Especializada**" envolve o número de atendimentos, e seu custeio foi estimado multiplicando-se a meta estabelecida (a qual pondera pela série histórica e pela demanda), pelo respectivo custo unitário, dados obtidos de base externa, não sendo considerado um uma dado a ser considerado como meta e sim quantificado.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Emergências	2700

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.6. O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)" externo** foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante, a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT, sendo estes dados obtidos de bases externas.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Agência Transfusional	1.135
Análises Clínicas	54.396
Colonoscopia	120
Colangiopancretografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)	120

004452

Eletrocardiograma	660
Endoscopia	360
Hemodiálise	60
Raio X	2.000
Ressonância Nuclear Magnética	500
Tomografia Computadorizada	900
Ultrassonografia	400
Ultrassonografia Doppler	240

3.4. Atualização de Valores

3.4.1. Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos das linhas de serviço em que não foi aplicado o *benchmark* de 2020, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável), e não aos valores do Hospital, que teve alteração em seu perfil assistencial. Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

3.4.2. A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pela incompletude dos dados relativos às linhas de serviço do ano de 2020, pela Planisa.

3.4.3. A utilização do *benchmark* de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no *benchmark* de 2020 visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

3.4.4. Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

4.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para os 180 (cento e oitenta) dias da vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

004453

HUGO								
DESCRIÇÃO								
1. SERVIÇOS HOSPITALARES		META	PERCENTIL 25	PERCENTIL 50	PERCENTIL 75	PERCENTIL 25	PERCENTIL 50	PERCENTIL 75
1.1 Paciente Dia (c/HM e c/ Mat/Med)		Quantidade						
UI Clínica Cirúrgica	Pcte dia	5.478	530,52	568,86	637,59	2.906.188,56	3.116.872,44	3.492.718,02
UI Clínica Médica	Pcte dia	1.550	640,06	684,19	739,88	992.093,00	1.060.494,50	1.146.814,00
UTI Adulto	Pcte dia	1.560	1.840,55	1.928,20	2.059,46	2.871.258,00	3.007.992,00	3.212.757,60
Enfermaria Adulto Neurologia	Pcte dia	258	640,06	684,19	739,88	165.135,48	176.521,02	190.889,04
Leitos Carcerários	Pcte dia	155	640,06	684,19	739,88	99.209,30	106.049,45	114.681,40
hospital Dia	Pcte dia	520	367,09	367,09	367,09	190.886,80	190.886,80	190.886,80
						7.224.771,14	7.658.816,21	8.348.746,86
1.2 Unidade Cirúrgica (c/HM e c/ Mat/Med)								
Horas Cirurgias urgência	horas	4.288	1.641,94	1.791,52	2.484,56	7.040.638,72	7.682.037,76	10.653.793,28
Horas Cirurgias eletivas	horas	1.200	1.641,94	1.791,52	2.484,56	1.970.328,00	2.149.824,00	2.981.472,00
						9.010.966,72	9.831.861,76	13.635.265,28
2. SERVIÇOS EMERGENCIAIS E AMBULATORIAIS								
2.1 Emergência (c/HM e c/ Mat/Med)								
Pac Atend. consulta	Atendimento	2.700	113,36	191,94	257,82	306.072,00	518.238,00	696.114,00
2.2 Ambulatorial (c/HM e c/ Mat/Med)								
Ambulatório Médico	Consulta	3.500	78,74	94,89	111,66	268.590,00	332.115,00	390.810,00
Ambulatório Multiprofissional	Consulta	1.500	36,57	38,16	50,67	54.855,00	57.240,00	76.005,00
Consulta odontológica	Atendimento	336	97,11	135,40	255,33	32.628,96	45.494,40	85.790,88
						662.145,96	953.087,40	1.248.719,88
3. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)								
Agencia Transfusional	Bolsa transfundidas	1.135	202,24	300,02	397,00	229.566,56	340.555,54	450.642,42
Eletrocardiograma	Exame	660	12,03	19,35	25,62	7.939,80	12.771,00	16.909,20
Endoscopia	Exame	360	238,25	314,90	798,95	85.770,00	113.364,00	287.622,00
Colonoscopia	Exame	120	139,40	246,70	322,10	16.728,00	29.604,00	38.652,00
CPRE	Exame	120	238,25	314,90	798,95	28.590,00	37.788,00	95.874,00
Fisioterapia	Sessão	15.488	14,30	22,00	48,10	221.478,60	340.736,31	744.973,48
Psicologia	Sessão	11.741	25,20	41,40	68,10	295.880,94	486.090,12	799.583,02
Foncaudiologia	Sessão	1.252	22,60	32,10	48,10	28.286,42	40.176,73	60.202,51
Odontologia	Atendimento	1.697	97,11	135,40	255,33	164.821,01	229.809,13	433.361,64
Hemodiálise	Sessão	60	217,40	326,70	604,20	13.044,00	19.602,00	36.252,00
Ultrassonografia	Exame	400	23,19	58,07	87,84	9.276,00	23.228,00	35.136,00
Ultrassonografia / Doppler	Exame	240	79,20	104,00	115,30	19.008,00	24.960,00	27.672,00
Raios X	Exame	2.000	33,80	50,83	61,62	67.600,00	101.660,00	123.240,00
Tomografia	Exame	900	33,80	50,83	61,62	30.420,00	45.747,00	55.458,00
Análises clínicas	Exame	54.396	6,00	8,50	11,90	326.376,00	462.366,83	647.316,36
Ressonância Magnética	Exame	500	332,36	347,07	354,51	166.180,00	173.535,00	177.255,00
Hemodinâmica	Sessão	126	2.336,40	2.559,60	3.014,10	294.386,40	322.509,60	379.776,60
						2.005.353,73	2.804.508,26	4.409.926,24
TOTAL S/ FIPE						18.903.237,55	21.248.273,63	27.642.658,26
FIPE SAUDE ACUM. 2020 (JAN-DEZ) EM 3,32 %						627.587,49	705.442,68	917.736,25
TOTAL C/ FIPE						19.530.825,04	21.953.716,31	28.560.394,51
OBSERVAÇÕES								
1 Índice FIPE SAUDE (fonte: (https://www.strategyconsultoria.com.br/index.php?p=indicadores.php&id=1) acessado em 06.09.2021)								

Referência Bibliográfica:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

ANEXO Nº V

SISTEMA DE REPASSE - HUGO/2022 - SUPER- 03082

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO):**

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia

a.e) Internações em leitos de UTI adulto

004454

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

1.4. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

2.1. Caso ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 426/2021** ou outra norma vigente.

2.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

2.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

3.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para os 180 (cento e oitenta) dias da vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

3.3. Do montante estimado mensalmente, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$19.758.344,68 (dezenove milhões, setecentos e cinquenta e oito mil trezentos e quarenta e quatro reais e sessenta e oito centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 1:**

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	**PORCENTAGEM (%)**
Unidade de Internação	42

004455

Unidades de Terapia intensiva	17
Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais	10
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada	5
Atendimento Ambulatorial - SADT Externo	18
Leito Dia	8
TOTAL	

3.4. Do montante estimado mensalmente, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R$2.195.371,63 (dois milhões, cento e noventa e cinco mil trezentos e setenta e um reais e sessenta e três centavos),** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000026797014).

3.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio,** podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).**

3.7. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).**

3.8. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

3.9. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

3.10. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

3.11. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.12. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

3.13. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

3.14. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

3.15. A cada período de 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.16. A cada 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas** pelo PARCEIRO PRIVADO, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

004456

3.17. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

3.18. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

3.19. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.20. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.**

3.21. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

3.22. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

3.23. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

3.24. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

4.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do* **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000026123836) e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Unidades de Internação – Clínicas **Peso 42%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Unidades de Terapia Intensiva - UTI **Peso 17%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do	70% do orçamento destinado aos

004457

	volume contratado	atendimentos
Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais **Peso 10%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada **Peso 5%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas e multiprofissionais
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas e multiprofissionais
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas e multiprofissionais
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas e multiprofissionais
SADT Externo **Peso 18%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado exames / procedimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado exames / procedimentos
Leito Dia **Peso 8%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

5.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL** ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

004458

$P_{CM}=\frac{V_A}{V_M} \times 100$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

5.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$P_{CM}= \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$

5.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Tabela 3 - Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

5.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$

5.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

004459

Tabela 4 - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
9 a 10 pontos	100%
9 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

ANEXO – VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010054419, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão emergencial e antes do início da gestão no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Av. 31 de março, s/nº, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), somente podendo remanejá-los com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

004460

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos.

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento, independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

004461

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO – VII

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010054419, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, onde funciona o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Av. 31 de março, s/nº, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

004462

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder a vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

0004463

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 16/05/2022, às 16:26, conforme art. 2°, § 2°, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3°B, I, do Decreto n° 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA**, **Secretário (a) de Estado**, em 17/05/2022, às 06:33, conforme art. 2°, § 2°, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3°B, I, do Decreto n° 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000030098399** e o código CRC **66E9E5C6**.

Referência: Processo nº 202100010054419

SEI 000030098399

004464

004465

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO

Segundo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergência Médicas.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta Capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.600/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SÉRGIO ALBERTO CUNHA VENCIO, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 1639988-1604589/SSP-GO e CPF nº 599.380.721-00, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representado por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da CI/RG nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 39/2022-SES/GO**, para o gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir delineadas, conforme processo administrativo nº 202100010054419.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO, por período de 120 (cento e vinte) dias, ou até a conclusão do chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro.

1.1.2. Alteração do Plano de Metas de Produção e Desempenho, alinhado ao perfil da unidade hospitalar, buscando otimizar a eficiência e a eficácia da produção e a qualidade do atendimento, conforme disposto no Anexo I.

1.1.3. Aporte de recursos financeiros referente ao custeio dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Área da Saúde do HUGO, conforme disposto no Anexo II.

1.1.4. Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergência Médicas, com lotação no HUGO, conforme disposto no Anexo III.

1.1.5. Repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) e Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.1. Os objetos deste instrumento estabelecidos na Cláusula Primeira estão amparados no Ofício nº 62932/2022-SES (000036477839), na manifestação da Organização Social pelo interesse na prorrogação do contrato através do Ofício nº 297/2022-I-CEM (000036561008), no Despacho nº 1571/2022-SES/GERAT (000035018163), no Despacho nº 1440/2022-SES/GAOS (000035041950), no Despacho nº 4415/2022-GAB (000035165734), no Despacho nº 2789/2022-SES/SUPER (000036383871), no Despacho nº 1900/2022-SES/GERAT (000036499157), no Despacho nº 30/2023-SES/SUPER (000036699792), no Plano de Ação para Vigilância Epidemiológica Hospitalar (000035050318), no Anexo I/2022-SES/GERAT (000035018137), Anexo II/2022-SES/SESG (000034932150), no Anexo III/2022-SES/GGDP (000034917098), Anexo IV/2022-SES/COES (000036641267) e Anexo V/2022-SES/COES (000036641272), na Requisição de Despesa nº 3/2023-SES/SUPER (000036699196), e autorização do Sr. Secretário de Estado da Saúde nela constante, e, ainda, de conformidade com o Contrato de Gestão nº 39/2022 - SES/GO (000030098399), e se fundamenta na Lei estadual nº 15.503/2005.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO (000030098399), por período de 120 (cento e vinte) dias, com início em **28 de outubro de 2022 e término em 24 de fevereiro de 2023**, ou até a conclusão do chamamento público em andamento através do Processo nº 202100010054415, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado.

3.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente ajuste se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no Contrato de Gestão, assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA QUARTA - DA ALTERAÇÃO DO PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

4.1. Fica acordado a alteração do Plano de Metas de Produção e Desempenho alinhadas ao perfil eletivo destinado ao Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, buscando otimizar a eficiência e a eficácia do desempenho, de conformidade com as especificações constantes do Anexo I/2022-SES/GERAT (000035018137) deste ajuste.

004466

CLÁUSULA QUINTA - DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE

5.1. Em cumprimento a execução dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Área da Saúde do HUGO, estabelecidos no Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO, e mantidos no 1º Termo Aditivo, será dado continuidade ao repasse mensal dos recursos financeiros vinculados a esta finalidade, no valor mensal de R$ 242.463,87 (duzentos e quarenta e dois mil, quatrocentos e sessenta e três reais e oitenta e sete centavos) para o primeiro e segundo mês, e R$ 254.301,53 (duzentos e cinquenta e quatro mil, trezentos e um reais e cinquenta e três centavos) para o terceiro e quarto mês, totalizado a importância de R$ 993.530,80 (novecentos e noventa e três mil, quinhentos e trinta reais e oitenta centavos), conforme disposto no Anexo II/2022-SES/SESG (000034932150) deste ajuste, elaborado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SES/SESG.

5.2. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

5.3. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

5.4. Ocorrendo a situação descrita no item 6.3, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO

6.1. Fica acordado o repasse mensal estimado de R$ 3.005.134,74 (três milhões, cinco mil, cento e trinta e quatro reais e setenta e quatro centavos), totalizando a importância de R$ 12.020.538,96 (doze milhões, vinte mil, quinhentos e trinta e oito reais e noventa e seis centavos), referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergência Médicas, com lotação no HUGO, conforme Anexo III/2022-SES/GGDP (000034917098).

CLÁUSULA SÉTIMA - DO REPASSE DE RECURSOS PARA O FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DOS NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR DO HUGO

7.1.Fica estabelecido o repasse de R$ 300.000,00 (trezentos mil reais), em parcela única, proveniente da Portaria nº 2.624/GM/MS (000016970284), de 28 de setembro de 2020, para custeio e execução das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) e ações de imunização e vigilância em saúde, responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme Plano de Ação apresentado pelo **PARCEIRO PRIVADO** (000035050318), que faz parte integrante deste Termo.

CLÁUSULA OITAVA - DO VALOR DO ADITIVO

8.1. O valor total do presente Termo Aditivo é estimado em R$ 86.973.097,12 (oitenta e seis milhões, novecentos e setenta e três mil, noventa e sete reais e doze centavos), incluindo repasse de recursos financeiros para o 2º Termo Aditivo, aporte de recursos para o custeio dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Área da Saúde do HUGO, aporte de recursos referente à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto CEM e repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) e Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), assim discriminados:

DETALHAMENTO	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
Aporte de recursos financeiros para o 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 39/2022-SES, para o período de 120 (cento e vinte) dias.	R$ 18.414.756,84	R$ 73.659.027,36
Aporte de recursos financeiros referente ao custeio mensal com Programas de Residência Médica e em Áreas de Saúde do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.	1º e 2° mês R$ 242.463,87 3º e 4º mês R$ 254.301,53	R$ 993.530,80
Aporte de Recursos Financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergência Médicas, com lotação no HUGO, conforme Anexo III.	R$ 3.005.134,74	R$ 12.020.538,96
Aporte de recursos para custeio e execução das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) e ações de imunização e vigilância em saúde	Parcela Única	R$ 300.000,00
TOTAL	-	**R$ 86.973.097,12**

CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**

004467

00024	30/11/2022	000035921379	R$ 24.149.087,94
00516	15/02/2022	000036407601	R$ 10.976.858,15
00028	27/12/2022	000036535922	R$ 10.976.858,15
00046	16/01/2023	000036998590	R$ 33.146.562,31
00047	16/01/2023	000036998953	R$ 457.742,75
00048	16/01/2023	000036999249	R$ 300.000,00
TOTAL			**R$ 80.007.109,30**

SEQUENCIAL: 142	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	25000100	Recursos não vinculados de impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

SEQUENCIAL: 053	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	15000100	Recursos não Vinculados de Impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

SEQUENCIAL: 045	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	15000100	Recursos não Vinculados de Impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

9.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária de que trata o item 9.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

9.3. Do valor empenhado, por ocasião dos repasses mensais, será deduzida a importância estimada referente ao custeio da folha de pagamento dos servidores públicos lotados no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

9.4. Para o exercício de 2023 as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar a respectiva nota de empenho estimativo e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária, após o início da execução do orçamento 2023.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

10.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato nº 39/2022 - SES/GO, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

11.1. O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

004468

ANEXO DO TERMO ADITIVO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ANEXO Nº I/2022 - SES/GERAT-18352

INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de Produção** que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

084469

1.7. Serão de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP;

1.7.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.11.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

· Nome do usuário.

· Nome do Hospital.

· Localização do Hospital (endereço, município, estado).

· Motivo da internação (CID-10).

· Data de admissão e data da alta.

· Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

· Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.

· O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

· Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

· Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.16. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.18. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata;

004470

1.19. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

1.20. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde;

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do HOSPITAL, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.24. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.29. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrututra de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

00471

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.34. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.35. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

· Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

· Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviçoos de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde-Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.
- Portaria de Consolidação Nº 6,de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde-Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD),Seção V.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

UB4472

- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria nº1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.37 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.38 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação;

1.39. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar semestralmente uma auditoria independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- **Nome**: Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
- **CNES**: 2338262
- **Endereço**: Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial
- **Tipo de Unidade**: Hospital Geral de esfera pública que prestará atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.
- **Gerência da Unidade**: Secretaria Estadual de Saúde
- **Funcionamento**: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. **possui 288 (duzentos e oitenta e oito) leitos gerais e 57 (cinquenta e sete) leitos complementares sendo todos leitos de UTI adulto e disponíveis ao SUS**, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01.Capacidade Atual Instalada do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação	Quantidade
UTI Adulto	57 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	60 leitos

004473

Enfermaria Adulto Neurologia	10 Leitos
Enfermaria Cirúrgica	212 leitos
Leito Carcerários	06 leitos
Leito Dia	20 Leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	12

3.2.1.2 A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, sempre com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

3.3. Perfil da Unidade

3.1. O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica (Especialidades e Neurológicas)

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas/ Eletivas

a.d) Saídas Leito Dia

a.e) Internações em leitos de UTI adulto

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. Assistência Hospitalar

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO** o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO.**

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

004474

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

n) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

p) Sangue e hemoderivados.

q) Fornecimento de enxovais hospitalares.

r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

s) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

t) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.2.5. O Hospital de Urgências de Goiânia possui Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

4.2.5.1 O suprimento de hemocomponentes a esta Agência Transfusional é realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

4.2.5.2 O serviço de hemoterapia da unidade integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

4.2.5.3 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

4.2.6 As obrigações do PARCEIRO PRIVADO quanto à agência transfusional (Serviço de Hemoterapia):

- Manter, ou providenciar a inclusão, do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);
- Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;
- Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).
- Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.
- Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.
- Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.
- Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.
- Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.
- Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).
- Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

004475

- Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.
- Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.
- Executar os procedimentos necessárias para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.
- A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.
- Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.
- Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expugo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.
- Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.
- Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.
- Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.
- Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.
- Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.
- Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.
- Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.
- A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas Comissões /Comitês.
- Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.
- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.
- Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.
- Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.
- Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.
- Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.
- Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio do Complexo Regulador Estadual.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não

004476

gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Quadro 02. Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia
Neurocirurgia
Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.4. Atendimento Ambulatorial

4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

4.4.1.1 O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as primeiras consultas de egressos devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

4.4.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição. Todas as interconsultas devem ser informadas ao Complexo Regulador Esatdual.

4.4.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

4.4.1.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

4.4.1.8. Outros serviços ambulatoriais de nível superior multiprofissionais contemplados na instituição incluem:

- Farmácia Ambulatorial,
- Psicologia,
- Consulta de Enfermagem
- Serviço Social,
- Fisioterapia,
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiologia
- Nutrição.

4.4.1.9. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.4.1.10. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadros 03 e 04, abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

004477

Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Clinica Médica
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Geriatria
Hematologia
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Pneumologia
Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 04. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Multiprofissionais da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Buco Maxilo Facial
Enfermagem (egresso)
Fisioterapia (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)
Nutrição (egresso)
Psicologia (egresso)
Serviço Social (egresso)
Terapia ocupacional (egresso)

4.4.2. Cirurgias Programadas/ Eletivas

4.4.2.1. Consideram-se as Cirurgias Programadas/ eletivas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

4.4.2.2. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias programadas/ eletivas devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 05. Especialidades Médicas para cirurgias programadas/eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas para cirurgias eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Geral
Gastroenterologia
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia
Proctologia
Urologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

004478

4.5. SADT Externo

4.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.6. Leito Dia

4.6.1. O Leito Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas, procedimentos esses devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.7. Serviços de Apoio

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.7.6. Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 2116/2021 ou outra norma vigente.

6.2. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

6.3. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

6.4. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.5. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

7. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

7.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados.

a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

7.2. PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

7.3. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

004479

8. ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

8.1.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no HUGO está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos;

8.1.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Goiás - GETRANS subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

8.1.3. A avaliação da OPO será realizada pela GETRANS e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do HUGO e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela GETRANS.

II - METAS DE PRODUÇÃO

9. REGRA GERAL

9.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados com o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário.

9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

9.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

9.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, os seguintes critérios:

9.4.1. Internações Hospitalares

a) saídas de Clinica Médica

b) saídas cirúrgicas

c) saídas cirúrgicas programadas/eletivas

d) saídas leito dia

9.4.2. Procedimentos Ambulatoriais

9.4.3. Consultas Ambulatoriais

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

9.4.4. SADT Externo

9.4.5. Hospital Dia

9.5. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

9.6. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

9.7. DETERMINANTES DA PARTE FIXA

9.7.1. Internações Hospitalares

9.7.1.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 353 saídas de Clínica, sendo 310 para Clínica Médica e 43 para saídas neurológicas, 1.089 saídas cirúrgicas, 248 saídas cirúrgicas programadas (eletivas), com variação de ± 10%, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal
Clínica Médica	310
Clínica neurológica	43
Saídas Cirúrgicas	1089
Saídas Cirúrgicas programadas (eletivas)	248

UU1480

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias; e os tempos médios de permanência (TMP).

9.7.1.2. As saídas clínicas contemplam também as saídas neurológicas (TMP de 6 dias) e outras especialidades clínicas (TMP de 5 dias).

9.7.1.3. As saídas cirúrgicas contemplam as cirurgias programadas (eletivas) e de urgência/emergência.

9.7.1.4 As saídas cirúrgicas ortopédicas para 60 leitos cirúrgicos TMP de 4,5 dias, 10 leitos cirúrgicos TMP de 7 dias e 5 leitos cirúrgicos TMP de 8 dias;

9.7.1.5 As saídas cirúrgicas gerais para 107 leitos (TMP de 4 dias);

9.7.1.6 As saídas cirúrgicas programadas foram considerados 30 leitos cirúrgicos, 60% 5 dias e 40% 2 dias.

9.7.1.7. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

9.7.1.8. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitala

9.7.2. Procedimentos Cirurgias Programadas.

9.7.2.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar um número mensal de248 cirurgias programadas encaminhadas pelo Complexo Regulador Estadual, com variação de ± 10%

Quadro 07. Metas de cirurgias programadas para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Cirurgias Programadas	Meta Mensal
Cirúrgicas Programadas eletiva	248

9.7.3. Procedimentos Ambulatoriais

9.7.3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 660 procedimentos ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até ± 10%. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

9.7.3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 08. Metas de cirurgias ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Procedimentos Ambulatoriais	Meta mensal
Cirurgias ambulatoriais ou procedimentos ambulatoriais	660

Obs.: Para o cálculo das cirurgias ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

9.7.3.3. Os procedimentos ambulatoriais são interpretadas como aquelas que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), a urologia (exemplo: ureterolitotripsia).

9.7.4. Consultas Ambulatoriais

9.7.4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de 3000 consultas médicas e 1500 consultas multiprofissionais, com variação de até ±10%.

Quadro 9. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Ambulatório	Meta mensal
Consulta médica na atenção especializada	3.000
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1.500

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento.

9.7.4.2. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais.

9.7.4.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

9.7.4.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde.

9.7.5. SADT Externo

004481

9.7.5.1. A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente, 300 eletrocardiograma, 50 endoscopia digestiva, 800 raio-x, 450 tomografia computadorizada, 100 ultrassonografia e 50 ultrassonografia /doppler, para pacientes externos, com variação de até ±10%, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

9.7.5.2. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames), eletrocardiograma, endoscopia digestiva, raio-x, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler, a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 10 Metas de exames para o SADT Externo do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Exame	mensal
eletrocardiograma	300
endoscopia digestiva	50
raio-x	800
tomografia computadorizada	450
ultrassonografia	100
ultrassonografia /doppler	50

9.7.6. Hospital Dia

9.7.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 660 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até ±10%.

9.7.6.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Quadro 11. Metas de atendimentos para o Hospital Dia do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Hospital Dia	Meta mensal
Atendimentos	660

10. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS

10.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

10.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

10.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

10.3.1. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

10.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

11.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

11.2. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

tre:

Quadro 12 -Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Taxa Média de Permanência Hospitalar	≤ 7 dias

004482

Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 30
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	≤ 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais - (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

11.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

11.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

11.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

11.2.4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

11.2.5. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

11.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

11.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

11.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

004483

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

12.2.9 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

12.2.10 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

12.2.11 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

12.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

Importante: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

ANEXO Nº II - ENSINO E PESQUISA ATUALIZADO/2022 - SES/SESG-03776

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

004484

2.14. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

2.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

2.16. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.17. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.18. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

2.19. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

2.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que está sob análise, conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento da gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

3.10.1 O valor a que se refere o item 3.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

3.10.2 **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

3.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 3.10, em razão da equidade.

3.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

3.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, no mínimo, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU.

3.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

3.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica

004485

(CNRM).

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica listado no Quadro 01 e Quadro 02, bem como o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Quadro 01. Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do HUGO Março de 2022-Fevereiro 2023

Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO	Nº de Coordenador	Nº de Supervisores	Nº Preceptores	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
Anestesiologia	1	1	6	9	0
Área Cirúrgica Básica		1	4	6	0
Cirurgia Geral		1	6	9	0
Clínica Médica		1	14	20	0
Geriatria		1	6	8	8
Neurologia		1	4	6	0
Cirurgia do Trauma		1	1	2	0
Cardiologia		1	3	4	4
Medicina Intensiva		1	6	8	2
Ortopedia e Traumatologia		1	10	15	3
Total	1	**10**	**60**	**87**	**17**

Quadro 02. Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do HUGO Março de 2023-Fevereiro 2024

Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO	Nº de Coordenador	Nº de Supervisores	Nº Preceptores	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
Anestesiologia	1	1	6	9	0
Cirurgia Geral		1	10	15	0
Clínica Médica		1	14	20	0
Geriatria		1	6	8	8
Neurologia		1	5	7	1
Cirurgia do Trauma		1	1	2	0
Cardiologia		1	3	4	4
Medicina Intensiva		1	6	9	3
Ortopedia e Traumatologia		1	10	15	3

0004486

Total	1	**10**	**61**	**89**	**19**

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores descrito no Quadros 03 e 04.

Quadro 03. Programa de Residência e em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Trauma – HUGO

Programa de Residência em Urgência e Trauma	**Coordenador**	**Tutor**		**Preceptor**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**
		Campo	**Núcleo***			

004487

Enfermagem	01	01	01	04	06	0
Farmácia			01	04	06	0
Fisioterapia			01	04	06	0
Fonoaudiologia			01	04	06	0
Nutrição			01	04	06	0
Psicologia			01	04	06	0
Serviço Social			01	04	06	0
TOTAL	**01**	**08**		**28**	**42**	**0**

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

Quadro 04. Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Uniprofissional, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HUGO

Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	**Coordenador**	**Tutor**		**Preceptor**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**
		Campo	**Núcleo**			
Odontologia	01	01	01	04	06	0
TOTAL	**01**	**02***		**04**	**06**	**0**

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

5.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, **obrigatoriamente**, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

5.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

5.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

5.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

5.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

5.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, no HUGO, 70 (setenta) bolsas são financiadas pelo MS e 17 (dezessete) bolsas pela SES-GO. No ano de 2023 serão 70 (setenta) bolsas são financiadas pelo MS e 19 (dezenove) bolsas pela SES-GO. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (Quadros 05 e 06).

Quadro 05. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO Março de 2022-Fevereiro 2023

Discriminação da despesa	**Número**	**Valor unitário (R$)**	**Valor total (R$)**
Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 3.330,43 cada + 20% INSS)*	17	4.927.31	83.764,27
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME**	71	523,04	37.135,84

UV4488

Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU**	44	523,04	23.013,76
Despesa de custeio diverso por Residente COREME***	87	730,00	63.510,00
Despesa de custeio diverso por Residente COREMU***	48	730,00	35.040,00
Total Geral		-	242.463,87

Quadro 06. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO Março de 2023-Fevereiro 2024

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R$)	Valor total (R$)
Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 3.330,43 cada + 20% INSS)*	19	4.927.31	93.618,89
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME**	72	523,04	37.658,88
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU**	44	523,04	23.013,76
Despesa de custeio diverso por Residente COREME***	89	730,00	64.970,00
Despesa de custeio diverso por Residente COREMU***	48	730,00	35.040,00
Total Geral		-	254.301,53

Observações:

** Valor baseado na Portaria Interministerial nº 09, de 13 de outubro de 2021 (Custo da Bolsa Residente da SES-GO é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde) acrescido da contribuição patronal de 20%.*

*** Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014. Valor estimado, repassado diretamente pela GGDP, tendo em vista o cálculo percentual sobre o vencimento básico do profissional.*

****As despesas de custeio diverso para o residente e para os PRAPS e PRM são para aspectos relacionados exclusivamente aos Programas de Residências, tais como: aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, assinatura de periódico, eventos científicos, impressora, computadores, Tablets, Datashow, material de uso individual para o residente não disponibilizados pela unidade hospitalar (exemplo: estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa (exemplo: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, manequins para aulas práticas) entre outros.*

6.5. Compete ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio do Departamento de Ensino e Pesquisa, vincular os residentes da unidade, primeiramente, às bolsas custeadas pelo Ministério da Saúde.

6.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se submeter aos Editais de concessão de Bolsa para os Programas de Residência (Médica e Multiprofissional) sempre que os mesmos estiverem disponíveis.

6.7. A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

6.8. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

6.9. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, inclusos no custeio mensal da unidade hospitalar.

6.10. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas no Quadro 04, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 09 de março de 2021, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

7.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada **exclusivamente** pela SESG.

7.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágios, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que está sob análise, conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

000489

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **semestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **trimestralmente**.

8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2022 - SES/GGDP-03087

Este anexo constitui parte integrante do 1º Termo Aditivo ao Contrato nº 39/2022 - SES celebrado entre o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, e entidade da sociedade civil qualificada como organização social de saúde, Instituto CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, com o objetivo de gerenciamento, operacionalização e a execução de serviços em saúde no **Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a NR-32 que versa sobre Segurança e Saúde no Trabalho em serviços de saúde e tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores, ainda, as resoluções dos conselhos profissionais.

1.2 Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

1.3 Disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

1.4 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados.

1.5 Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

1.6 Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

1.7 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

1.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

1.9 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.10 Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .

1.11 Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

1.12 Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

1.13 Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

1.14 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.15 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

1.16 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

1.17 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

004490

1.18 O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.19 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

1.21 O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.22 O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

1.23 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

1.24 Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

1.25 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

1.26 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.

1.27 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

1.28 O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

1.29 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

1.30 Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT .

1.31 Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**. (Despacho nº 137/2022 – GAB PGE).

1.32 Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 02. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).**

CARGOS	TOTAL DE SEVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	01	R$ 6.516,10
Assistente Técnico de Saúde - AS3 - 15.337	01	R$ 5.152,23
Auxiliar de Enfermagem - QT - 18.464	42	R$ 205.034,84
Auxiliar de Necropsia - QT - 18.464	01	R$ 4.860,25
Auxiliar de Radiologia - QT- 18.464	07	R$ 32.040,47
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	01	R$ 6.009,89
Cirurgião-Dentista - 18.464	13	R$ 156.623,41
Fonoaudiólogo - 18.464	01	R$ 12.067,22
Médico - 18.464	97	R$ 1.442.455,17
Odontólogo - M SAÚDE	01	R$ 2.115,11
Técnico em Enfermagem - 18.464	100	R$ 757.469,85

004491

Técnico em Imobilização Ortopédica - 18.464	03	R$ 17.270,33
Técnico em Necrópsia - 18.464	01	R$ 17.896,82
Técnico em Radiologia - 18.464	50	R$ 339.623,05
TOTAL GERAL*	**319**	**R$ 3.005.134,74**
Custo Total Mensal Estimado **	R$ **3.005.134,74** (três milhões, cinco mil, cento e trinta e quatro reais e setenta e quatro centavos)	
Fonte: RHNet Ref: Set/2022.		

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO/2023 - SES/COES-09962

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** o qual será objeto de prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO.

1.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I (v. 000035018137) da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I (v.000034919012), o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR.**

1.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.6. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente ou conforme norma disciplinada pela Secretaria de Estado da Saúde - SES-GO. Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.7. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Parceiro Privado** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Anexo I (v. 000035018137), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* de outras unidades;

c) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

004492

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema *KPIH*) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3 Para o cálculo, a Planisa forneceu percentis (ver em item 3.2) relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performace Indicators for Health* (*KPIH*), manual 2.0 atualizado em março de 2022.

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a *P25, P50 e P75* provenientes de base externa.

3.2.2. O percentil sugerido foi o *P50*, que é mais econômico que o *P75*, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

3.2.4. Ressalte-se ainda que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do *P50*, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os da realidade dos relatórios fornecidos pelo *KPIH* no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1. O critério usado para o custeio das "**Internações Hospitalares"** é o paciente-dia. O produto, que é a quantidade de pacientes-dia, foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. Para dias do mês é utilizado a média de 30,4 dias.

3.3.2. O custeio estimado para as unidades de internação foram obtidos multiplicando-se o volume de pacientes-dia pelo custo unitário da diária de acordo com o serviço de internação hospitalar.

3.3.3. Para elucidação dos quantitativos, de acordo com o projetado de capacidade instalada do Anexo I (v. 000034919012), temos:

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês	Pacientes Dia Projetado
UTI Adulto	57	90%	30,4	1.560
Enfermaria Adulto Clínico	60	85%	30,4	1.550
Enfermaria Adulto Neurologia	10	85%	30,4	258
Enfermaria Cirúrgica	212	85%	30,4	5.478
Leitos Carcerários	6	85%	30,4	155

3.3.4. O custeio das ***cirurgias***

3.3.5 O custeio das ***cirurgias*** foi estimado multiplicando as saídas cirúrgicas (248 saídas eletivas e 1.089 saídas cirúrgicas gerais, totalizando 1.337 saídas) pelo número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas, utilizando a média de 2,0h e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica.

Serviço	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgias gerais	496 horas
Cirurgias programadas	2.178 horas

3.3.6. O custeio dos **"Atendimento Ambulatorial"** para a parte de consultas, foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário.

3.3.7. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**.

Serviço	Nº de consultas médicas projetadas/mês
Consulta médica	3.000
Consulta não médica	1.500

3.3.8. Para o quantitativo de **Hospital-dia**, o critério para precificação foram os procedimentos ambulatoriais. O quantitativo de procedimentos foi multiplicado pelo custo unitário.

Serviço	Leitos	Procedimentos
Hospital dia	20	660

3.3.9. O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)"** foi obtido multiplicando o quantitativo estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário.

3.3.10. O quantitativo de cada item foi obtido considerando a demanda de SADT Externo projetada no ANEXO I (v. 000035018137) somada a média de SADT Interno de cada serviço obtido através da plataforma KPIH do período de janeiro a agosto de 2022, com relatório de produção emitido em 14 de outubro de 2022. Pontuamos que dentro da média total do KPIH foram excluídos os SADT Externos para o quantitativo de média dos SADT Internos.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Agência transfusional	772
Anatomia patológica	140
Análises clínicas	50.826
Broncoscopia	15
Colonoscopia	39
Ecocardiograma	209
Ecodoppler	18
Eletrocardiograma	536
Eletroencefalograma	20
Endoscopia digestiva	161
Hemodiálise	170
Raio-x	5.155
Ressonância magnética	49
Tomografia computadorizada	4.380
Ultrassonografia	164
Ultrassonografia Doppler	66
Psicologia	3.408
Terapia Ocupacional	30
Fisioterapia	6.763
Fonoaudiologia	1.435
Odontologia	135

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** é de **R$18.414.756,84 (dezoito milhões, quatrocentos e quatorze mil setecentos e cinquenta e seis reais e oitenta e quatro centavos)**, no percentil 50.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO								
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	P25	P50	P75	CUSTO P25	CUSTO P50	CUSTO P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1. UTI Adulto	Paciente-dia	1560	1.978,73	2.275,14	2.995,17	3.086.818,80	3.549.218,40	4.672.465,20
1.2. UI Clínica Adulto	Paciente-dia	1550	665,71	794,18	876,74	1.031.850,50	1.230.979,00	1.358.947,00
1.3. UI Clínica Neurologia	Paciente-dia	258	665,71	794,18	876,74	171.753,18	204.898,44	226.198,92
1.4. UI Cirúrgica Eletiva	Paciente-dia	775	609,35	682,60	927,69	472.246,25	529.015,00	718.959,75
1.5. UI Cirúrgica	Paciente-dia	4703	609,35	682,60	927,69	2.865.773,05	3.210.267,80	4.362.926,07
1.6. UI Carcerária	Paciente-dia	155	665,71	794,18	876,74	103.185,05	123.097,90	135.894,70
						7.731.626,83	**8.847.476,54**	**11.475.391,64**
1.2. PRONTO SOCORRO								
1.2.1. Pronto Socorro	Atendimento	2.404	279,20	296,90	309,10	**671.196,80**	**713.747,60**	**743.076,40**
2. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)								
2.1. Cirurgias eletivas	Hora Cirúrgica	496	1.780,20	2.042,90	2679,00	882.979,20	1.013.278,40	1.328.784,00
2.2. Cirurgias de urgência	Hora Cirúrgica	2.178	1.780,20	2042,90	2679,00	3.877.275,60	4.449.436,20	5.834.862,00
						4.760.254,80	**5.462.714,60**	**7.163.646,00**
3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL								
3.1. Consulta médica	Consulta	3.000	110,30	139,50	224,70	330.900,00	418.500,00	674.100,00
3.2. Consulta multiprofissional	Consulta	1.500	37,90	79,50	110,00	56.850,00	119.250,00	165.000,00
3.3. Hospital-dia	Procedimentos ambulatoriai	660	501,80	833,60	850,80	331.188,00	550.176,00	561.528,00
						718.938,00	**1.087.926,00**	**1.400.628,00**
4. SERVIÇOS DE SADT - (c/HM e c/ Mat/Med)								
4.1. Agência Transfusional	Bolsa transfundida	772	196,90	279,30	333,40	152.006,80	215.619,60	257.384,80
4.2. Anatomia patológica	Exame	140	34,80	72,80	125,40	4.872,00	10.192,00	17.556,00
4.3. Análises Clínicas	Exame	50.826	6,30	8,10	8,80	320.203,80	411.690,60	447.268,80
4.4. Broncoscopia	Exame	15	487,20	630,80	1001,30	7.308,00	9.462,00	15.019,50
4.5. Colonoscopia	Exame	39	487,20	630,80	1001,30	19.000,80	24.601,20	39.050,70
4.6. Ecocardiograma	Exame	209	108,20	139,80	237,60	22.613,80	29.218,20	49.658,40
4.7. Ecodoppler	Exame	18	312,70	455,60	647,30	5.628,60	8.200,80	11.651,40
4.8. Eletrocardiograma	Exame	536	16,90	28,90	45,50	9.058,40	15.490,40	24.388,00
4.9. Eletroencefalograma	Exame	20	136,70	184,80	212,80	2.734,00	3.696,00	4.256,00
4.10. Endoscopia digestiva	Exame	161	487,20	630,80	1001,30	78.439,20	101.558,80	161.209,30
4.11. Hemodiálise	Sessão	170	331,90	543,40	1178,80	56.423,00	92.378,00	200.396,00
4.12. Raio-x	Exame	5.155	43,10	57,10	71,40	222.180,50	294.350,50	368.067,00
4.13. Ressonância Magnética	Exame	49	384,00	407,40	534,50	18.816,00	19.962,60	26.190,50
4.14. Tomografia computadorizada	Exame	4.380	99,50	121,60	196,30	435.810,00	532.608,00	859.794,00
4.15. Ultrassonografia	Exame	164	73,40	81,90	103,70	12.037,60	13.431,60	17.006,80
4.16. Ultrassonografia doppler	Exame	66	312,70	455,60	647,30	20.638,20	30.069,60	42.721,80
4.17. Psicologia	Sessão	3.408	60,60	65,30	76,90	206.524,80	222.542,40	262.075,20
4.18. Terapia Ocupacional	Sessão	30	41,60	48,30	57,20	1.248,00	1.449,00	1.716,00
4.19. Fisioterapia	Sessão	6.763	22,60	29,10	33,70	152.843,80	196.803,30	227.913,10
4.20. Fonoaudiologia	Sessão	1.435	29,60	41,00	54,10	42.476,00	58.835,00	77.633,50
4.21. Odontologia	Atendimento	135	37,90	79,50	110,00	5.116,50	10.732,50	14.850,00
						1.795.979,80	**2.302.892,10**	**3.125.806,80**
						15.677.996,23	18.414.756,84	23.908.548,84

ANEXO Nº V - SISTEMA DE REPASSE/2023 - SES/COES-09962

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I (v. 000035018137), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica (Especialidades e Neurológicas)

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas/ Eletivas

a.d) Saídas Leito Dia

a.e) Internações em leitos de UTI adulto

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

1.4. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

0004493

2.1. Caso ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 2116/2021** ou outra norma vigente.

2.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

2.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I (v. 000035018137), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, de acordo com o anexo IV (v.000034920193), o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$18.414.756,84 (dezoito milhões, quatrocentos e quatorze mil setecentos e cinquenta e seis reais e oitenta e quatro centavos)**, no percentil 50.

3.2. Do montante estimado mensalmente, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$16.573.281,16 (dezesseis milhões, quinhentos e setenta e três mil duzentos e oitenta e um reais e dezesseis centavos)** por mês, distribuído percentualmente de acordo com a **METAS DE PRODUÇÃO** estabelecidas no Anexo I (v. 000035018137), nos termos indicados na seguinte **TABELA 1:**

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		**PORCENTAGEM (%)**
Internação	Clínica Médica	6,68%
	Clínica Neurológica	1,11%
	Clínica Cirúrgica	17,43%
	Clínica Cirúrgica Eletivas	2,87%
Cirurgias	Cirurgias Programadas/Eletivas	5,50%
Atendimento Ambulatorial	Procedimentos ambulatoriais/Leito-dia	2,98%
	Consultas médicas	2,27%
	Consultas multiprofissionais	0,64%
SADT Externo	Eletrocardiograma	0,04%
	Endoscopia Digestiva	0,17%
	Raio-x	0,24%
	Tomografia Computadorizada	0,29%
	Ultrassonografia	0,04%
	Ultrassonografia Doppler	0,12%

3.3. Do montante estimado mensalmente, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R$1.841.475,68 (um milhão, oitocentos e quarenta e um mil quatrocentos e setenta e cinco reais e sessenta e oito centavos),** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

000494

3.4. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000034920193).

3.5. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime quadrimestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio,** podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**

3.6. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social de Saúde **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).**

3.7. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

3.8. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

3.9. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

3.10. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.11. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

3.12. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

3.13. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

3.14. A cada período de 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.15. A cada 06 (seis) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas** pelo PARCEIRO PRIVADO, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

3.16. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

3.17. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

3.18. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.19. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.**

3.20. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

3.21. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do PARCEIRO PRIVADO, seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

3.22. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

3.23. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

4.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I -*Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do* **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000035018137) e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as internações

004495

	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Programadas	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento Ambulatorial	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado as consultas
SADT Externo	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

5.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL** ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM}=\frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

5.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM}= \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

5.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Tabela III - Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

5.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

5.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

084496

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

Tabela IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	90%
8 a 8,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 14/02/2023, às 17:29, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SERGIO ALBERTO CUNHA VENCIO**, **Secretário (a) de Estado**, em 16/02/2023, às 14:22, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000037864603** e o código CRC **E28D9775**.

Referência: Processo nº 202100010054419 SEI 000037864603

004497

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO

Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta Capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.600/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SÉRGIO ALBERTO CUNHA VENCIO, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 1639988-1604589/SSP-GO e CPF nº 599.380.721-00, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representado por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da CI/RG nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 39/2022-SES/GO**, para o gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir delineadas, conforme processo administrativo nº 202100010054419.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO, por período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em 25 de fevereiro de 2023 e término em 23 de agosto de 2023, ou até a conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro.

1.1.2. Manutenção do Plano de Metas de Produção e Desempenho, conforme disposto no Anexo I.

1.1.3. Aporte de recursos financeiros referente ao custeio dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Área da Saúde do HUGO, conforme disposto no Anexo II.

1.1.4. Aporte de recursos financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, com lotação no HUGO, conforme disposto no Anexo III.

1.1.5. Repasse de recursos financeiros, a título de custeio, nos mesmos moldes estabelecidos no 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.1. Os objetos deste instrumento estabelecidos na Cláusula Primeira estão amparados na manifestação da Organização Social pelo interesse na prorrogação do contrato através do Ofício nº 081/2023 - INSTITUTO CEM (46003747), no Despacho nº 619/2023-SES/SUPER (45830394), no Despacho nº 1570/2023/GAB (45846077), no Anexo I/2023-SES/SUPER, Anexo II/2023-SES/CRES, Anexo III/2023-SES/GGDP, Anexo IV/2023-SES/GAOS e Anexo V/2023-SES/GAOS (45786806), na Requisição de Despesa nº 20/2023-SES/SUPER (45804636), e autorização do Sr. Secretário de Estado da Saúde nela constante, e, ainda, de conformidade com o Contrato de Gestão nº 39/2022 - SES/GO (000030098399), e se fundamenta na Lei estadual nº 15.503/2005.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO (000030098399), por período de 180 (cento e oitenta) dias, com início em **25 de fevereiro de 2023 e término em 23 de agosto de 2023**, ou até a conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado.

3.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente ajuste se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no Contrato de Gestão, assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA QUARTA - DA MANUTENÇÃO DO PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

4.1. Fica acordado a manutençao do Plano de Metas de Produção e Desempenho alinhadas ao perfil eletivo destinado ao Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, buscando otimizar a eficiência e a eficácia do desempenho, de conformidade com as especificações constantes do Anexo I/2023-SES/SUPER (45786806) deste ajuste.

CLÁUSULA QUINTA - DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE

5.1. Em cumprimento a execução dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Área da Saúde do HUGO, estabelecidos no Contrato de Gestão nº 39/2022-SES/GO, mantidos no 1º e 2º Termo Aditivo, será dado continuidade ao repasse mensal dos recursos financeiros vinculados a esta

0047/98

finalidade, no valor mensal de R$ 254.301,53 (duzentos e cinquenta e quatro mil, trezentos e um reais e cinquenta e três centavos), totalizado a importância de R$ 1.525.809,18 (um milhão, quinhentos e vinte e cinco mil, oitocentos e nove reais e dezoito centavos), conforme disposto no Anexo II/2023-SES/CRES (45786806) deste ajuste, elaborado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SES/SESG.

5.2. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

5.3. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

5.4. Ocorrendo a situação descrita no item 5.3, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO

6.1. Fica acordado o repasse mensal estimado de R$ 2.442.622,74 (dois milhões, quatrocentos e quarenta e dois mil, seiscentos e vinte e dois reais e setenta e quatro centavos), totalizando a importância de R$ 14.655.736,44 (quatorze milhões, seiscentos e cinquenta e cinco mil, setecentos e trinta e seis reais e quarenta e quatro centavos), referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, com lotação no HUGO, conforme Anexo III/2022-SES/GGDP (45786806).

CLÁUSULA SÉTIMA - DO REPASSE DE RECURSOS PARA CUSTEIO DA UNIDADE

7.1. Fica estabelecido o repasse mensal de R$ 18.608.547,38 (dezoito milhões, seiscentos e oito mil, quinhentos e quarenta e sete reais e trinta e oito centavos), totalizando a importância de R$ 111.651.284,31 (cento e onze milhões, seiscentos e cinquenta e um mil, duzentos e oitenta e quatro reais e trinta e um centavos), para o custeio da unidade hospitalar durante o período de vigência do 3º Termo Administrativo.

CLÁUSULA OITAVA - DO VALOR DO ADITIVO

8.1. O valor total do presente Termo Aditivo é estimado em R$ 127.832.829,93 (cento e vinte e sete milhões, oitocentos e trinta e dois mil, oitocentos e vinte e nove reais e noventa e três centavos), incluindo repasse de recursos financeiros para o 3º Termo Aditivo, aporte de recursos para o custeio dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Área da Saúde do HUGO e aporte de recursos referente à folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto CEM com lotação no HUGO, assim discriminados:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
Aporte de recursos financeiros para o 3º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 39/2022-SES, para o período de 180 (cento e oitenta) dias.	180 DIAS	R$ 18.608.547,38	R$ 111.651.284,31
Aporte de recursos financeiros referente ao custeio mensal com Programas de Residência Médica e em Áreas de Saúde do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.	180 DIAS	R$ 254.301,53	R$ 1.525.809,18
Aporte de Recursos Financeiros referente a folha de pagamento dos servidores cedidos ao Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, com lotação no HUGO, conforme Anexo III.	180 DIAS	R$ 2.442.622,74	R$ 14.655.736,44
TOTAL	-	-	**R$ 127.832.829,93**

CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**
00071	17/03/2023	45849605	R$ 111.651.284,31
00072	17/03/2023	45849620	R$ 1.525.809,18
TOTAL			**R$ 113.177.093,49**

002499

SEQUENCIAL: 098	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	15000100	Recursos não Vinculados de Impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

9.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária de que trata o item 9.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

9.3. Do valor empenhado, por ocasião dos repasses mensais, será deduzida a importância estimada referente ao custeio da folha de pagamento dos servidores públicos lotados no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

9.4. Para o exercício de 2023 as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar a respectiva nota de empenho estimativo e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária, após o início da execução do orçamento 2023.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

10.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato nº 39/2022 - SES/GO, e seus aditivos, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

11.1. O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

ANEXO DO TERMO ADITIVO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ANEXO Nº I-V/2023 - SES/SUPER-03082

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: (I) Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços, que normatizam a execução contratual na área da saúde; (II) Metas de produção, que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; (III) Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas/Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV – Estimativa de Custeio e V – Sistema de Repasse, pela Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão/Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

ANEXO Nº I

INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de Produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.2.1. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados processados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS;

1.3. Atualizar, periodicamente ou sempre que necessário, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.4. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução d médico hospitalista (diarista);

1.5. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.6. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.6.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.7. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando, inclusive as Resoluções e Instruções vigentes do Conselho Federal de Medicina;

1.7.1. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

1.7.2. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

1.8. Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;

1.8.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes serão cobrados regressivamente do PARCEIRO PRIVADO por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.8.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

0045011

1.8.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.9. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.10. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.11. Consolidar a imagem do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

· Nome do usuário;

· Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

· Localização do Hospital (endereço, município, estado);

· Motivo da internação (CID-10);

· Data de admissão e data da alta;

· Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

· Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

· O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";

· Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

· Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei;

1.15. Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário;

1.16. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.17. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria do SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.18. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias;

1.19. Implantar ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

1.19.1 Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação;

1.20. Realizar, mensalmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia e/ou modelo a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SES-GO;

1.20.1. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada;

1.21. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

004502

1.22. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.23. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.24. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.25. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

1.26. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação – NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação da SES-GO, Portaria n° 1619/2020 SES-GO e Portaria n° 1559/2022, que institui a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

1.27.1. O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento;

1.27.2. O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

1.27.3. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria n° 1619/2020 - SES e da Nota Técnica n° 01/2022 - SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

1.27.4. O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Gerência de Regulação de Internações/SCRS/SES-GO, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais;

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

b) Comissão de Verificação de Óbitos;

c) Comissão de Ética Médica;

d) Comissão de Ética em Enfermagem;

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

f) Comissão de Residência Médica (COREME);

g) Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);

h) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

i) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

j) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

k) Comissão de Proteção Radiológica;

l) Comissão de Biossegurança;

m) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

n) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

o) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

p) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

q) Comitê Transfusional;

r) Comitê de Compliance;

s) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;

t) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

u) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

v) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT);

1.28.1. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o PARCEIRO PRIVADO terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

1.28.2. Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo PARCEIRO PÚBLICO, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

1.29. Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças agravos e eventos de notificação compulsória (DAE) no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos declarados, óbitos infantis e fetais, óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida, conforme Portaria SES-GO nº 921/2021 e Portarias GM/MS nº 1963/2021 e 1964/2021. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:

1.29.1 Contar com equipe técnica específica composta por:

a. Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 Técnico de enfermagem e 01 Técnico administrativo;

b. Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior , sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 Técnico de enfermagem e 01 Técnico administrativo; e

004503

c. Unidades com mais de 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 Técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo;

1.29.2 Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);

1.29.3. Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;

1.29.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados (Vigilância municipal e estadual);

1.29.5. Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;

1.29.6 Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;

1.29.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pela Sub Coordenação Estadual dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);

1.29.8. Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go;

1.2.9. Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual;

1.30. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.30.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área;

1.31. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar "on line" e na plataforma SIGUS da SES-GO, o Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

1.32. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar e manter durante a vigência deste contrato, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria N°3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução-Re N°09, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;

1.33. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC nº 509/2021, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.34. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.35. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.36. Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

1.37. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

1.38. Implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.39. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

a) Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de múltiplos órgãos;

b) Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos;

1.40. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

004504

b) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

c) Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;

d) Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

e) Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal n° 12.52, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

f) Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

g) Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf;

h) Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017;

i) Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

j) Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH);

k) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS);

l) Portaria n° 342/2022 - SES-GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema de Gestão de Unidades de Saúde e suas alterações posteriores;

m) Portaria GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

n) Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);

o) Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);

p) Portaria nº 921/2021 - SES, de 01 de junho de 2021, Institui a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH) na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e dá outras orientações.

q) Portaria nº 1.619/2020 - SES-GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências;

r) Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS;

s) Portaria 1.046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

t) Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V;

u) Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;

v) Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

w) Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

x) Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);

y) Portaria MS n° 158, de 04 de fevereiro de 2016, redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos;

z) Portaria MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

Portaria n° 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS);

a.1) Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

b.1) Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);

c.1) Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008, regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos;

d.1) Portaria MS nº 1559/2008, de 01 de agosto de 2008, Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;

e.1) Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO);

f.1) Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia;

g.1) Portaria SVS/MS nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

h.1) RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

i.1) RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

j.1) RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

0074585

k.1) RDC ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;

l.1) RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

m.1) RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

n.1) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

o.1) Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

p.1) Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

q.1) Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;

1.40.1 Atender toda a legislação e normativas vigentes, e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo;

1.41. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO quanto ao assunto;

1.42. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019;

1.43. Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

1.43.1. Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

1.43.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe;

1.43.3. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019;

1.43.4. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, conforme definido na Portaria 1046 de Dezembro/2019;

1.43.5. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

1.43.6. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

1.43.7. O SGH (por meio do PEP) do PARCEIRO PRIVADO deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Não há a necessidade de integrar o sistema PACS/RIS do PARCEIRO PRIVADO diretamente com o SGH (PEP). Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

1.43.8. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

1.43.9. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos ambulatoriais, urgência e emergência e internação;

1.43.10. Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades;

1.44. Quanto ao serviço de hemoterapia (Agência Transfusional – AT HUGO):

1.44.1. Manter a Agência Transfusional em pleno funcionamento;

1.44.2. Manter, ou providenciar a inclusão, do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.44.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

1.44.4. Executar as ações de armazenamento, transporte e distribuição de hemocomponentes, testes laboratoriais imunohematológicos dos receptores de hemocomponentes, testes de controle de qualidade, transfusão, validação de equipamentos e de processos críticos, além das demais ações inerentes e afins, estabelecidos na legislação vigente e boas práticas, para garantir a oferta de sangue e hemocomponentes com qualidade, assegurando a assistência hemoterápica;

1.44.5. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

004506

1.44.6. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.44.7. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.44.8. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

1.44.9. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.44.10. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.44.11. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES-GO, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica. Apresentar à Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS o programa de capacitação e atender às recomendações e/ou determinações de alteração definidas por esta Coordenação;

1.44.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.44.13. Adequar qualitativa e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade, conforme definido pela SES-GO, de forma a atender a 100% das necessidades;

1.44.14. Executar os procedimentos necessárias para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.

1.44.15. Quando necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais;

1.44.16. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias hereditárias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.44.17. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao ciclo do sangue (cadastro de doadores, triagens, coleta de sangue, armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, distribuição, transfusão, expurgo, reações transfusionais etc). O Sistema de informática deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a AT HUGO, o Sistema de Prontuário Eletrônico e a SES-GO, além do compartilhamento de informações com o HEMOGO relativas aos doadores, processos de hemovigilância/retrovigilância quando necessário. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados. Todas as informações em meio físico e/ou eletrônico (banco de dados) relativas ao ciclo do sangue e assistência hemoterápica são de propriedade do PARCEIRO PÚBLICO, devendo ser integral e imediatamente disponibilizadas sempre que solicitadas e, inclusive, quando do término da vigência do Contrato de Gestão;

1.44.18. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade;

1.44.19. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis;

1.44.20. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional;

1.44.21. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes;

1.44.22. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.44.23. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.44.24. A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada nas Comissões /Comitês.

1.44.25. Manter sempre atualizado os respectivos registros dos procedimentos, prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.44.26. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.44.27. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.44.28. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.44.29. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

1.44.30. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do Hemocentro Coordenador (HEMOGO) e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

1.44.31. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.44.32 Deverá durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários da AT, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto e limpeza, da unidade;

004507

1.44.33. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional;

1.44.34. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH);

1.44.35. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado;

1.44.36. Deverá manter um serviço de captação de doadores voluntários encaminhando-os ao Hemocentro Coordenador (HEMOGO);

1.44.37. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.44.38. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.44.39. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Gerência de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, comunicar também à Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS;

1.45. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA e conforme as diretrizes do SUS;

1.46. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.47. Assegurar o cumprimento e atendimento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

1.48. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO;

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, conforme orientação e determinação da SES-GO;

2.3.1 No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o PARCEIRO PRIVADO deve solicitar as transferências externas por meio do Complexo Regulador Estadual, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida; atentando-se para eventuais mensagens/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES;

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados por meio de sistemas de informação de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações da Regulação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora;

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- Nome: Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
- CNES: 2338262
- Endereço: Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial
- Tipo de Unidade: Hospital Geral de esfera pública que prestará atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.
- Gerência da Unidade: Secretaria Estadual de Saúde
- Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. possui leitos gerais e leitos complementares de UTI adulto disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01.Capacidade Atual Instalada do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação	Quantidade

004508

UTI Adulto	57 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	60 leitos
Enfermaria Adulto Neurologia	10 Leitos
Enfermaria Cirúrgica	212 leitos
Leito Carcerários	06 leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	12
Consultórios	10

3.2.1.2 A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo PARCEIRO PRIVADO, sempre com anuência prévia do PARCEIRO PÚBLICO, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica (Especialidades e Neurológicas)

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas/ Eletivas

a.d) Internações em leitos de UTI adulto

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo:corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, encaminhado previamente pelo Complexo Regulador Estadual, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar;

4.2. Assistência Hospitalar

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

4.2.3.1 Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida;

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

0004509

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

n) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

p) Sangue e hemoderivados.

q) Fornecimento de enxovais hospitalares.

r) Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;

s) A realização das cirurgias, devendo o PARCEIRO PRIVADO evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;

t) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h;

u) Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância;

4.2.5. A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização;

4.2.6. O Hospital de Urgências de Goiânia possui Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

4.2.6.1 O suprimento de hemocomponentes a esta Agência Transfusional é realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

4.2.6.2 O serviço de hemoterapia da unidade integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio do Complexo Regulador Estadual.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Quadro 02. Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia Geral

Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia
Neurocirurgia
Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.4. Atendimento Ambulatorial

4.4.1. Consultas Especializadas

4.4.1.1. O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

4.4.1.2. O PARCEIRO PRIVADO apresentará e ofertará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

4.4.1.3. As consultas ambulatoriais compreendem:

a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b. Interconsulta;

c. Consultas subsequentes (retornos);

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

4.4.1.5. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;

4.4.1.6. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de egresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

4.4.1.7. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

4.4.1.8. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

4.4.1.8.1. É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas;

4.3.1.9 As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configurarão consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;

4.4.1.9.1. Constitui exceção ao disciplinado no caput deste subitem, as consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

a) análise dos dados contidos no prontuário;

b) entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;

c) diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);

d) resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;

e) definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades f) identificadas mediante comprovação; e

g) registro, que é a legitimação das ações deste profissional;

4.4.1.10. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas no quadro abaixo:

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

004511

Clínica Médica
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Geriatria
Hematologia
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Pneumologia
Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 04. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Multiprofissionais da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Buco Maxilo Facial
Enfermagem (egresso)
Fisioterapia (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)
Nutrição (egresso)
Psicologia (egresso)
Serviço Social (egresso)
Terapia ocupacional (egresso)

4.5. Cirurgias Eletivas

4.5.1. Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

4.5.2. Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

4.5.2.1. Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;

- Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);
- Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;
- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO);

4.5.2.2 Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;

004512

- Instrumento de registro: APAC;

- Autorização para execução: via REGNET;

- Apresentação de produção para prestação de contas: via REGNET;

4.5.2.3 Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória.

- Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via REGNET;

- Apresentação de produção para prestação de contas: via REGNET;

4.5.2.3.1.As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 2 a 3 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;

- Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 3 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e

- Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 3 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo;

4.5.2.4. As cirurgias eletivas não envolvem pacientes que estejam em internação hospitalar prévia à realização do procedimento cirúrgico;

4.5.2.5. Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial regulada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

4.5.2.6. Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

4.5.2.7. Em situação excepcional será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência. Tratam-se dos pacientes que necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;

4.5.2.8. A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás;

Quadro 05. Especialidades Médicas para cirurgias programadas/eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas para cirurgias eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Geral
Gastroenterologia
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia
Proctologia
Urologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.6. SADT Externo

4.6.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual;

4.6.2. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT;

4.6.3. Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada;

4.7. Serviços de Apoio

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma

00015 T3

alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.7.6. Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o PARCEIRO PRIVADO e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O PARCEIRO PRIVADO poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES-GO, Portaria nº 2116/2021 e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;

6.2 O requerimento de investimento trata-se de uma possibilidade, sendo faculdade da Administração Pública autorizar ou não, conforme critérios de oportunidade, conveniência, a depender de dotação orçamentária, devendo atender a supremacia do interesse público;

6.3. Para todo e qualquer projeto, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES-GO, para validação e autorização quanto à execução pelo PARCEIRO PRIVADO;

6.4. Após aprovação do projeto pela SES-GO, serão repassados para o PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários;

6.4.1 A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do PARCEIRO PÚBLICO;

6.5. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse;

6.6. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o PARCEIRO PÚBLICO revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo PARCEIRO PRIVADO;

6.7. O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado;

7. DA COMUNICAÇÃO

7.1 Considerando a necessidade de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde com o público externo, e com a imprensa em geral como intermediária dos meios de informação e divulgação; e ainda, internamente, com os públicos afetos à sua atividade de saúde pública, a SES-GO adota um padrão e linguagem uniforme para suas práticas de Comunicação, seja visual, em mídias sociais e outras;

7.2 O PARCEIRO PRIVADO deverá, pois, manter contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, releases, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral;

7.3 Caberá à Comunicação Setorial orientar e validar as informações externas conforme manuais e instruções;

7.4 É responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, na execução dos contratos, sob orientação da Comunicação Setorial, proceder a ações que zelem pela imagem da instituição SES, cuidando de expressar e se referir às unidades como "rede própria da Secretaria de Estado da Saúde" ou "unidade do Governo de Goiás" em quaisquer emissão de mensagem em meio escrito, gravado ou em áudio; bem como inserir as logomarcas SUS, SES, Governo de Goiás, nos documentos e vídeos, obrigatoriamente, seja para divulgação interna ou externa;

7.5 O planejamento de comunicação da unidade de saúde e sua assessoria de imprensa local, deve estar sob a supervisão orientativa da Comunicação Setorial da SES para efeito de uniformidade dos materiais produzidos; sendo que a comunicação corporativa não deve ter prioridade sobre a institucional e deve caminhar em acordo com esta última.

7.5.1 As logomarcas dos PARCEIROS PRIVADOS podem constar em documentos internos mas, jamais, em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, salvo em mídia específica sobre o PARCEIRO PRIVADO;

7.5.2. É dever do PARCEIRO PRIVADO proceder à revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros semelhantes adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais;

7.6 É responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO promover, divulgar e documentar ações de interesse da unidade, junto à imprensa em geral, e outros públicos de interesse, porém compartilhando toda e qualquer mídia produzida/gravada pela unidade, via DVD, juntamente com a prestação de contas, a ser fornecido para efeito de documentação, memória e história;

7.7 É dever do PARCEIRO PRIVADO proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares lançando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e quaisquer outros enunciados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;

7.8 As contas das redes sociais quando se referirem às unidades SES são de propriedade do Governo de Goiás e submetidas à orientação da Secom/Comset, mas administradas para efeito de alimentação e conteúdo pelas assessorias locais do PARCEIRO PRIVADO, por meio de acesso cedido, as quais devem manter profissionais aptos a esse tráfego;

8. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

004514

8.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a. Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

b. Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

c. Relatório de Custos, em regime mensal;

d. Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro;

8.2. O PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO;

8.3. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação;

8.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o autorizador de despesa da entidade;

9. ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

9.1.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no HUGO está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos;

9.1.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Goiás - GETRANS subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

9.1.3. A avaliação da OPO será realizada pela GETRANS e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do HUGO e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela GETRANS.

II - METAS DE PRODUÇÃO

10. REGRA GERAL

10.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados com o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário.

10.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

10.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

10.4. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

10.5. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, os seguintes critérios:

10.5.1. Internações Hospitalares

a) saídas de Clinica Médica

b) saídas cirúrgicas

c) saídas cirúrgicas programadas/eletivas

10.5.2. Procedimentos Ambulatoriais

10.5.3. Consultas Ambulatoriais

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

10.5.4. SADT Externo

10.6. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O PARCEIRO PRIVADO deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

10.7. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá informar mensalmente a produção realizada.

10.8. DETERMINANTES DA PARTE FIXA

10.8.1. Internações Hospitalares

10.8.1.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 353 saídas de Clínica, sendo 310 para Clínica Médica e 43 para saídas neurológicas, 1.089 saídas cirúrgicas, 248 saídas cirúrgicas programadas (eletivas) de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal
Clínica Médica	310

004515

Clínica neurológica	43
Saídas Cirúrgicas	1089
Saídas Cirúrgicas eletivas	248

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias; e os tempos médios de permanência (TMP).

10.8.1.2. As saídas clínicas contemplam também as saídas neurológicas (TMP de 6 dias) e outras especialidades clínicas (TMP de 5 dias).

10.8.1.3. As saídas cirúrgicas contemplam as cirurgias programadas (eletivas) e de urgência/emergência.

10.8.1.4 As saídas cirúrgicas ortopédicas para 60 leitos cirúrgicos TMP de 4,5 dias, 10 leitos cirúrgicos TMP de 7 dias e 5 leitos cirúrgicos TMP de 8 dias;

10.8.1.5 As saídas cirúrgicas gerais para 107 leitos (TMP de 4 dias);

10.8.1.6 As saídas cirúrgicas eletivas foram considerados 30 leitos cirúrgicos, sendo 60% com TMP de 5 dias e 40% com TMP de 2 dias.

10.8.1.7. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

10.8.1.8. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

10.8.2. Procedimentos Cirurgias Programadas.

10.8.2.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar um número mensal de 248 cirurgias eletivas encaminhadas pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 07. Metas de cirurgias eletivas para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Cirurgias Eletivas	Meta Mensal
Cirurgias eletiva	248

10.8.2.2. Para cálculo das cirurgias eletivas foram considerados 30 leitos cirúrgicos, sendo 60% com TMP de 5 dias e 40% com TMP de 2 dias.

10.8.2.2.1. Para avaliação das metas será observada a oferta do serviço para o Complexo Regulador Estadual e a efetiva execução dos procedimentos cirúrgicos por meio de relatórios emitidos pelo Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas;

10.8.3. Procedimentos Ambulatoriais

10.8.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá realizar 660 procedimentos ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

10.8.3.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 08. Metas de cirurgias ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Procedimentos Ambulatoriais	**Meta mensal**
Cirurgias ambulatoriais ou procedimentos ambulatoriais	660

Obs.: Para o cálculo das cirurgias ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

10.8.3.3. Os procedimentos ambulatoriais são interpretadas como aquelas que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), a urologia (exemplo: ureterolitotripsia).

10.8.4. Consultas Ambulatoriais

10.8.4.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas e consultas multiprofissionais;

10.8.4.2. A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida no item a seguir;

10.8.4.3. O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las, de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo:

Quadro 9. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Ambulatório	**Meta mensal**
Consulta médica na atenção especializada	3.000
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1.500

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento.

10.8.4.4. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

a) 40% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) 10% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas a realização de Interconsulta;

c) 50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de Consultas subsequentes (retornos);

10.8.4.5. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais;

10.8.4.6. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente;

10.8.4.7. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde;

10.8.4.7.1. O PARCEIRO PÚBLICO poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria;

10.8.5. SADT Externo

10.8.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames), eletrocardiograma, endoscopia digestiva, raio-x, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler, para pacientes externos, isto é, que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo complexo regulador estadual, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Quadro 10 Metas de exames para o SADT Externo do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Exame	mensal
eletrocardiograma	300
endoscopia digestiva	50
raio-x	800
tomografia computadorizada	450
ultrassonografia	100
ultrassonografia /doppler	50

10.8.5.2 A cada três meses o Complexo Regulador Estadual encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a ser disponibilizados e realizados no mês;

10.8.5.3. Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços contratados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

10.8.5.3.1. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Atenção Integral de Saúde, Superintendência do Complexo Regulador em Saúde do Estado e Superintendência de Performance, podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção;

10.8.5.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá inserir, obrigatoriamente, todas as vagas disponíveis, mensalmente, para os SADTs, no sistema de regulação estadual;

11. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS

11.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

11.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

11.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

11.3.1. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

11.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

004517

12. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade;

12.1. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

12.2. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

12.3. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

12.4. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

Indicadores de Desempenho	**Meta**
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥85 %
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤7 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 30
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	< 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) **Digitadas Oportunamente - até 7 dias**	≥ 80%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) **Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação**	≥ 80%

15.4.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

15.4.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

15.4.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação dos processos de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

15.4.4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: o indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde,

004518

acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

15.2.5. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

15.4.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) em relação ao total de procedimentos hospitalares apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

Obs.: Total de procedimentos rejeitados no SIH exceto rejeição no processamento por falta de habilitação e falta de capacidade instalada de leitos.

15.4.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)

Conceituação: mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias eletivas suspensas/No de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)] x 100

15.4.8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT expirado

Conceituação: indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente.

Fórmula: [Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade] x 100.

15.4.9. Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: número de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

15.4.10. Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

15.4.12. Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) digitados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da digitação das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna (≤ à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês) X 100

15.4.13. Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente.

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da investigação das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente (≤ à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês) X 100

Observação: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

ANEXO Nº II/2023 - SES/CRES-19504

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o PARCEIRO PRIVADO deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo PARCEIRO PRIVADO, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O PARCEIRO PRIVADO desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O PARCEIRO PRIVADO será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

2.10.1 O PARCEIRO PRIVADO será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 609/20 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na unidade que não estiver cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas da SES.

2.10.2 O PARCEIRO PRIVADO será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

2.10.3 O PARCEIRO PRIVADO será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

2.10.4 O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

2.11. O PARCEIRO PÚBLICO realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o PARCEIRO PRIVADO.

2.13. A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

2.14. O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

2.14.1. O PARCEIRO PRIVADO deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

2.15. O PARCEIRO PRIVADO deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

2.16. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.17. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.18. Cabe ao PARCEIRO PRIVADO manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

2.19. Caso o PARCEIRO PRIVADO precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

2.20. O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar as informações solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la;

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, PARCEIROS PRIVADOS, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o PARCEIRO PRIVADO e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O PARCEIRO PRIVADO desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o PARCEIRO PÚBLICO e o PARCEIRO PRIVADO, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

3.9.1 A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo;

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

3.10.1 O valor a que se refere o item 3.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

3.10.2 PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

3.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 3.10, em razão da equidade.

3.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

3.13. O PARCEIRO PRIVADO deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU.

3.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

3.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por PARCEIRO PRIVADO deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.5.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

4.6. Quando cabível, competirá ao PARCEIRO PRIVADO, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

4.8. As avaliações de que tratam o item 4.7 deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC (Quadro 01).

0045119

Quadro 01. Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do HUGO Março de 2023-Fevereiro 2024

Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO	Nº de Coordenador	Nº de Supervisores	Nº Preceptores	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
Anestesiologia	1	1	6	9	0
Cirurgia Geral		1	10	15	0
Clínica Médica		1	14	20	0
Geriatria		1	6	8	8
Neurologia		1	5	7	1
Cirurgia do Trauma		1	1	2	0
Cardiologia		1	3	4	4
Medicina Intensiva		1	6	9	3
Ortopedia e Traumatologia		1	10	15	3
Total	1	10	61	89	19

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRMS) E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (PRAPS)

5.1. A Instituição sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde(PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

5.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

5.9. O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

5.10.1. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes;

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir processo seletivo para o cargo de coordenador.

0004520

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

5.16.1 Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

5.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

5.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

5.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

5.19. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC descrito no Quadros 03 e 04.

Quadro 02. Programa de Residência e em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Trauma – HUGO

Programa de Residência em Urgência e Trauma	Coordenador	Tutor		Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
		Campo	Núcleo*			
Enfermagem	01	01	01	04	06	0
Farmácia			01	04	06	0
Fisioterapia			01	04	06	0
Fonoaudiologia			01	04	06	0
Nutrição			01	04	06	0
Psicologia			01	04	06	0
Serviço Social			01	04	06	0
TOTAL	01	08		28	42	0

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

Quadro 03. Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Uniprofissional, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HUGO

Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	Coordenador	Tutor		Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
		Campo	Núcleo			
Odontologia	01	01	01	04	06	0
TOTAL	01	02*		04	06	0

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

5.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

5.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

004521

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, 51 (cinquenta e uma) bolsas do HGG são financiadas pela SES-GO e 71 (setenta e uma) bolsas pelo MS. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (quadro 05 e 06).

Quadro 06. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO Março de 2023-Fevereiro 2024

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R$)	Valor total (R$)
Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 4.106,09 cada + 20% INSS)*	19	4.927.31	93.618,89
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME**	72	523,04	37.658,88
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU**	44	523,04	23.013,76
Despesa de custeio diversos por Residente COREME***	89	730,00	64.970,00
Despesa de custeio diversos por Residente COREMU***	48	730,00	35.040,00
Total Geral		-	254.301,53

Observações:

* Valor baseado na Portaria Interministerial nº 09, de 13 de outubro de 2021 (Custo da Bolsa Residente da SES-GO é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde) acrescido da contribuição patronal de 20%.

** Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

***As despesas de custeio diverso para o residente e para os PRAPS/PRMS e PRM são para aspectos relacionados exclusivamente aos Programas de Residências, tais como: aquisição de uniforme, material bibliografia, material de expediente, assinatura de periódico, eventos científicos, eventos da residência, impressora, computadores, Tablets, Datashow, material de uso individual para o residente não disponibilizados pela unidade hospitalar (exemplo: estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa (exemplo: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, manequins para aulas práticas), materiais que possam contribuir com aprimoramento do ensino (exemplo: caixa cirúrgicas para o Programa de Bucomaxilofacial), ou para manutenção dos materiais adquiridos, entre outros.

6.5. A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

6.6. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

6.7. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

6.7.1 Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

6.8. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 09 de março de 2021, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

7.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

004522

7.5 O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

7.6 O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

7.7 Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

7.8 A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

7.9 O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar as informações solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la;

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG;

8.2. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias;

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta;

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente;

8.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar as informações solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la;

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGDP-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes (I) Especificações Técnicas, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e (II) Quadro de Servidores cedidos.

I. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

1.10. Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do PARCEIRO PRIVADO o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

1.11. Estar ciente de que o PARCEIRO PÚBLICO poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao PARCEIRO PRIVADO os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

1.12. Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o PARCEIRO PÚBLICO somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;

004523

1.13. Considerar que a dedução de que trata o item 22.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.14. Atentar-se para o fato de que o PARCEIRO PÚBLICO disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

1.15. Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

1.16 Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO;

1.17. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

1.18. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

1.19. Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO;

23.1.20. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S2220 e S-2240;

1.21. Assegurar ao PARCEIRO PÚBLICO, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT;

2. O PARCEIRO PRIVADO poderá indicar o retorno ao PARCEIRO PÚBLICO de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do PARCEIRO PÚBLICO;

3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o PARCEIRO PRIVADO que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

4. O PARCEIRO PRIVADO em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo PARCEIRO PRIVADO têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo PARCEIRO PRIVADO, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo PARCEIRO PRIVADO, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

7. É vedada a contratação pelo PARCEIRO PRIVADO de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

8. O PARCEIRO PRIVADO não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

9. Poderá o PARCEIRO PRIVADO atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao PARCEIRO PÚBLICO o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao PARCEIRO PRIVADO, mediante regulamentação da SES-GO;

10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá o PARCEIRO PRIVADO comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO;

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO. FEV / 2023.		
CARGOS	TOTAL DE SEVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
Assistente Técnico de Saúde AS3 - 15.337	01	R$ 4.457,75
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	01	R$ 5.398,83
Auxiliar de Enfermagem - QT 18.464	43	R$ 177.352,03
Auxiliar de Necropsia - QT - 18.464	01	R$ 3.665,87
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	07	R$ 29.194,80
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	01	R$ 3.333,38

004524

Cirurgião-Dentista - 18.464	13	R$ 131.873,42
Fonoaudiólogo - 18.464	01	R$ 10.685,90
Médico - 18.464	94	R$ 1.125.014,75
Odontólogo - M SAÚDE	01	R$ 3.026,45
Técnico em Enfermagem - 18.464	99	R$ 638.488,63
Técnico em Imobilização Ortopédica - 18.464	03	R$ 14.888,56
Técnico em Necrópsia - 18.464	01	R$ 7.224,98
TOTAL GERAL*	315	R$ 2.442.622,74
Custo Total Mensal Estimado **		
Fonte: RHNet Ref: Fev./2023.		

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura

dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV/2023 - SES/GAOS-14421

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL

Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), o qual será objeto de contratação emergencial.

Para o cálculo estimado do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas - HUGO (v. 000038000151) da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela UNIDADE.

As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o PARCEIRO PÚBLICO solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo Parceiro Privado e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

A estimativa dos custos operacionais do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) foi segmentada conforme possíveis linhas de contratação. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Anexo I, da Gerência de Atenção Terciária – GERAT. Para adoção as estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH) da própria unidade e de outros estabelecimentos, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS).

c) Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;

d) Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade; e

e) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

Considerou-se também a possibilidade das Internações Hospitalares para cuidados intensivos, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente. E, ainda, os atendimentos de urgência e emergência, conforme série histórica.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

004525

3.1. Metodologia

Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Para o cálculo, a consultoria Planisa forneceu os percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema Key Performance Indicators for Health, ano 2021, aplicando o índice FIPE Saúde, a o final.

Os hospitais pertencentes à base de dados da Planisa utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta-se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25, enquanto o Percentil 50 (P50) se refere à mediana de custo unitário para a mesma distribuição de frequência e o Percentil 75 (P75) faz referência à posição 75 dos custos unitários, considerando uma distribuição de 100 (cem) unidades.

O P50 constitui medida intermediária para precificação, sendo a atualmente indicada para o desenvolvimento das ações e serviços nas unidades hospitalares e/ou ambulatoriais do Estado de Goiás, o que será acompanhado pela equipe técnica de acompanhamento e monitoramento da unidade e da execução do Contrato de Gestão.

Desta feita, o percentil sugerido foi o P50, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. Ademais, possui perfil de média e alta complexidade, o qual também tende a m custo mais elevado em virtude da especificidade. Contudo, sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo benchmark nacional com os dados presentes nos relatórios do KPIH no território goiano ou, quando for o caso, com os próprios preços praticados pela unidade.

Ressalte-se ainda que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do P50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados.

Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.3.1. O critério usado para o custeio das "Internações Hospitalares" é o paciente-dia e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. Na rotina de monitoramento e avaliação da unidade, não se observou no período utilizado como referência, por meio dos relatórios do KPIH, superlotação nas unidades de internação. Desta feia, o custeio estimado para as unidades de internação e de terapia intensiva foram obtidos multiplicando-se o volume de pacientes-dia pelo custo unitário da diária. Para conferência, analisou-se o número de saídas em concordância com o tempo médio de permanência informado tanto no Anexo I como no SIGUS, obtendo-se a compatibilidade dos dados. Para o cálculo mensal, utilizou-se a média de 30,4 dias.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês	Paciente-Dia Projetado
UI - Enf Maculina	16	85%	30,4	413
UI - Enf Feminina	10	85%	30,4	258
UI Clínica Médica (2º andar)	70	85%	30,4	1.809
UI Buco-Neuro-Orto-Trauma (3º andar)	107	85%	30,4	2.765
UI Traumatologia (4º andar)	111	85%	30,4	2.867
UTI (1 a 4)	57	90%	30,4	1.559

As ***enfermarias masculina e feminina ultrapassaram 24 horas de internação e, portanto, foram inseridas para o cálculo.***

3.3.2. O custeio do Pronto Socorro. Considerou-se a série histórica produzida pela própria unidade entre janeiro e dezembro de 2022, que é o período disponível em consulta realizada no Relatório de Produção (KPIH) na data de elaboração deste Anexo, cuja média foi de 2.478 atendimentos por mês. Multiplicou-se esse quantitativo pelo valor constante no Orçamento Operacional Gradual da Planisa, referente ao ano de 2021, que é a base usada nesta precificação.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Atendmento de urgência e emergência	2.478

004526

3.3.3. O custeio das Cirurgias. Foi estimado multiplicando as 248 saídas cirúrgicas eletivas e as 1.089 saídas cirúrgicas gerais pelo número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas. O levantamento das horas foi feito por meio de consulta ao relatório "Demonstração dos custos unitários dos centros cirúrgicos", extraído no sistema KPIH, relativo ao período de janeiro de 2022 a dezembro de 2022 da própria unidade, que apurou a média de 2.048 horas e 60 minutos, assim como 1.612 procedimentos, gerando um Tempo Médio Operatório de 1,30h. Assim, temos:

Serviço	TMO	Meta	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgias gerais	1,30	248 saídas	322 horas
Cirurgias programadas	1,30	1.089 saídas	1.416 horas

3.3.4. O custeio dos Atendimentos Ambulatoriais ponderou a série histórica de 2022, no que tange às consultas médicas, multiprofissionais, por especialdiade, considerando-se inclusive as consultas odontológicas. O valor foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. O quantitativo de Consultas Médicas e Multiprofissionais foi fornecido no Anexo I (v. 000038000151).

Serviço	Quantitativo (Meta e Projeção*)
Consulta médica	3.000
Consulta não médica	1.500

3.3.5. Ainda dentro de **Atendimento Ambulatorial**, foram considerados os procedimentos ambulatoriais conforme informado no Anexo I (v. 000038000151). Assim, o quantitativo estimado foi estimado pelo custo unitário.

Serviço	Leitos	Procedimentos
Hospital dia	20	660

3.3.6. O custeio do Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Interno foi obtido multiplicando o quantitativo estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. Para a apuração desse quantitativo, utilizou-se o Relatório de Produção da unidade, que trouxe a média de produção de janeiro a dezembro de 2022, removendo-se apenas os exames e sessões relativos ao "SADT Externo" e "Ambulatório", restarando, portanto, os valores unitários dos serviços internos.Ressalta-se ainda que cada serviço constante nessa precificação possui produção/custo da unidade no referido relatório.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Agência Transfusional	727
Análises Clínicas	51.788
Anatomia Patológica	116
Broncoscopia	13
Colonoscopia	40
Ecocardiograma	218
Ecodoppler	73
Eletrocardiograma	223
Eletroencefalograma	25
Endoscopia Digestiva	153
Hemodiálise	158
Raio-X	4.983
Tomografia Computadorizada	4.990
Ultrassonografia com Doppler	12
Ultrassonografia	159
Fisioterapia	6.518
Fonoaudiologia	1.408
Psicologia	3.286
Terapia Ocupacional	55

3.3.7. O custeio do Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Externo traz a meta estimada pelo Anexo I, conforme necessidade locorregional.

004527

Serviço	Meta
Eletrocardiograma	300
Endoscopia Digestiva	50
Raio-x	800
Tomografia Computadorizada	450
Ultrassonografia	100
Ultrassonografia com Doppler	50

3.3.8. O custeio do "Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)" externo foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respecto custo unitário. A série histórica foi analisada, assim como o volume de exames a serem disponibilizados para pacientes externos devidamente regulados para a unidade.

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o custeio mensal estimado para a operacionalização do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), é de R$ 18.608.547,38 (dezoito milhões, seiscentos e oito mil, quinhentos e quarenta e sete reais e trinta e oito centavos), no percentil 50, considerando a aplicação da FIPE Saúde.

O montante global a ser repassado para os 06 (seis) meses é de R$ 111.651.284,31 (cento e onze milhões, seiscents e cinquenta e um mil, duzentos e oitenta e quatro reais e tranta e um centavos), que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados neste período.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

004528

HOSPITAL: HUGO Emergencial (2023)									
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	CUSTO INTERNO	P25	P50	P75	CUSTO P25	CUSTO P50	CUSTO P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)									
1.1 Internação									
1.1.1 UI Enf Masculina	Paciente-dia	413	891,19	665,71	794,18	876,74	274.938,23	327.996,34	362.093,62
1.1.2 UI Enf Feminina	Paciente-dia	258	983,05	665,71	794,18	876,74	171.753,18	204.898,44	226.198,92
1.1.3 UI Clínica Médica (2º Andar)	Paciente-dia	1.809	878,96	665,71	794,18	876,74	1.204.269,39	1.436.671,62	1.586.022,66
1.1.4 UI Buco-Neuro-Orto-Trauma (3º Andar)	Paciente-dia	2.765	722,58	609,35	682,60	927,69	1.684.852,75	1.887.389,00	2.565.062,85
1.1.5 UI Traumatologia (4º andar)	Paciente-dia	2.867	643,61	609,35	682,60	927,69	1.747.006,45	1.957.014,20	2.659.687,23
1.1.6 UTI Adulto 1	Paciente-dia	328	2.714,02	1.978,73	2.275,14	2.995,17	649.023,44	746.245,92	982.415,76
1.1.7 UTI Adulto 2	Paciente-dia	547	2.233,73	1.978,73	2.275,14	2.995,17	1.082.365,31	1.244.501,58	1.638.357,99
1.1.8 UTI Adulto 3	Paciente-dia	465	2.297,17	1.978,73	2.275,14	2.995,17	920.109,45	1.057.940,10	1.392.754,05
1.1.9 UTI Adulto 4	Paciente-dia	219	2.985,14	1.978,73	2.275,14	2.995,17	433.341,87	498.255,66	655.942,23
							8.167.660,07	**9.360.912,86**	**12.068.535,31**
1.2 Pronto Socorro									
1.2.1 Pronto Atendimento	Atendimento	2.478	934,98	279,20	296,90	309,10	**691.857,60**	**735.718,20**	**765.949,80**
2. SERVIÇO AMBULATORIAL (c/HM e c/ Mat/Med)									
2.1 Consulta Médica	Consulta	3.000	149,84	110,30	139,50	224,70	330.900,00	418.500,00	674.100,00
2.2 Consulta Não Médica	Consulta	1.500	119,69	37,90	79,50	110,00	56.850,00	119.250,00	165.000,00
2.3 Procedimentos/Cirurgias Ambulatoriais	Atendimento	660	144,40	501,80	833,60	850,80	331.188,00	550.176,00	561.528,00
							718.938,00	**1.087.926,00**	**1.400.628,00**
3. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)									
3.1 Cirurgia Eletiva	Hora Cirúrgica	322	1.565,25	1.780,20	2.043,00	2.679,00	**573.936,48**	**658.663,20**	**863.709,60**
3.2 Demais Cirurgias	Hora Cirúrgica	1416	1.989,85	1.780,20	2.043,00	2.679,00	**2.520.229,14**	**2.892.275,10**	**3.792.660,30**
							3.094.165,62	**3.550.938,30**	**4.656.369,90**
4. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO (c/ Mat/Med)									
4.1 Análises Clínicas	Exame	51.788	12,70	6,30	8,10	8,80	326.264,40	419.482,80	455.734,40
4.2 Anatomia Patológica	Exame	116	192,97	34,80	72,80	125,40	4.036,80	8.444,80	14.546,40
4.3 Broncoscopia	Exame	13	926,58	487,20	630,80	1.001,30	6.333,60	8.200,40	13.016,90
4.4 Colonoscopia	Exame	40	840,03	487,20	630,80	1.001,30	19.488,00	25.232,00	40.052,00
4.5 Ecocardiograma	Exame	218	257,69	108,20	139,80	237,60	23.599,50	30.491,78	51.822,94
4.6 Ecodoppler	Exame	73	164,58	312,70	455,60	647,30	22.827,10	33.258,80	47.252,90
4.7 Eletrocardiograma	Exame	223	82,26	16,90	28,90	45,50	3.768,70	6.444,70	10.146,50
4.8 Eletroencefalograma	Exame	25	629,58	136,70	184,80	212,80	3.417,50	4.620,00	5.320,00
4.9 Endoscopia	Exame	153	718,34	487,20	630,80	1.001,30	74.502,62	96.461,94	153.118,80
4.10 Raio X	Exame	4.983	110,72	43,10	57,10	71,40	214.767,30	284.529,30	355.786,20
4.11 Tomografia Computadorizada	Exame	4.990	173,46	99,50	121,60	196,30	496.505,00	606.784,00	979.537,00
4.12 Doppler	Exame	12	164,58	312,70	455,60	647,30	3.752,40	5.467,20	7.767,60
4.13 Agência Transfusional	Bolsa Transfundida	727	252,47	196,90	279,30	333,40	143.146,30	203.051,10	242.381,80
4.14 Ultrassonografia	Exame	159	106,89	73,40	81,90	103,70	11.670,60	13.022,10	16.488,30
4.15 Hemodiálise	Sessão	158	526,01	331,90	543,40	1.178,80	52.440,20	85.857,20	186.250,40
4.16 Fisioterapia	Sessão	6.518	63,10	22,60	29,10	33,70	147.306,80	189.673,80	219.656,60
4.17 Fonoaudiologia	Sessão	1.408	47,37	29,60	41,00	54,10	41.676,80	57.728,00	76.172,80
4.18 Psicologia	Sessão	3.286	50,85	60,60	65,30	76,90	199.131,60	214.575,80	252.693,40
4.19 Terapia Ocupacional	Sessão	55	119,69	41,60	48,30	57,20	2.288,00	2.656,50	3.146,00
							1.796.923,22	**2.295.982,22**	**3.130.890,94**
5. SERVIÇOS DE SADT EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)									
5.1 Eletrocardiograma	Exame	300	82,26	16,90	28,90	45,50	5.070,00	8.670,00	13.650,00
5.2 Endoscopia digestiva	Exame	50	718,34	487,20	630,80	1.001,30	24.360,00	31.540,00	50.065,00
5.3 Raio X	Exame	800	110,72	43,10	57,10	71,40	34.480,00	45.680,00	57.120,00
5.4 Tomografia Computadorizada	Exame	450	173,46	99,50	121,60	196,30	44.775,00	54.720,00	88.335,00
5.5 Ultrassonografia	Exame	100	106,89	73,40	81,90	103,70	7.340,00	8.190,00	10.370,00
5.6 Ultrassonogradia/Doppler	Exame	50	164,58	312,70	455,60	647,30	15.635,00	22.780,00	32.365,00
							131.660,00	**171.580,00**	**251.905,00**
							14.601.204,51	17.203.057,58	22.274.278,95
Total com FIPE Saúde (01/2022 a 12/2022) - 8,17%							15.794.122,92	18.608.547,38	24.094.087,54
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO							15.794.122,92	18.608.547,38	24.094.087,54

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

ANEXO Nº V/2023 - SES/GAOS-14421

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I (v. 000038000151), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO):

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica (Especialidades)

a.b) Saídas de Clínica Neurológica

a.c) Saídas Cirúrgicas

a.d) Saídas Cirúrgicas Eletivas

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

1.4. Os Atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, assim como as internações em leitos de UTI adulto, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

2.1. Caso ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o PARCEIRO PRIVADO e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

2.3. O PARCEIRO PRIVADO poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 2116/2021 ou outra norma vigente.

2.4. Para todo e qualquer projeto, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo PARCEIRO PRIVADO.

2.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o PARCEIRO PÚBLICO revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo PARCEIRO PRIVADO, conforme especificado no Anexo I (v. 000038000151), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, de acordo com o anexo IV (v. 45154424), o custeio mensal estimado para a operacionalização do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), para os 06 (seis) meses, é de R$ 18.608.547,38 (dezoito milhões, seiscentos e oito mil, quinhentos e quarenta e sete reais e trinta e oito centavos), no percentil 50.

3.2. Do montante estimado mensalmente, a parte fixa, 90% (noventa por cento), corresponde ao valor de R$ 16.747.692,65 (dezesseis milhões, setecentos e quarenta e sete mil, seiscentos e noventa e dois reais e sessenta e cinco centavos), distribuído percentualmente de acordo com a METAS DE PRODUÇÃO estabelecidas no Anexo I (v. 000038000151), incluindo os exames internos aplicados nos serviços que compõem tais metas, nos termos indicados na seguinte TABELA I:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		**PORCENTAGEM (%)**
Internação	Clínica Médica	25,6%
	Clínica Cirúrgica	49,7%
Cirurgias	Cirurgias Programadas/Eletivas	8,5%
Atendimento Ambulatorial	Consultas médicas	5,4%
	Consultas multiprofissionais	1,5%
	Procedimentos Ambulatoriais	7,1%
SADT Externo	Eletrocardiograma	0,1%
	Endoscopia Digestiva	0,4%
	Raio-x	0,6%
	Tomografia Computadorizada	0,7%
	Ultrassonografia	0,1%
	Ultrassonografia com Doppler	0,3%

004550

Total	100%

3.3. Do montante estimado mensalmente, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor mensal de R$ 1.860.854,74 (um milhão, oitocentos e sessenta mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e setenta e quatro centavos), sendo vinculado à avaliação dos Indicadores de Desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO.

3.4. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no Anexo IV - Estimativa de Custeio (v. 45154424).

3.5. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestra, ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

3.6. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social de Saúde deverá encaminhar, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

3.7. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

3.8. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

3.9. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.10. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

3.11. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

3.12. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

3.13. A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.14. A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

3.15. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

3.16. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

3.17. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênio e convalidação do Gestor da Pasta.

3.18. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.

3.19. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

3.20. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, o termo aditivo (caso exista), a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

3.21. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

3.22. Competirá ao PARCEIRO PRIVADO efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

4. CRITÉRIOS DE REPASSE

4.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I -Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000038000151) e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

004531

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 75,3	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Programadas Peso 8,5	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Peso 14	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado as consultas
SADT Externo Peso 2,2	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

5.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, MENSAL, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

5.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

5.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
< 50%	0

004532

5.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

Σ (nota de cada indicador)

Quantidade de indicadores

5.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não cumprimento da transparência das informações a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados no seu SITE para análise por meio de link (este gerado pela OSS) a ser direcionado por meio de acesso ao iOS Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	90%
8 a 8,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 25/04/2023, às 15:40, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SERGIO ALBERTO CUNHA VENCIO**, **Secretário (a) de Estado**, em 25/04/2023, às 16:07, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **47044989** e o código CRC **84DA6C9F**.

Referência: Processo nº 202100010054419 SEI 47044989

004533

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

OFÍCIO Nº 45328/2023/SES

Goiânia, 23 de agosto de 2023.

Ao Senhor

Jeziel Barbosa Ferreira

Diretor Presidente do Instituto CEM – Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas

Instituto CEM – Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26 A, Edifício Business Style, Jardim Goiás

74810-100 Goiânia/GO

Assunto: Formalização do 4º Termo Aditivo ao Contrato nº 39/2022 - SES (SEI n° 000030098399).

Senhor Presidente,

1 Trata-se do Contrato nº 39/2022 - SES (SEI nº 000030098399), celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Instituto CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, entidade qualificada como Organização Social de Saúde, com amparo em dispensa de chamamento público lastreada no inciso IV do artigo 24 da Lei nº 8.666/93, tendo como objeto a formação de parceria destinada ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), ininterruptamente, com término da vigência em 23 de agosto de 2023.

2 Por hora, busca-se a formalização do **4º Termo Aditivo ao Contrato nº 39/2022 - SES (SEI n° 000030098399)**, tendo como objeto, entre outros, a prorrogação da vigência contratual pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, ou até a conclusão do Chamamento Público.

3 Assim, na hipótese de intenção em firmar o pretenso aditivo, necessário a comprovação da regularidade jurídica, fiscal e trabalhista da entidade, nos termos consignados no inciso III, do art. 6º-C da Lei nº 15.503/2005, bem como demonstração de qualificação como Organização Social para prestação de serviços de relevância pública na área da saúde, nos termos do art. 6º-G da Lei nº 15.503/2005.

4 Do mesmo modo, deverá, ainda, encaminhar, os seguintes documentos:

004534

a) Declaração de atendimento à exigência constitucional, pela Organização Social, conforme disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;

b) Declaração de Conhecimento/Cumprimento da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás;

c) Declaração de Conhecimento/Cumprimento da Lei Estadual nº 15.503/2005;

d) Declaração do representante legal de que não ocupa Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

e) Declaração de que não incorre nas hipóteses de vedação preceituadas pelo art. 8º-B da Lei estadual nº 15.503/2005;

f) Relação de "eventuais demandas em que figure como ré, além de decisões judiciais que porventura lhe tenha sido desfavoráveis e os valores das respectivas condenações, à luz do que determina o art. 10, § 1º, da Lei estadual nº 15.503/05;

g) Certidão Negativa de Falência, Concordata e Recuperação Judicial, relativa tanto à matriz quanto à filial;

h) Certidão Negativa de Suspensão e/ou Impedimento de Licitar ou Contratar com a Administração Pública;

i) Declaração de regularidade fiscal perante a União, Estado e Município, tanto da matriz quanto da filial da Parceira Privada, consoante já orientado no item 5 do Despacho nº 211/2020-GAB (v. 000011489977, processo nº 201200010002131) da Procuradoria-Geral do Estado;

j) Declaração do CADIN Estadual;

k) Ato constitutivo ou estatuto social em vigor, registrado em cartório, com certidão narrativa do cartório competente das últimas alterações, ou qualquer outro documento oficial apto a comprovar que o ato constitutivo/estatuto social apresentado é o último registrado;

l) Cópia do Decreto Estadual ou a publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás que qualificou a instituição como Organização Social de saúde no âmbito do Estado de Goiás;

m) Declaração de cumprimento das leis trabalhistas, da RN nº 13/17 e de cumprimento da legislação estadual;

n) Declaração de aceite quanto ao termos dos anexos técnicos "Anexo I ao V - HUGO (SEI nº 50973689) e Requisição de Despesa 27 HUGO (SEI nº 50950364)".

Atenciosamente,

PEDRO DE AQUINO MORAIS JÚNIOR
Superintendente de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios

Documento assinado eletronicamente por **PEDRO DE AQUINO MORAIS JUNIOR**, **Superintendente**, em 23/08/2023, às 17:41, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

004535

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **51026242** e o código CRC **46BF9733**.

004536

004537

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

004538

004539

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONTRATO Nº 06/2021 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, em caráter emergencial, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o INSTITUTO CEM, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações nas dependências do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin **(HEJA)** para os fins a que se destina.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás. Goiânia-GO CEP: 74810-100, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, na Lei federal nº. 12.527/2011, na Lei estadual nº. 18.025/2013, no Decreto nº 9.184, de 12 de março de 2018; no Despacho Governamental nº 55/2021 (000018697932), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.495, págs. 12 a 16, de 22/02/2021 Suplemento (000018698239); na Autorização Governamental, Despacho do Gabinete nº Automático 1.426/2021-GAB/SEAD (000018272494), no Despacho do Gabinete nº Automático 338/2021-GAB/SES (000018019473); no Despacho do Gabinete nº Automático 897/2021-GAB/SEAD (000017987512), no Ofício nº 1.222/2021 - ECONOMIA (000018481222), no Ato de Dispensa

004540

de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial, Declaração nº 14/2021 (000018313381) ratificada pela Declaração nº 15/2021 (000018313382) e na Resolução Normativa nº. 013/2017- TCE/GO (000018412664), celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento no art. 6º, F, inc. I, da Lei Estadual nº 15.503/2005 e, em conformidade com o processo administrativo nº 202100010000046 mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades do **HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ DR. SANDINO DE AMORIN (HEJA)**, localizado à Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias na semana, ininterruptamente, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto;

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 30 (trinta) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos do art. 9º, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05;

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração;

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

004541

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, com a previsão de mecanismos que confiram a agilidade necessária ao hábil atendimento das demandas emergenciais inerentes ao objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, inclusive mediante contratação direta com terceiros, desde que assegurada a sua vantajosidade e atendidos os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo dar ciência à Controladoria-Geral do Estado para manifestação posterior;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto;

2.20. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente;

2.21. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas posteriores alterações;

2.22. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.23. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

004542

2.24. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.26. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.27. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.28. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.29. Manter, durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade jurídica, fiscal, trabalhista, econômica, financeira e previdenciária.

2.30. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o Estatuto Social vigente;

2.31. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.32. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL,** quando cabível;

2.33. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.34. Emitir e apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, nos prazos estabelecidos no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.35. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros, quando possível;

2.36. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

004543

2.37. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.38. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989), quando possível;

2.39. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.40. Publicar ao final do prazo de vigência contratual o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades executadas;

2.41. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.42. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.43. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.44. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.45. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.46. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.47. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.48. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.48.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.49. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.50. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

004544

2.51. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.52. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.53. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.54. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.55. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave;

2.56. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.57. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.58. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.59. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.60. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.61. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.62. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.63. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.64. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.65. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.66. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará os documentos relacionados à execução contratual, em atenção à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011;

2.67. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.68. Cumprir todas as obrigações descritas no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017.

2.69. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.70. Cumprir a Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.71. Pautar a celebração dos contratos, necessários à execução desta **PARCERIA**, preferencialmente com particulares comprometidos com o enfrentamento da atual emergência de saúde pública do Estado de Goiás, que se disponham, em caráter preventivo, ao compromisso de negociar, mitigar e suprimir a imposição de

004545

consequências patrimoniais desfavoráveis ao **PARCEIRO PRIVADO**, quando a inexecução contratual deste for decorrente estritamente da imprevisibilidade inerente ao presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.72. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item **7.11**.

2.73. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público

2.74. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao PARCEIRO PÚBLICO, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

2.75. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra, salvo se, após juízo de discricionariedade, a medida mostrar-se conveniente e oportuna, bem como necessária, diante da finalidade a que se destina o presente ajuste e do contexto fático subjacente à sua pactuação;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

3.5. Avaliar e, após juízo de discricionariedade, proceder, caso seja oportuno e conveniente, à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005.

3.6. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.7. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constantes do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.8. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

0004546

3.9. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.11. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.12. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.13. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**

3.14. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

3.15. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativa ou providenciar a regularização;

004547

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.48, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão emergencial, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas,

004548

inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será pelo prazo máximo de **180 (cento e oitenta) dias** consecutivos e ininterruptos, contados da outorga do ajuste pela Procuradoria-Geral do Estado ou por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público, com observância ao estabelecido no art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito reais e setenta e oito centavos) para fazer face ao período de 180 (cento e oitenta) dias.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados no orçamento do ano e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

004549

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

004550

8.1. Durante os 180 (cento e oitenta) dias a que compreende a vigência do presente ajuste, o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de **R$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito reais e setenta e oito centavos), em parcelas mensais estimadas em **R$ 2.203.128,13** (dois milhões, duzentos e três mil, cento e vinte e oito reais e treze centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** correrão conforme quadro de dotação orçamentária abaixo (000018239569) e conforme Nota de Empenho nº 00089 (000018316946), emitida em 08/02/2021, no total de R$ 13.218.768,78 (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito reais e setenta e oito centavos).

Sequencial: 64		**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambiental
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento assistencial em saúde
Grupo de despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	100	Receitas ordinárias
Modalidade de Aplicação	90	Aplicações diretas

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.5. O **PARCEIRO PÚBLICO** fixará, no prazo de até 90 (noventa) dias a contar do início da vigência contratual, o percentual máximo que o **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, dos recursos públicos que lhe forem repassados, com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados.

004551

9.6. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.7. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas nas Cláusulas Décima Primeira e Décima Quinta;

9.8. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.9. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

9.10. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos **pelo PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.12. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

9.13. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.14. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.15. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.16. O PARCEIRO PRIVADO, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

9.17. Caso o PARCEIRO PRIVADO possua mais de um contrato de gestão firmado com o PARCEIRO PÚBLICO na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.5 e 9.6 deste, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

004552

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência e aos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

004553

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

004554

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) Termo de Referência e seus Anexos I, II e III;

b) Anexos Técnicos I, II, III e IV;

c) Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado

004555

que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei Estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013 de 2020 será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO DO CONTRATO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E

ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.1 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão ambulatorial adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde

004557

do Ministério da Saúde (MS).

1.1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

1.1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, *outdoors*, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás.

1.1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

1.1.7. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

1.1.7.1. Sempre que o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo P**ARCEIRO PÚBLICO**;

1.1.7.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.1.7.3. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

1.1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online* à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.1.11.1. As atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde deverão estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e

004558

certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l) Fornecer ao usuário, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

004559

- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

m) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1.1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

1.1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.1.19. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.1.20. Mensurar mensalmente a Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista).

1.1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.24. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, compartilhando esta informação em regime semanal com a Central de Regulação Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

1.1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

a) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem;

b) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

c) Comitê de Ética em Pesquisa;

d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT;

004560

f) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos;

g) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

h) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

i) Comissão de Proteção Radiológica;

j) Comitê Transfusional;

k) Comissão de Biossegurança;

l) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

m) Comissão Interna de Verificação de Óbito;

n) Comissão de Qualidade.

1.1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH**, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.1.29. Implementar e manter um **Núcleo de Engenharia Clínica** responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

1.1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do **PARCEIRO PÚBLICO**. O acesso ao *software* não desobriga o **PARCEIRO PRIVADO** a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.1.34. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.1.35. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

1.1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

004561

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- PT MS/GM Nº 1.631, de 10 de junho de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- PT MS/GM Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências, consolidada na PT MS/GM Nº 4, de 28 de setembro de 2017.
- Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;
- PT GM/MS Nº 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.
- PT SAS/MS Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios para a classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo.
- PT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- PT MS/SAS Nº 202, de 19 de junho de 2001, estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.
- PT MS/SAS Nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
- PT Nº 1.377, de 09 de julho de 2013, aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).
- PT Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015.
- PT Nº 529/MS, de 1º de abril de 2013, e RDC Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Núcleo de Segurança do Paciente.
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

004562

- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução do COFEN Nº 358/2009 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014, da ANVISA, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- PT GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- PT GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- PT GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PT GM/MS Nº 1. 559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do SUS.
- PT GM/MS Nº 67, de 21 de fevereiro de 1985, define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários.
- Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;
- Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);
- Seguir a Nota Técnica ANVISA Nº 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;
- Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.
- Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.
- Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

1.1.37. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

004563

1.1.38. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

1.1.38.1. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

1.1.38.2. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

1.1.38.3. O **PARCEIRO PRIVADO** adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com *backup* e transferidos *on line* para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

1.1.38.4. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

1.1.38.5. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de *link*, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente.

1.2. Estágios Curriculares

1.2.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

1.2.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás. Os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

1.2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, conforme anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.3. Programa de Educação Permanente

1.3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, em conformidade com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás (PEEPS-GO).

1.4. Vigência

1.4.1. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da outorga do ajuste ou por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público.

004564

1.5. Recursos Financeiros

1.5.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, da seguinte forma:

1.5.1.2. O valor de repasse mensal perfaz um total de **R$ 2.303.128,13** (dois milhões, trezentos e três mil, cento e vinte e oito reais, e treze centavos).

1.5.1.3. Para a vigência do Contrato de Gestão, 180 (cento e oitenta) dias, o valor estimado será de **R$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito mil e setenta e oito centavos).

1.5.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

2. DESCRITIVO DE SERVIÇOS

2.1. Características dos Serviços Contratados

2.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.1.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.3. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

2.1.4. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o **PARCEIRO PRIVADO**, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde, por meio da Regulação Estadual.

2.1.5. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO,** por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.7. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de **Plantão Controlador Interno**, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01(um) hora.

2.2. Descrição da Unidade

Nome: Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim.

CNES: 2361949.

004565

Endereço: Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, Goiás.

Tipo de Unidade: Hospital geral de pequeno porte.

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

2.2.1. O HEJA irá atuar com leitos destinados à internação de pacientes com atendimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 1. Capacidade Operacional do HEJA

Unidade de Internação	**Quantitativo de leitos**
Cirúrgica	9
Obstétrica	2
Clínica	13
Cuidados Intensivos geral	10
Total	**34**

2.2.2. O hospital irá dispor de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagenologia e Laboratorial aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, internação e atendimento ambulatorial.

2.2.3. A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando, sempre a melhor distribuição para o atendimento assistencial dos pacientes relacionados ao perfil do referido hospital.

2.3. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

2.3.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

2.3.2. No processo de hospitalização, estão incluídos:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

8 004566

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

n) Diárias na UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário.

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

p) Sangue e hemoderivados.

q) Fornecimento de roupas hospitalares.

r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

s) Garantir a realização das cirurgias eletivas ou programadas e emergenciais, evitando cancelamentos administrativos (falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros) visando a segurança do paciente.

t) Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, com efetiva comprovação da utilização das OPME.

u) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde, para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

2.4. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

004567

2.4.1. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea, e que sejam classificadas conforme Acolhimento com Classificação de Risco nas cores amarelo, laranja e vermelho e/ou referenciadas pela Central de Regulação Médica Estadual.

2.4.2. O hospital deverá dispor de atendimento às urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for referenciada, bem como às demandas espontâneas, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

2.4.3. O hospital deverá manter serviço de acolhimento e classificação de risco (ACCR) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, priorizando a internação de pacientes de especialidade e complexidade abarcadas pelo hospital, encaminhando pacientes de perfil diverso para outras Unidades de Saúde por meio da Central de Regulação Estadual.

2.4.4. Para efeito de produção contratada e realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

2.4.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

2.5. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2.5.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Consultas subsequentes (retornos).

2.5.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

2.5.3. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

2.5.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

2.5.5. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2.5.6. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das **07h às 19h, de segunda a sexta-feira,** nas especialidades descritas no quadro abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

2.5.7. **Especialidades Médicas mínimas ofertadas pelo Ambulatório do Hospital:**

Quadro 01. Especialidades Médicas mínimas ofertadas pelo Ambulatório do HEJA

Cirurgia Geral

004568

Ginecologia e Obstetrícia
Cardiologia (pré - operatório/ Risco cirúrgico)
Ortopedia

Obs.: A pediatria deverá ser mantida para os cuidados aos recém-nascidos nascidos no hospital.

2.6. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

2.6.1. O hospital deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual.

2.6.2. O Procedimento de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a ser ofertado: Raio-X, Ultrassom, Eletrocardiograma.

3. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

3.1. Caso, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **Hospital Estadual Sandino de Amorim (HEJA)** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

4. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de de Produção e de Desempenho, em regime mensal.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.4. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus *sites* informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

004569

5. PROPOSTA DE MELHORIAS

5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá propor projeto de melhoria das condições estruturais da unidade, bem como possível aquisição de equipamentos, até 03 (três) meses após a assinatura do Ajuste Contratual. A proposta deverá contemplar as adequações na estrutura física, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas estabelecidas pela Portaria nº 253/2019 SES/GO. O mesmo procedimento se aplica à solicitação de recursos financeiros para a aquisição de equipamentos emergenciais.

5.2. Após as devidas aprovações pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e/ou aquisição dos equipamentos necessários.

5.3. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

5.4. Para as solicitações emergenciais, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, número mínimo de 03 (três) orçamentos que deverão ser submetidos à análise da SES/GO, cronograma de aplicação, e, posteriormente, autorização desta para a execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

ANEXO TÉCNICO II

ESTIMATIVA DE PRODUÇÃO

1. REGRA GERAL

1.1. **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE (considerada como parte fixa) de assistência oferecida aos usuários do "**Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA)**".

1.2. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado. Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **HEJA**:

a) Internações hospitalares: saídas cirúrgicas, obstétricas e clínicas.

b) Cirurgias eletivas;

c) Atividades ambulatoriais: consultas médicas e SADT Externo (Raios x, Eletrocardiograma e Ultrassonografia).

1.4. A produção de todos os atendimentos de Urgência e Emergência, as consultas não médicas ambulatoriais e o Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) interno não comporão metas a serem alcançadas, mas a produção deverá ser informada mensalmente à SES-GO.

2. INTERNAÇÕES HOSPITALARES: SAÍDAS CIRÚRGICAS, OBSTÉTRICAS E CLÍNICAS

004570

2.1. A Unidade deverá realizar 179 **saídas hospitalares** mensalmente, com variação de ± 10%, nas seguintes especialidades: cirúrgica, clínica, obstétrica.

2.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

Saídas hospitalares	**1° mês**	**2° mês**	**3° mês**	**4° mês**	**5° mês**	**6° mês**	**Total**
Clínica	179	179	179	179	179	179	**1074**
Cirúrgica							
Obstétrica							

3. CIRURGIAS ELETIVAS

3.1. A Unidade deverá realizar **cirurgias eletivas** nas quantidades e especialidades listadas abaixo, com variação de até ± 10%.

3.2. As cirurgias eletivas serão referenciadas pela Regulação Estadual da SES-GO, em observância ao perfil, capacidade e complexidade abarcados pelo **HEJA**.

Especialidade Cirúrgica	**1° mês**	**2° mês**	**3° mês**	**4° mês**	**5° mês**	**6° mês**	**Total**
Cirurgia Geral	20	20	20	20	20	20	**120**
Ginecologia							
Ortopedia							

4. ATIVIDADE AMBULATORIAL

4.1. A Unidade deverá realizar **consultas médicas** ambulatoriais nas quantidades e especialidades listadas abaixo, com variação de até ± 10%.

Especialidades médicas	**1° mês**	**2° mês**	**3° mês**	**4° mês**	**5° mês**	**6° mês**	**Total**
Cirurgia Geral	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	**10.800**
Ginecologia e Obstetrícia							

004571

Cardiologia (pré-operatório / risco cirúrgico)							
Ortopedia							

4.2. A Unidade deverá realizar **exames** a pacientes regulados (SADT Externo) nas quantidades e exames listados abaixo, com variação de até ± 10%.

SADT Externo	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**Total**
Raio X	60	60	60	60	60	60	**660**
Eletrocardiograma	50	50	50	50	50	50	**300**
Ultrassonografia	50	50	50	50	50	50	**300**

5. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

5.1. A Unidade deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, com objetivo de atender todos os usuários provenientes tanto de demanda espontânea quanto de demanda referenciada, nas especialidades abaixo relacionadas.

Clínica Médica
Cirurgia Geral
Obstetrícia
Ortopedia

5.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

5.3. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

ANEXO TÉCNICO III
INDICADORES DE DESEMPENHO

004572

1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

2. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de desempenho definidos pela Secretaria de Estado, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

3. O quadro a seguir apresenta os indicadores que deverão ser enviados para análise do desempenho hospitalar.

Indicadores de Desempenho	**Meta**
1. Taxa de Ocupação Hospitalar - 3º ao 12º mês	≥ 85%
2. Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5 dias
3. Índice de intervalo de substituição (dias)	≤ 0,88
4. Taxa de readmissão hospitalar (em até 29 dias)	≤ 20%
5. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
6. Percentual de suspensão de cirurgia programada por condições especiais	≤ 5%
7. Taxa de cesariana em primíparas	≤ 15%
8. Índice de APGAR de recém-nascidos vivos	> 7

1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

004573

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

3. Índice de Intervalo de Substituição (dias)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

Para o numerador são excluídas internações por câncer e obstetrícia, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador. Para o denominador:

1) São excluídos casos de um dia, alta por morte, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia para o câncer.
2) São excluídos pacientes com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer lugar, nos 365 dias antes da admissão.
3) Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez.

5. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

6. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por qualquer motivo, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

7. Taxa de Cesariana em Primíparas

Conceituação: mede a quantidade de cirurgias cesáreas ocorridas no primeiro parto em relação ao número

004574

total de partos em primíparas. A Taxa de Cesárea em primíparas é um indicador selecionado que deverá refletir a qualidade do processo assistencial em Obstetrícia.

Fórmula: [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: Este indicador não será contabilizado para efeito de glosa, mas deverá ser informado mensalmente para efeito de monitoramento.

8. Índice de APGAR de recém-nascidos vivos

Conceituação: os valores registrados na escala de APGAR ao 1º e 5º minutos são importantes registros das condições de nascimento, assim como as eventuais manobras utilizadas durante a recepção da criança: se foi submetida à aspiração das vias aéreas superiores, se recebeu oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal e drogas. Esse exame é necessário a fim de determinar as condições respiratórias, cardiocirculatórias e malformações grosseiras. Essa avaliação global, inclusive da idade gestacional, permitirá ao profissional decidir qual o destino do recém-nascido (RN), se unidade de alojamento conjunto, intermediária ou de cuidados intensivos, além de nortear os cuidados específicos relativos à morbidade própria de cada grupo.

Deverá informar o APGAR do 1º minuto, mas, para efeito de indicador, considerar o informado no 5º minuto.

Este indicador não será contabilizado para efeito de glosa, mas deverá ser informado mensalmente para efeito de monitoramento.

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 03 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Internações hospitalares: saídas hospitalares cirúrgicas, obstétricas e clínicas.

b) Cirurgias eletivas;

c) Atividades ambulatoriais: consultas médicas e SADT Externo (Raio X, Eletrocardiograma e Ultrassonografia).

1.2. A produção de todos os atendimentos de urgência e emergência, as consultas não médicas ambulatoriais e o Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) interno não comporão metas a serem alcançadas, mas a produção deverá ser informada mensalmente à SES-GO.

1.3. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

004575

1.4. Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.5. O montante do orçamento econômico-financeiro para o custeio do **Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA)** está estimado em **R$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito mil e setenta e oito centavos), para até 180 (cento e oitenta) dias de contrato.

1.5.1. Do montante global, **a parte fixa 90%** (noventa por cento) corresponde ao valor de **R$ 11.896.891,90** (onze milhões, oitocentos e noventa e seis mil, oitocentos e noventa e um reais e noventa centavos), para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção, condicionado o seu pagamento ao atingimento de metas estabelecidas,** conforme a distribuição percentual abaixo:

a) 80% (oitenta e oito por cento) do valor, R$ 9.517.513,52 (nove milhões, quinhentos e dezessete mil, quinhentos e treze reais e cinquenta e dois centavos) corresponde ao custeio das despesas com internações hospitalares: saídas cirúrgicas, obstétricas e clínicas.

b) 7% (quatro por cento) do valor, R$ 832.782,43 (oitocentos e trinta e dois mil, setecentos e oitenta e dois reais e quarenta e três centavos) corresponde ao custeio das despesas com cirurgias eletivas.

c) 13% (oito por cento) do valor, R$ 1.546.595,95 (um milhão, quinhentos e quarenta e seis mil, quinhentos e noventa e cinco reais e noventa e cinco centavos) corresponde ao custeio das despesas com atividade ambulatorial: consultas médicas e SADT Externo.

1.5.2. Do montante global, **a parte variável 10%** (dez por cento) corresponde ao valor de **R$ 1.321.876,88** (um milhão, trezentos e vinte e um mil, oitocentos e setenta e seis reais e oitenta e oito centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração.

1.6. O valor mensal total de cada parcela está fixado em **R$ 2.303.128,13** (dois milhões, trezentos e três mil, cento e vinte e oito reais, e treze centavos).

1.6.1. **90%** (noventa por cento) da parte fixa serão repassados em parcelas mensais, no valor de R$ 2.072.815,32 (dois milhões, setenta e dois mil, oitocentos e quinze reais e trinta e dois centavos), conforme a distribuição percentual abaixo:

a) 80% (oitenta e oito por cento) do valor, R$ 1.658.252,26 (um milhão, seiscentos e cinquenta e oito mil, duzentos e cinquenta e dois reais e vinte e seis centavos) corresponde ao custeio das despesas com internações hospitalares: saídas cirúrgicas, obstétricas e clínicas.

b) 7% (quatro por cento) do valor, R$ 145.097.07 (cento e quarenta e cinco mil, noventa e sete reais e sete centavos) corresponde ao custeio das despesas com cirurgias eletivas.

c) 13% (oito por cento) do valor, R$ 269.465,99 (duzentos e sessenta e nove mil, quatrocentos e sessenta e cinco reais, noventa e nove centavos) corresponde ao custeio das despesas com atividade ambulatorial: consultas médicas e SADT Externo.

1.6.2. **10%** (dez por cento) da parte variável serão repassados mensalmente junto com as parcelas da parte fixa, no valor estimado de R$ 230.312,81 (duzentos e trinta mil, trezentos e doze reais e oitenta e um centavos), vinculado à avaliação dos indicadores de desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

1.7. Os pagamentos mensais, em observação às metas a serem atingidas, dar-se-ão na seguinte conformidade:

Referência	Valor (R$)

004576

1° mês	2.203.128,13
2° mês	2.203.128,13
3° mês	2.203.128,13
4° mês	2.203.128,13
5° mês	2.203.128,13
6° mês	2.203.128,13
Total	**13.218.768,78**

1.8. Os repasses serão efetuados pela Secretaria de Estado da Saúde conforme a sua disponibilidade orçamentária/financeira.

1.9. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA).**

1.10. Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo HEJA.

1.11. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.12. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.13. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) do mês subsequente à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.14. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.15. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

1.16. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA)** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.17. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.18. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do não alcance das metas

004577

erão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

1.19. A cada período de 03 (três) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.20. Ao final de 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá a análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.21. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.21.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.
1.21.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.22. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre e/ou semestre avaliado, a depender do caso (indicadores de desempenho e quantitativos, respectivamente).

1.23. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.24. A análise referida no item 1.20 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.25. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.26. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará, mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

2. com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados, EM REGIME SEMESTRAL, nos meses subsequentes aos períodos de avaliação.

2.1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela 4 - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do **Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA)**, a seguir

004578

apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo II e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada nas Tabelas 2 e 3 deste Anexo Técnico IV.

Tabela 4 - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do HEJA.

	ATIVIDADE REALIZADA	**VALOR A PAGAR**
Internações Hospitalares **Peso 80%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das saídas hospitalares
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das saídas hospitalares
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às saídas hospitalares
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às saídas hospitalares
Cirurgias Eletivas **Peso 7%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias eletivas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias eletivas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento das cirurgias eletivas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às cirurgias eletivas
Atividade Ambulatorial **Peso 13%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade ambulatorial

004579

	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade ambulatorial

2.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

2.2.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.19. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

2.2.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o Percentual de Cumprimento de Meta (PCM), conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

2.2.3. Em caso de polaridade do indicador ser quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

2.2.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9

004580

80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

2.2.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

2.2.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

Pontuação Global	**Valor a receber do Desempenho**
9 a 10 pontos	100 %
8 a 8,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

004581

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o INSTITUTO CEM, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, implantado nas dependências do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA).

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE** brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614- DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, DE 12 DE MARÇO DE 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecilio, 2496, quadra b22, lote 4e sala 26-a Ed. Cond. New Business, Setor Jardim Goiás. Goiânia-GO CEP: 74810-10, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado em Goiânia-GO, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021 SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto CEM, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010000046, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do

004582

início da gestão no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), localizado à Avenida Dion[illegible] Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, Goiás.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSIONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

004583

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

004584

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021- SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público – CICP/GAB/SESGO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO – VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o INSTITUTO CEM, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens Imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, implantado nas dependências do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA).

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE** brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo Secretário de Estado d

004585

Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614- DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, DE 12 DE MARÇO DE 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecilio, 2496, quadra b22, lote 4e sala 26-a Ed. Cond. New Business, Setor Jardim Goiás. Goiânia-GO CEP: 74810-10, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado em Goiânia-GO, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o **INSTITUTO CEM**, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010000046, **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), localizado à Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, Goiás, pelo período de até 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão de novo chamamento público.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

004586

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO;

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público – CICP/GAB/SESGO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

004587

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 15/03/2021, às 17:35, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 15/03/2021, às 18:00, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE**, **Procurador (a) Geral do Estado**, em 24/03/2021, às 15:17, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000019172880** e o código CRC **2A5280BF**.

COORDENAÇÃO DE CONTRATOS
Av. SC-1 nº 299 - Parque Santa Cruz - CEP 74.860-260 - Goiânia-GO
Telefones (62) 3201-3724 3201-3763

Referência: Processo nº 202100010000046

SEI 000019172880

004588

004589

SECRETARIA DE AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO DO ESTADO DE GOIÁS
AGÊNCIA GOIANA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA, EXTENSÃO RURAL E PESQUISA AGROPECUÁRIA

AVISO HOMOLOGAÇÃO

Pregão Eletrônico nº 015/2021 - EMATER

Às 11:14 horas do dia 30 de novembro de 2.021, após constatada a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente da EMATER, homologa a adjudicação referente ao Processo 202112404000161.

ITEM 2: SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA
Valor Unitário: R$ 5.950,00
Empresa: 10.793.812/0001-95 - LS SERVIÇOS DE INFORMÁTICA E ELETRÔNICA LTDA

ITENS 4 E 5: DRONE
Valor Unitário: R$ 14.360,00
Valor Total: 114.880,00
Empresa: 11.094.173/0001-32 - OFFICE DO BRASIL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO EIRELI

ITEM 1: CÂMERA FOTOGRÁFICA DIGITAL RESOLUÇÃO MÍNIMA 24MP
ITEM 3: SERVIDOR DE REDE - CATEGORIA II
FRACASSADOS
ITEM 6: LICENÇAS DE USO DE SOFTWARE - MODULO COMPRAS
DESERTO

PEDRO LEONARDO DE PAULA REZENDE
Presidente

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE

AVISO DE CHAMADA PÚBLICA

A SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, torna público Edital da CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022, Processo Principal nº 2021.0000.605.7583 e nºs Processos Filhos constante nos Editais, referente a contratação de Grupos Formais, Informais e Individuais, para fornecimento de gêneros alimentícios para a Merenda Escolar, referente ao CEPI Heloisa de F. Vargas, CEPI Levindo Borba, CEPI Raimundo S. Amaral, CEPMG Gilvan Sampaio, C.E Angela Pimentel, C.E Alvamir F. dos Anjos, C.E Antonio Braga, C.E Antonio L. Lacerda, C.E Bezerra de Menezes, C.E Pedro A. de Moura, E.E Edson A. Pereira, E.E Indigena C. J. Borges, E.E Maria da C. Silva, E.E Oscar Campos - CRE Rubiataba; C.E Prof. Analice C. B. da Silva - CRE Iporá; C.E Otaviano de Moraes, E.E Maria do C. Franco, C.E José Cipriano, C.E de Indiara, CEPI B. do Rio Branco, E.E Maria Silva, C.E Pol. P. de Goiás, Lourival B. de Oliveira, CEPMG Cabo PM E. S. Lemes, C.E Prof. M. Aprensentação, E.E. Valeriano de Barros - CRE Palmeiras. Recebimento dos envelopes: Projetos de Venda e Habilitação dos Grupos Formais, Informais e Individuais do dia 02.12.21 até dia 21.12.21, com abertura dia 22.12.21. O Edital poderá ser acompanhado e retirado: https://site.educacao.go.gov.br/licitacoes/. Informações na Unidade Escolar.

ALESSANDRA BATISTA LAGO
Gerente de Licitação

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 27/2021

O Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Educação, com sede na Quinta Avenida, nº 212, Setor Leste Vila Nova, Goiânia-GO, torna público aos interessados que fará realizar em sessão pública, o procedimento licitatório: Pregão Eletrônico SRP nº 027/2021. Processo nº 202100006037864. Abertura: 15 de dezembro de 2021, às 09h. Tipo da Licitação: Menor Preço por Item. Objeto: Registro de Preço para contratação de empresa por um período de 12 (doze) meses, no intuito de realizar o fornecimento de mobiliário de aço para equipar as dependências administrativas escolar, bem como áreas de convívio coletivo das escolas que estão localizadas na região central do estado de Goiás, vinculadas a rede de ensino estadual de Goiás, conforme Edital e seus Anexos. Valor total estimado: R$ 25.644.982,36. As Propostas Comerciais e Documentação de Habilitação exigidas no Edital deverão ser encaminhadas, por meio do site www.comprasnet.go.gov.br, no período compreendido entre o dia 01.12.2021 até 08h59min do dia 15.12.2021. Os interessados poderão retirar o Edital nos sites: www.seduc.go.gov.br e www.comprasnet.go.gov.br. Informações poderão ser obtidas junto a Gerência de Licitação no endereço anteriormente mencionado. Telefone: (62) 3220.9569, e-mail: licitacao@seduc.go.gov.br.

ALBERTO HENRIQUE DINIZ SOUSA
Pregoeiro - SEDUC

AVISO DE RETIFICAÇÃO

A Gerência de Licitação, da Secretaria de Estado da Educação, no uso de suas atribuições legais, COMUNICA a ERRATA referente ao Aviso de Resultado, Processo nº 202100006032984, publicação do Diário Oficial da União, Sessão 3, Edição 223, pág. 215, Diário Oficial do Estado, nº 23.685, pág. 4 e Diário do Estado nº 2856, Sessão Classificados, no dia 29.11.2021. ONDE SE LÊ: "Pregão Eletrônico nº 023/2021": LEIA-SE: "Pregão Eletrônico nº 037/2021". As demais informações permanecem inalteradas.

EXTRATO DO 2º TERMO ADITIVO AO CO

Processo nº: 202100010000046
Parceiro Público: Estado de Goiás - Se
INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar d
Prorrogação do prazo de vigência do Con
2) Readequação do Plano de Metas de Pr
do repasse mensal de acordo com o Anex
financeiros para custeio referente a fo
cedidos ao Instituto Cem com lotação n
Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO
Médica e em Área de Saúde no HEJA.
2850.10.302.1043.2149.03.100.90 - 2850.
e oitenta) dias, com início em 21 de s
necessário para o desfecho do procedim
Signatários: Ismael Alexandrino Júnior -
Ferreira. - Instituto Cem.

EXTRATO

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº
Parceiro Público: Estado de Goiás - Secre
- Instituto de Medicina, Estudos e Desen
gerenciamento, operacionalização e execu
24 horas/dia, no Hospital Estadual Geral
R$ 1.107.428.695,68. Dotação Orçament
01/12/2021 a 23/11/2025. Signatários: Isr
Saúde. André Fonseca Leme - Instituto d

AVISO D
PREGÃO ELET

SECRETARIA DE ESTADO DA S
sessão pública do Pregão Eletrônicc
202100010009301, inicialmente marcad
remarcada para a data abaixo relaciona
maior prazo para responder a pedido
encontram-se à disposição na Gerência d
3800/3459 e no site: www.comprasnet.g
P.E. N.° 216/2021. Proc: 2021(
médico hospitalar (Ventilador Pulmonar
recursos de emenda parlamentar, Propos
Municipal de São Simão. Tipo: Menor pre
- Dotação Orçamentária: 2021.28.50.10.3(
- Fonte Recurso: 233
Data da abertura da sessão p
(Horário de Brasília).

AVISO

A SECRETARIA DE ESTADO DA
licitação abaixo relacionada na modalidac
encontra-se à disposição dos interessadc
GO, situada na Rua SC-I, nº 299, Parque
3201-3800/3459, e no site: www.compra
P.E. N.° 214/2021 - Proc: 20
eventuais aquisições de medicamentos, d
Alto Custo Juarez Barbosa-CEMAC, e der
demais especificações contidas no edital
Data de início da apresentação das prop
14h00min do dia 01/12/2021 (Horário de
partir das 09h00min do dia 20/12/2021

004590

AVISO

A SECRETARIA DE ESTADO DA
licitação abaixo relacionada na modalidac
encontra-se à disposição dos interessadc
GO, situada na Rua SC-I, nº 299, Parque
3201-3800, e no site: www.comprasnet.g
P.E. N.° 235/2021. Proc: 2020(
para futuras aquisições de Produtos Odor
para atender às necessidades das Unidad
de Goiás. Tipo: menor preço por item - V
da apresentação das propostas e docum
01/12/2021 (Horário de Brasília). Data da
do dia 15/12/2021 (Horário de Brasília).

004591

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO - SES

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 06/2021-SES/GO, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES-GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0004-80, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás. Goiânia - GO CEP: 74810-100, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, decidem celebrar o **1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 06/2021-SES/GO,** que se regerá pelas cláusulas abaixo e pelas disposições da Lei Estadual nº 15.503, de 28/12/2005, e suas alterações, tendo em vista o que consta do processo administrativo nº 202100010000046.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo o repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin - HEJA.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E CONTRATUAL

2.1. O objeto deste aditivo está amparado no Plano de Ação para Vigilância Epidemiológica (000023321324), no Despacho nº 637/2021 - GAOS (000021903865), na Requisição de Despesa nº 66/2021 - GAOS (000021903905) e autorização do Senhor Secretário de Estado da Saúde nela constante, e se fundamenta no art. 8º-A, caput e parágrafos 1º e 2º, na Lei Estadual nº 15.503/2005, e suas alterações, na Lei Federal nº 8.666/93, e suas alterações, Decreto nº 9.848/2021, na Lei Estadual nº 20.972, de 23 de março de 2021, e ainda, em conformidade com os termos do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO (000019172880).

CLÁUSULA TERCEIRA – DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS PARA O FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DOS NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - NVEH.

3.1. Fica estabelecido o repasse de R$ 300.000,00 (trezentos mil reais), em parcela única, provenientes da Portaria nº 2.624/GM/MS (000016970284), de 28 de setembro de 2020, para custeio das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), responsável pela

004592

realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme Plano de Ação para Vigilância Epidemiológica (000023321324), que fica fazendo parte integrante deste ajuste.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR DO PRESENTE TERMO ADITIVO

4.1. O **valor total** do presente termo aditivo é estimado em **R$ 300.000,00** (trezentos mil reais) referentes ao repasse de recursos financeiros para custeio das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin - HEJA.

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados na nota de empenho e respectiva dotação orçamentária abaixo relacionadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**
00071	03/09/2021	000023383254	R$ 300.000,00
T O T A L			**R$ 300.000,00**

SEQUENCIAL: 090	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000022065177)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2167	Estratégias de implantação e implementação ao enfrentamento ao novo Coronavirus
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	238	Transferência fundo a fundo do SUS - Bloco de Custeio das ASPS - Recursos
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente instrumento será contada a partir da data da assinatura do Secretário de Estado da Saúde, condicionada a sua eficácia à publicação de seu resumo na imprensa oficial.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

7.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

8.1. O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

004593

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 30/11/2021, às 11:41, conforme art. 2°, § 2°, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3°B, I, do Decreto n° 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 30/11/2021, às 15:30, conforme art. 2°, § 2°, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3°B, I, do Decreto n° 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000025584671** e o código CRC **833A6785**.

Referência: Processo n° 202100010000046

SEI 000025584671

004594

004595

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO - SES

2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 06/2021-SES/GO, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES-GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0004-80, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia - GO, CEP: 74810-100, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, decidem celebrar o **2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 06/2021-SES/GO,** para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim - HEJA, que se regerá pelas cláusulas abaixo e pelas disposições da Lei Estadual nº 15.503, de 28/12/2005, e suas alterações, tendo em vista o que consta do processo administrativo nº 202100010000046.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1. Prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO por período de 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão de novo chamamento público.

1.2. Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho alinhado ao perfil da unidade hospitalar buscando otimizar a eficiência e eficácia do desempenho com a consequente alteração do Anexo I (000023638900).

1.3. Readequação do valor do repasse mensal de acordo com o Anexo III (000023677779), Anexo IV (000023699213) e Anexo V (000023699239).

1.4. Repasse de recursos financeiros para custeio referente a folha de pagamento dos servidores estatutários cedidos ao Instituto Cem com lotação no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin - HEJA, conforme Anexo III (000023677779).

1.5. Inclusão de cláusula ao Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

1.6. Implantação dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim - HEJA, conforme previsão contida no Anexo II/2021-SESG (000025474115), elaborado pela Superintendência de Escola de Saúde de Goiás - SESG.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E CONTRATUAL

2.1. O objeto deste aditivo está amparado no Despacho nº 2975/2021 - GAB (v. 000023478808, nos autos 202100010038800), no Despacho nº 952/2021 - GAOS (000023699380), no Despacho nº 407/2021-SESG (000024986285), na Requisição de Despesa nº 319/2021 - GAOS (000023699368) e autorização do Senhor Secretário de Estado da Saúde nela constante, nos Anexos I (000023638900), II (000025474115), III (000023677779), IV (000023699213) e V (000023699239), que fazem parte integrante deste ajuste, e se fundamenta na Lei Estadual nº 15.503/2005, e suas alterações, na Lei Federal nº 8.666/93, e suas alterações, e ainda, em conformidade com os termos do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO (000019172880).

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 06/2021-SES/GO por 180 (cento e oitenta) dias, com início em **21 de setembro de 2021**, ou até o prazo estritamente necessário para o desfecho do procedimento de chamamento público já em andamento no Processo nº 202000010007246, ficando sua eficácia condicionada à publicação do extrato do termo aditivo no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUARTA – DA READEQUAÇÃO DO PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

4.1. Fica acordado a readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, alinhado ao perfil da unidade hospitalar, conforme disposto no Anexo I (000023638900) e no Despacho nº 982/2021-GERAT (000023947758), que fazem parte integrante deste Termo.

CLÁUSULA QUINTA – DA READEQUAÇÃO DO REPASSE MENSAL

5.1. Fica acordado para o presente ajuste a readequação do valor do repasse mensal para o Segundo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 006/2021 – SES/GO, consoante estabelecido no no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos (000023677779), no Anexo IV - Estimativa de Custeio Operacional (000023699213) e Anexo V - Regras e Cronogramas do Sistema de Repasse (000023699239). Deste modo, o valor mensal estabelecido anteriormente de R$ 2.203.128,13 (dois milhões, duzentos e três mil, cento e vinte e oito reais treze centavos) e no total de R$ 13.218.768,78 (treze milhões, duzentos e dezoito), passa a ser de R$ 2.679.441,91 (dois milhões, seiscentos e setenta e nove mil, quatrocentos e quarenta e um reais e noventa e um centavos), sendo R$ 2.672.374,44 (dois milhões, seiscentos e setenta e dois mil, trezentos e setenta e quatro reais e quarenta e quatro centavos) referente ao custeio mensal do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin - HEJA e R$ 7.067,47 (sete mil, sessenta e sete reais e quarenta e sete centavos) referente a folha de pagamento dos servidores estatutários cedidos ao Instituto Cem com lotação no

HEJA, totalizando a importância de R$ 16.076.651,46 (dezesseis milhões, setenta e seis mil, seiscentos e cinquenta e um reais e quarenta e seis centavos).

CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO

6.1. Fica acordado o repasse referente a folha de pagamento dos servidores estatutários cedidos ao Instituto Cem com lotação no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin - HEJA, conforme Anexo III deste ajuste (000023677779).

CLÁUSULA SÉTIMA – DA INCLUSÃO DE CLÁUSULA

7.1. Fica acordado a inclusão das subcláusulas abaixo transcritas, ao Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021 - SES/GO, em conformidade com a minuta-padrão disponibilizada pela Procuradoria-Geral do Estado, com a seguinte redação:

CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS HUMANOS:

"9.18. Na apuração dos limites constantes nos itens 9.5 e 9.6, será considerado o somatório das despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do PARCEIRO PÚBLICO cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.17".

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O PARCEIRO PRIVADO obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

"x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente, nos critérios estabelecidos pelo PARCEIRO PÚBLICO, com a finalidade de atender as exigências dispostas em atos normativos."

CLÁUSULA OITAVA – DA IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E EM ÁREA DE SAÚDE

8.1. Fica acordado a implantação dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin - HEJA, conforme previsão contida no Anexo II/2021-SESG (000025474115), elaborado pela Superintendência de Escola de Saúde de Goiás - SESG, e no Despacho nº 407/2021-SESG (000024986285).

CLÁUSULA NONA – DO VALOR

9.1. O valor total do presente termo aditivo é estimado em **R$ 16.076.651,46** (dezesseis milhões, setenta e seis mil, seiscentos e cinquenta e um reais e quarenta e seis centavos), assim discriminado:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL R$	VALOR TOTAL R$
Repasse de recurso financeiro referente o 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial a ser firmado entre o Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e a Organização Social de Saúde INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), pelo período de 180 dias, ou até conclusão de novo chamamento público.	180 (cento e oitenta) dias	2.672.374,44	16.034.246,64
Aporte de Recursos Financeiros referente aos servidores estatutários cedidos ao Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), conforme Anexo III (v. 000023677779).	180 (cento e oitenta) dias	7.067,47	42.404,82
TOTAL			**16.076.651,46**

CLÁUSULA DÉCIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados na nota de empenho e respectiva dotação orçamentária abaixo relacionadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	DATA	SEI	VALOR
00526	25/11/2021	(000025489609)	R$ 2.799.097,77
TOTAL			**R$ 2.799.097,77**

SEQUENCIAL: 064 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000025486613)		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral

004597

Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

SEQUENCIAL: 068	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000025486613)	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	232	Transferência de Recursos - Bloco Custeio das Ações e Serviços
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

10.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 10.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

10.3. Para o próximo exercício as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início do exercício a respectiva nota de empenho estimativo e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

11.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

12.1. O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

ANEXO DO TERMO ADITIVO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

004598

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ANEXO Nº I/2021 - GERAT- 18352
ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7. Serão de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP;

1.7.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.11.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

004599

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.16. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.18 Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata;

1.19. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

1.20. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde;

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do HOSPITAL, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.24. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

004600

- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Comitê de investigação do óbito materno e infantil;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance.

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.29. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrututra de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.34 O PARCEIRO PRIVADO deverá implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019

1.35 O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando sua atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

004601

- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).

- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.

- Programa Nacional de Avaliação dos Serviçoos de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

- Portaria de Consolidação Nº 6,de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde-Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD),Seção V.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.

- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

- PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 - DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.

- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.

- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

- Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade

1.36 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.37 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

1.38. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.39. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.40. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.40.1. Manter a Agência Transfusional (AT) em pleno funcionamento;

1.40.2. Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.40.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;

1.40.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

1.40.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.40.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.40.7. Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.

1.40.8. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

004602

1.40.9. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.40.10. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.40.11. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.40.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.40.13. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.40.14. Executar os procedimentos necessárias para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.

1.40.15. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.40.16. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.40.17. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expugo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.40.18. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

1.40.19. Oferecer assistência de urgência/emergência, independente do tipo de agravo, bem como assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) aos portadores de hemoglobinopatias, coagulopatias e outras doenças hematológicas, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

1.40.20. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.40.21. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.40.22. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.40.23. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.40.24. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.40.25. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.40.26. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.40.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.

- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.

- Programa de Treinamento e Educação Permanente

1.40.28. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.40.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.40.30. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.40.31. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.40.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.40.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.40.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

1.40.35. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

004603

1.40.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.40.37. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

1.40.38. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação dadocumentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, numprazo máximo de 48 (quarenta e oito) hora

2.4. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

2.5. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- **Nome**: Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino Amorim (HEJA)
- **CNES**: 2361949
- **Endereço**: Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva nº 115 Bairro Aeroporto
- **CEP:** 76330-000
- **Tipo de Unidade**: Hospital Geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.
- **Gerência da Unidade**: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
- **Funcionamento**: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O HEJA possui 19 leitos, destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, e 10 leitos de UTI adulto, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do HEJA

Internação	Quantidade
UTI Adulto	10 leitos
Clínico Adulto	08 leitos
Clínico Pediátrico	01 leito
Cirúrgico	08 leitos
Obstétrico	02 leitos
Observação (Box estabilização)	05
Observação (Box observação)	05
Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas)	02 salas
Centro Cirúrgico (Sala de parto)	01 sala
RPA	03

3.2.1.2. O hospital possui uma Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência é (e deverá continuar a ser) realizado pelo Hemocentro Regional de Ceres, tendo retaguarda do Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO). A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

3.2.1.3. O serviço de hemoterapia integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO, inclusive da Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção Terciária/Coordenação da Hemorrede, especialmente quanto a assistência hemoterápica e hematológica.

094604

3.2.1.4 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

3.2.1.5 A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando, sempre, a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. O HEJA foi fundado em 1990 e, atualmente, a Unidade funciona 24 horas realizando atendimentos de média e alta complexidade, prestando atendimento prioritariamente à Macrorregião Centro Norte e demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do **HEJA** serão consideradas as seguintes linhas de serviços, as quais possuem metas definidas:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Pediátrica

a.d) Saídas Obstétrica.

a.e) Internações em leitos de UTI.

b) Cirurgias Programadas - intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

f) Serviço Intra-Hospitalar de Desospitalização.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. Assistência Hospitalar

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO:** o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO.**

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

094605

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

n) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048/2000).

p) Sangue e hemoderivados.

q) Fornecimento de roupas hospitalares.

r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

s) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

t) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.2.5 Composição de equipe mínima de profissionais, tais como Enfermeiro e Assistente Social, para atuarem no processo de desospitalização.

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências de demanda espontânea, referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco.

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio da Central de Regulação Estadual.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

4.4. Atendimento Ambulatorial

4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissionais na Atenção Especializada

4.4.1.1 O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Estado ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida.

4.4.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.4.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

4.4.1.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

4.4.1.8. Outros serviços ambulatoriais multiprofissionais contemplados na instituição incluem:

- Farmácia Ambulatorial;
- Fonoaudiologia;
- Terapia Ocupacional;
- Consulta de Enfermagem;
- Fisioterapia.

4.4.1.9. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

3004686

4.4.1.10. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadros 03 e 04, abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Quadro 02. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HEJA

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HEJA
Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Ortopedia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Ginecologia/ Obstetrícia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Angiologia e Cirurgia Vascular

Quadro 03. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HEJA

Especialidades em Área Profissional da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HEJA
Psicólogo
Enfermeiro (egresso)

4.4.2. Cirurgias Programadas

4.4.2.1. Consideram-se as Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

4.4.2.2. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias ambulatoriais devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual

4.5. SADT Externo

4.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado aos pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde, e que possuem a prescrição para realizar o exame, devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.6. Serviços de Apoio

4.6.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação na Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.6.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.6.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.6.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar, serviço de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

4.6.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.6.6 Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 426/2021 ou outra norma vigente.

6.2. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

6.3. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

6.4. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico apartado, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.5. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

0004607

7. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

7.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.4. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus *sites* informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

II - METAS DE PRODUÇÃO

8. REGRA GERAL

8.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados com o Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino Amorim (HEJA), referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade esses indicadores e metas podem ser alterados a cada 03 (três) meses.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino Amorim (HEJA).

8.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

8.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

8.4.1. Internações Hospitalares

a) saídas Clínica Médica

b) saídas de Pediatria

c) saídas Obstétrica.

d) saídas Cirúrgicas

8.4.2. Cirurgias Programadas

8.4.3. Consultas Ambulatoriais

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

8.4.4. SADT Externo

8.4.5. Hospital Dia

8.5. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência de demanda espontânea, regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

8.6. As saídas cirúrgicas referente à Urgência/Emergência resultantes de internação hospitalar, os atendimentos do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

8.7. Determinantes da parte fixa

8.7.1. Internações Hospitalares

8.7.2. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 201 saídas hospitalares, sendo 59 saídas de Clínica Médica, 13 saídas de Pediatria, 26 saídas obstétricas e 103 saídas cirúrgicas com variação de ± 10%, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 05. Metas de saídas hospitalares para o HEJA

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal
Clínica Médica	59
Pediatria	13
Obstétrica	26
Cirúrgicas *	103

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 70% e 85% para enfermarias; e os tempos médios de permanência (TMP) para clínica médica 3,5 dias, pediatria 2 dias, cirúrgicas 2 dias e obstétrica 2 dias.

* Saídas Cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas e de urgência/ emergência.

8.7.3. Cirurgias Programadas

004608

8.7.3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 80 cirurgias ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até ± 10%. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

8.7.3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 06. Metas de cirurgias programadas para o HEJA

Cirurgias Programadas	Meta mensal
Cirurgias	80

Quadro 7. Especialidades Médicas iniciais para cirurgias programadas a serem oferecidas no HEJA

Especialidades Médicas para cirurgias programadas no HEJA
Cirurgia Geral
Ginecologia
Ortopedia

8.7.4. Consultas Ambulatoriais

8.7.4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de 1.450 consultas médicas e 350 consultas multiprofissionais, com variação de até ±10%.

Quadro 08. Metas de consultas ambulatoriais para o HEJA

Ambulatório	Meta mensal
Consulta médica na atenção especializada	1.450
Consulta multiprofissionais na atenção especializada	350

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada.

8.7.4.2. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais.

8.7.4.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

8.7.4.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde.

8.7.5. SADT Externo

8.7.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames eletrocardiograma, exames de Raio- x, exames de ultrassonografia, exames de ultrassonografia/ Doppler a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.7.5.2 A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 200 de eletrocardiograma, 200 Raio- x, 100 ultrassonografia, 40 ultrassonografia/ Doppler para pacientes externos, com variação de até ±10%, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 09. Metas de exames para o SADT Externo do HEJA

Exame	Meta mensal
Eletrocardiograma	200
Raio- x	200
Ultrassonografia	100
Ultrassonografia/ Doppler	40

9. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (ÂMBITO HOSPITALAR)

9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários de demanda espontânea, referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

9.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

9.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

9.3.1. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

9.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e desempenho dos processos da gestão da Unidade.

10.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

10.2. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro 10-Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %

004609

Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 21
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de partos cesáreos	≤ 15%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

10.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

10.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dia)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

10.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

10.2.4. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

10.2.5. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

10.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

Observação: o indicador será usado apenas como monitoramento, e não computará para efeito de desconto financeiro, haja vista, que o mesmo não está sob do parceiro privado.

10.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) - causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente

004610

10.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) - causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

10.2.9. Percentual de partos cesáreos

Conceituação: mede o percentual de cirurgias cesáreas realizadas em relação ao número total de partos.

Fórmula: [Nº de cesáreas realizadas / Total de partos realizados] x 100 - mensal

*** Informar a Taxa de Cesariana para efeito de monitoramento e acompanhamento.*

10.2.10. Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea

Conceituação: é instrumento para identificação de grupos de mulheres clinicamente relevantes nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea, permitindo comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições. Quando se aplica a classificação, otimiza o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local. Avalia a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesárea. Avalia a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo. Avalia a qualidade dos dados colhidos.

Fórmula: [N°de parturientes submetidas a cesárea classificadas pela Classificação de Robson no mês /Total de parturientes submetidas a cesárea no mês x 100]

10.2.11 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

10.2.12 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

10.2.13 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

Importante: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

ANEXO Nº II - ENSINO E PESQUISA/2021 - SESG- 03776

1. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE O ENSINO E PESQUISA

1.1. As atividades de ensino e pesquisa têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás e devem estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

1.2. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, seja de cursos tecnólogos para escolas técnicas ou para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

1.3 O PARCEIRO PRIVADO deverá viabilizar a constituição e funcionamento das comissões assessoras obrigatórias conforme disposto na Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores.

1.4. É fundamental e imprescindível o incentivo e a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

1.5 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria nº 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

1.6. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

1.7. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que incluirá visitas técnicas à Instituição.

1.8. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

1.9. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

004611

1.10. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área da Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

1.11. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

1.12. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

1.13. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

1.14 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento tanto da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade como da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU local), conforme a situação de cada unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

2. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC).

2.2. A residência é uma modalidade de ensino de pós-graduação, orientada por profissionais de elevada qualificação ética e profissional, destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização, que possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada.

2.3. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais que estarão vinculados ao Programa.

2.4. As vagas disponíveis nos Programas de Residências serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

2.5. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Residências Médicas (COREMEs) e da Comissão da Residência Multiprofissional de Saúde (COREMU).

2.6. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

2.7. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

3. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

3.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

3.2. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos dentre o conjunto de supervisores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

3.3 O preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

3.4. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

3.5. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

3.5.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC e disponível em http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo.

3.6. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

4.1. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

4.2. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

4.3. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

4.4. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área Profissional da Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

4.5. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

4.6. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos.

004612

4.7. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

4.8. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor ocorrerá seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme normativas da CNRMS e Regimento Interno da COREMU/SESG.

4.9. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores será realizada por comissão composta pelo Coordenador e por representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou alguém de sua indicação. O resultado final será comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

4.10. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

4.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores.

4.12. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

5. DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residências, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

5.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico, o valor referente ao mesmo será glosado imediatamente, o que deverá ser informado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão pela Coordenação de Residência da SESG.

6. ESTÁGIOS CURRICULARES

6.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

6.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº225/2021 – SES/GO, de 09 de março de 2021, ou outras que venham substituí-las.

6.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021 - GGDP- 03087

Este anexo constitui parte integrante do **1º Termo Aditivo** ao **Contrato de Gestão nº 06/2021-SES** com Instituto CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no **Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim – (HEJA - Decreto nº 9.922, de 10 de agosto de 2021)** . Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.2 Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

1.3 Disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

1.4 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.5 Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

1.6 Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

1.7 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

1.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

1.9 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

004613

1.10 Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .

1.11 Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO, será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

1.12 Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

1.13 Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

1.14 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.15 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

1.16 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

1.17 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

1.18 O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.19 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

1.21 O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.22 O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

1.23 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

1.24 Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

1.25 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

1.26 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.

1.27 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

1.28 O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

1.29 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

1.30 Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ DR. SANDINO DE AMORIM – (HEJA - Decreto nº 9.922, de 10 de agosto de 2021)** - Ago/2021.	
CARGOS	Total de Servidores cedidos
Enfermeiro - 18.464	1
TOTAL GERAL*	1

004614

Custo mensal total estimado**	**R$ 7.067,47 (sete mil, sessenta e sete reais e quarenta e sete centavos**
Fonte: RHNet Ref: Ago/2021 / Site: https://www.saude.go.gov.br/os-transparencia Ref: Ago/21	

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV - HEJA/2021 - GAOS- 14421

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL - HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ DR. SANDINO DE AMORIN (HEJA)

1.1. Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), o qual será objeto de prorrogação contratual, via aditivo, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, 07 dias por semana, ininterruptamente.

1.2. Para o cálculo estimado do custo operacional, consideraram-se os parâmetros estabelecidos pela Superintendência de Atenção Integral a Saúde- SAIS/Gerência de Atenção Terciária – GERAT, delineados no Anexo I alterado (v. 000023638900). Os critérios descritivos utilizados foram os seguintes:

a) Capacidade física instalada;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)*, bem como do acompanhamento diário obtido pela Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão/Gerência de Avaliação de Organizações Sociais (COMFIC/GAOS);

c) Tempo Médio de Permanência praticado pela Unidade Hospitalar, por clínica e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento;

d) Perfil epidemiológico dos pacientes encaminhados e atendidos no HEJA, com atenção especial ao potencial perfil para os atendimentos relacionados ao transplante;

e) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1. Perfil da Unidade

2.1.1. O HEJA possui 19 leitos, destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, e 10 leitos de UTI adulto, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do HEJA

Internação	Quantidade
UTI Adulto	10 leitos
Clínico Adulto	08 leitos
Clínico Pediátrico	01 leito
Cirúrgico	08 leitos
Obstétrico	02 leitos
Observação (Box estabilização)	05
Observação (Box observação)	05
Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas)	02 salas
Centro Cirúrgico (Sala de parto)	01 sala
RPA	03

2.2 Linhas de Serviços

2.2.1. Para o funcionamento do **HEJA** serão consideradas as seguintes linhas de serviços, as quais possuem metas definidas:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Pediátrica

a.d) Saídas Obstétrica.

a.e) Internações em leitos de UTI.

b) Cirurgias Programadas - intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

004615

f) Serviço Intra-Hospitalar de Desospitalização.

2.2.2. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1. Para o cálculo em tela, foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no uso integral dos custos fixos registrados em cada produto ou serviço comercializado e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está incorporado dos custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial, Anexo I (v. 000023638900).

c) Seleção de hospitais semelhantes na base de dados da Planisa (sistema KPIH).

3.1.3. Para o cálculo aqui apresentado, a consultora Planisa forneceu percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performace Indicators for Health* (KPIH) referência de 2019.

3.1.4. Foram utilizados dados fornecidos do *benchmark* de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67%. A Planisa não fornece para esses serviços a base de dados do ano de 2020, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

3.1.5. Cumpre destacar que a consultora disponibilizou dados referentes ao ano de 2020 somente para os serviços de UTI Covid e Unidade Semicríticas COVID, que não compõem a linha de serviços oferecida por esta unidade.

3.1.6. A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que o ano de 2020 foi cercado de atipicidade, sendo inteiramente marcado por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

3.1.7. A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

3.1.8. Importa, ainda, destacar, que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.1.9. Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.1.10. Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

3.2.2. O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidades possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. A existência de estágio e de educação permanente no Hospital também impactam de forma notável os gastos.

3.2.4. Ressalte-se, ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Considerou-se também a capacidade instalada atualmente existente, a série histórica de atendimentos; os equipamentos instalados, as especialidades e serviços.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1. O critério usado para o custeio das **"Internações Hospitalares"** é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias, de 90% para as UTI's, 60% para o centro cirúrgico.

3.3.2. Para a presente prorrogação considerou-se o resultado da seguinte composição de leitos, conforme descrito no Anexo I (v. 000023638900):

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do HEJA

Internação	Quantidade
UTI Adulto	10 leitos

004616

Clínico Adulto	08 leitos
Clínico Pediátrico	01 leito
Cirúrgico	08 leitos
Obstétrico	02 leitos
Observação (Box estabilização)	05
Observação (Box observação)	05
Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas)	02 salas
Centro Cirúrgico (Sala de parto)	01 sala
RPA	03

3.3.3. O custeio das **"Cirurgias"** foi estimado multiplicando o número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica.

3.3.4. Considerando ocupação de 60% para o **Centro Cirúrgico,** onde foram considerados o total de horas em que a sala fica sem uso para limpeza, total médio de preparo de sala, total de horas por cirurgia. Assim, o custeio estimado para as unidades foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

3.3.5. O custeio das **"Consultas Ambulatoriais"** foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em consultas médicas e consultas não-médicas. Os custos unitários das consultas médicas e não médicas foram obtidos de base de precificação/hospital geral tabela PLANISA/2019, na ausência de dados fornecidos pela consultora.

3.3.6. O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)"** foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante (internações e pronto socorro), a quantidade e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT. Considerando variação de metas em alguns setores e a consequente variação de demanda proporcional de exames, foi calculado o índice de variação de cada setor e multiplicado por cada exame solicitado, foram considerados a média extraídas no sistema do KPIH, referência novembro de 2020 a maio de 2021, foram considerados dados contidos no ANEXO I GERAT (v. 000023638900).

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1 O montante mensal do orçamento econômico-financeiro, do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), é de **R$2.672.374,44 (dois milhões, seiscentos e setenta e dois mil trezentos e setenta e quatro reais e quarenta e quatro centavos),** no P-50.

4.2. O custeio total estimado para a operacionalização do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), durante os 180 (cento e oitenta) dias, é de **R$16.034.246,64 (dezesseis milhões, trinta e quatro mil duzentos e quarenta e seis reais e sessenta e quatro centavos).**

4.3. Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

004617

HOSPITAL: HEJA

DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	P25	P50	P75	P25	P50	P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)								
1. INTERNAÇÃO								
1.1. Clínica Médica	Paciente-dia	207	592,21	707,40	711,19	122.587,47	146.431,80	147.216,33
1.2. Clínica Pediátrica	Paciente-dia	26	626,64	705,58	889,16	16.292,64	18.345,08	23.118,16
1.3. Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	207	537,60	620,42	685,41	111.283,20	128.426,94	141.879,87
1.4. Clínica Obstétrica	Paciente-dia	52	494,75	567,40	636,62	25.727,00	29.504,80	33.104,24
1.5. UTI Adulto	Paciente-dia	274	1.777,22	2.078,23	2.225,53	486.958,28	569.435,02	609.795,22
						762.848,59	**892.143,64**	**955.113,82**
1.2 EMERGÊNCIA								
1.2.1. Pronto Atendimento/PS	Atendimento	2673	157,23	261,19	309,24	420.275,79	698.160,87	826.598,52
						420.275,79	**698.160,87**	**826.598,52**
2. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)								
Cirurgias	Hora Cirúrgica	336,0	1.366,58	1.492,75	1.868,50	459.170,88	501.564,00	627.816,00
Partos	Quantidade	26,0	1.583,41	2.539,31	3.146,46	41.168,66	66.022,06	81.807,96
						500.339,54	**567.586,06**	**627.816,00**
3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL (c/HM e c/ Mat/Med)								
3.1 Consulta Médica								
3.1.1. Consulta Médica	Consulta	1.450	72,78	105,47	120,98	105.531,00	152.931,50	175.421,00
3.2 Consulta Não Médica								
3.2.1. Consulta Multiprofissional	Consulta	350	28,87	46,12	67,82	10.104,50	16.142,00	23.737,00
		1.800				**115.635,50**	**169.073,50**	**199.158,00**
4. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)								
4.1 Agência Transfusional	Exame	9	199,64	300,02	444,31	1.760,82	2.646,18	3.918,81
4.2 Análises Clínicas	Exame	4.392	6,06	7,91	9,42	26.618,31	34.744,36	41.376,97
4.3 Eletrocardiograma	Exame	314	12,03	14,40	25,14	3.777,42	4.521,60	7.893,96
4.4 Ultrassonografia	Exame	160	58,07	64,05	107,43	9.291,20	10.248,00	17.188,80
4.5 Ultrassonografia/Doppler	Exame	40	92,46	111,47	137,31	3.698,40	4.458,80	5.492,40
4.5 Raio X	Exame	1.231	15,40	18,30	25,10	18.957,40	22.527,30	30.898,10
4.8 Psicologia	Sessão	199	24,13	43,69	69,11	4.798,25	8.687,76	13.742,52
4.9 Fisioterapia	Sessão	171	15,41	21,01	25,20	2.629,25	3.584,73	4.299,62
4.9 Tomografia	Exame	57	43,25	62,50	84,43	2.465,25	3.562,50	4.812,51
		6.573				**73.996,30**	**94.981,23**	**129.623,69**
TOTAL SEM FIPE SAÚDE						**1.873.095,72**	**2.421.945,30**	**2.738.310,03**
APLICAÇÃO DE FIPE-SAÚDE 2020 (JAN-DEZ) DE 3,67%						68.742,61	88.885,39	100.495,98
APLICAÇÃO DE FIPE-SAÚDE 2021 (JAN-JUN) DE 6,67%						124.935,48	161.543,75	182.645,28
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO						**2.066.773,82**	**2.672.374,44**	**3.021.451,29**

1. Base de dados da Planisa, porém não limitado à amostra. Hospitais especializados de média e alta complexidade, com certificação de qualidade.

2. Conceito de Hospital Dia foi introduzido com realização de procedimentos que não carecem de internação (projeção de 04 poltronas/recuperação). Estimativa de cálculo com base em unidade de baixa complexidade do Estado de Goiás (2019).

3. Base de dados disponível em: <https://www.prosperabr.com/index.php?p=indicadores.php&G=1>. Acesso em janeiro/2021.

ANEXO Nº V - HEJA/2021 - GAOS- 14421

I – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se da seguinte forma, nos termos no Anexo I (v. 000023638900):

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Pediátrica

a.d) Saídas Obstétrica.

a.e) Internações em leitos de UTI.

b) Cirurgias Programadas - intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

0004618

f) Serviço Intra-Hospitalar de Desospitalização.

1.2. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

1.3. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

1.4. Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no Anexo I (v. 000023638900).

1.5. Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS I (v. 000023638900), II (v. 000023696883) e III (v. 000023677779), o mesmo deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR.**

1.6. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.7. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.8. As informações deverão ser enviadas até o dia 05 (cinco) dos mês subsequente a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.9. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

1.10. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA) e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.11. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.12. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela.

1.14. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais estimadas ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, acordada entre as partes nas respectivas reuniões de ajustes do Contrato de Gestão.

1.15. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

2. SISTEMA DE REPASSE

2.1 Conforme Despacho nº 2975/2021 - GAB (v. 000023478808, nos autos 202100010038800) e Anexo I (v. 000023638900) - GERAT, a prorrogação do contrato de gestão terá vigência de 180 (cento e oitenta) dias.

2.2. O montante mensal do orçamento econômico-financeiro, do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), é de **R$2.672.374,44 (dois milhões, seiscentos e setenta e dois mil trezentos e setenta e quatro reais e quarenta e quatro centavos),** no P-50.

2.3. O custeio total estimado para a operacionalização do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), durante os 180 (cento e oitenta) dias, é de **R$16.034.246,64 (dezesseis milhões, trinta e quatro mil duzentos e quarenta e seis reais e sessenta e quatro centavos).**

2.4. Do valor mensal, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor **R$2.405.137,00 (dois milhões, quatrocentos e cinco mil cento e trinta e sete reais)** ao mês e, para o período de 180 (cento e oitenta) dias de contrato, corresponde ao valor mensal de **R$14.430.821,98** (quatorze milhões, quatrocentos e trinta mil oitocentos e vinte e um reais e noventa e oito centavos).

2.5. Do valor mensal, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor R$267.237,44 (duzentos e sessenta e sete mil duzentos e trinta e sete reais e quarenta e quatro centavos) ao mês e, para o período de 180 (cento e oitenta) dias de contrato, corresponde ao valor mensal de R$1.603.424,66 (um milhão, seiscentos e três mil quatrocentos e vinte e quatro reais e sessenta e seis centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

2.6. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os indicadores de produção (modalidade de contratação das atividades assistenciais) e Indicadores de Desempenho, compondo assim os percentuais de repasse serão de acordo com a tabela abaixo:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	**PORCENTAGEM (%)**
Internações Hospitalares	80%
Cirurgias	7%
Atendimento Ambulatorial	13%
TOTAL (Mensal)	100%

2.7. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no Anexo IV (v. 000023699213).

TABELA II – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

004619

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 80%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Cirurgias Peso 7%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Atendimento Ambulatorial Peso 13%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos

3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

3.1. Os valores percentuais apontados no Anexo I (v. 000023638900) - GERAT, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL** ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

3.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM}=\frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

3.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM}= \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

3.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4

0084620

< 40%	0

3.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

3.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

3.7. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
9 a 10 pontos	100%
9 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 30/11/2021, às 11:42, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 30/11/2021, às 15:30, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000025584877** e o código CRC **3FE1262F**.

Referência: Processo nº 202100010000046

SEI 000025584877

004621

GOIÂNIA, QUARTA-FEIRA, 01 DE DEZEMBRO DE 2021
ANO 185 - DIÁRIO OFICIAL/GO N° 23.687
Diário Oficial

Informo, ainda, que, em atenção aos princípios do contraditório e da ampla defesa, fica concedido o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interposição de recurso, conforme item 3.6 do Parecer PROCSET-05071 nº 817/2021; pagamento da multa lançada no Documento de Arrecadação de Receitas Estaduais - DARE, anexo, se assim preferir; ou, ainda, para apresentação de proposta de compensação amigável, com a indicação das notas fiscais correspondentes, sob pena de ser descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração.

Ressalto, por fim, que a ausência de regularização da referida pendência implicará na sua inscrição no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais - CADIN ESTADUAL, no prazo de até 30 (trinta) dias, conforme Lei estadual nº 19.754/2017.

Atenciosamente,

MAURO THEOBALD
SUPERINTENDENTE DE GESTÃO INTEGRADA

Protocolo 270404

EXTRATO DO 1° TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 06/2021/SES-GO (HEJA). **Processo nº**: 202100010000046. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas. **Objeto:** Constitui objeto do presente termo aditivo o repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin - HEJA. Valor: R$ 300.000,00 (trezentos mil reais). Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2167.03.238.90. **Vigência**: A partir da data da assinatura do Secretário de Estado da Saúde. **Signatários**: Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Jeziel Barbosa Ferreira. - Instituto Cem.

Protocolo 270511

EXTRATO DO 2° TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 06/2021/SES-GO (HEJA). **Processo nº**: 202100010000046. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado**: INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas. **Objeto:** 1) Prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO. 2) Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho. 3) Readequação do valor do repasse mensal de acordo com o Anexo III, Anexo IV e Anexo V. 4) Repasse de recursos financeiros para custeio referente a folha de pagamento dos servidores estatutários cedidos ao Instituto Cem com lotação no HEJA. 5) Inclusão de cláusula ao Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO. 6) Implantação dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde no HEJA. Valor: R$ 16.076.651,46. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.100.90 - 2850.10.302.1043.2149.0 3.232.90. **Vigência:** 180 (cento e oitenta) dias, com início em 21 de setembro de 2021, ou até o prazo estritamente necessário para o desfecho do procedimento de chamamento público já em andamento. **Signatários:** Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Jeziel Barbosa Ferreira. - Instituto Cem.

Protocolo 270513

Formação de parceria para o gere
execução das ações e serviços de
dia, no Hospital Estadual Geral e M
Valor Global: R$1.107.428.695
2850.10.302.1043.2149.03.100.90
23/11/2025. **Signatários:** Ismael A
de Estado da Saúde. André Fonsec
Estudos e Desenvolvimento - IMED

EXTRATO DO TERMO DE CESSÃ
GO. **Processo** nº: 2021000100355
01 (um) veículo, sendo marca/m
1016V, ano/modelo 2008/2009,
placa NKZ-7871. **Cedente:** Estado
da Saúde. **Cessionário**: Municíp
26/11/2021 a 25/11/2041. **Signatá**
- Secretário de Estado da Saúde. R
- Prefeita Municipal de Itaberaí-GO.

Aviso de Adiamento e Republica
216/2021
A SECRETARIA DE ESTADO DA
que a realização da sessão púb
216/2021, referente ao processo nº
marcada para o dia 25/11/2021 às
data abaixo relacionada. O adiame
de maior prazo para responder a p
e demais informações encontram-s
Compras Governamentais/SES-GC
site: www.comprasnet.go.gov.br.
P.E. N.° 216/2021. Proc: 202100(
de equipamento médico hospitalar
- adulto, pediátrico e neonatal)
parlamentar, Proposta 00544963
Hospital Municipal de São Simão
- Valor total estimado: R$ 249.3(
2021.28.50.10.302.1043.2149.04 - I
- Fonte Recurso: 233 Data da aber
das 09h00min do dia 14/12/2021 (H
Goiânia/GO, 30 de novembro de 20
Natal de Castro
Gerente da GCG/SES

Aviso de Republic
A SECRETARIA DE ESTADO DA
que realizará a licitação abaix
PREGÃO ELETRÔNICO, na forma
disposição dos interessados na G
mentais/SES-GO, situada na Rua S
Goiânia/GO, CEP: 74.860-270 - Fc

EXTRATO DO 5º Termo Aditivo ao CONTRATO Nº 136/2017 SES-GO. **Processo:** 201700010008209. **Objeto:** Repactuação do valor contratado, para os períodos de 01/03/2021 à 08/11/2021; prorrogação do prazo de vigência por mais 12(doze) meses e Redução do valor Contratado. **Contratada:** GARRA FORTE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA - EPP. **Data de Assinatura:** 30/11/2021. **Vigência:** início em 09 de novembro de 2021 e término em 08 de novembro de 2022. **Signatários:** Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde; Liliane Maria Ferreira - Garra Forte Administração e Serviços Ltda - EPP.

Protocolo 270591

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 80/2021-SES/GO. **Processo nº**: 202000010030869. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento. **Objeto**:

www.comprasnet.go.gov.br.
P.E. N.° 214/2021. Proc: 2021000
preço para eventuais aquisições
Central Estadual de Medicamentos
sa-CEMAC, e demais órgãos inte
e demais especificações contidas
Estimado: R$ 61.329.344,82
Data de início da apresentação da
habilitação: A partir das 14:00 h
Brasília). **Data da abertura da sess**
h do dia 20/12/2021 (Horário de B
Goiânia/GO, 30 de novembro de 20
Natal de Castro - Gerente da GCG/S

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIAS
Assinado digitalmente pela ABC - AGENCIA BRASIL CENTRAL
CODIGO DE AUTENTICACAO: 47de4914

Contrato de Gestão n° 107/2018-SES/GO

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto CEM Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN, para os fins que se destina.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pelo **PROCURADOR-GERAL DO ESTADO**, JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 1235192 2ª via, expedida pela SPTC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 292.108.101-63, residente e domiciliado nesta Capital,, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada por seu Secretário, LEONARDO MOURA VILELA, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018, (4871395), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, nº 2.496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Edifício/Condomínio: Condomínio New Business Style, Setor Jardim Goiás, CEP: 74.810-100, Goiânia/GO, neste ato representado por seu Presidente THADEU DE MORAIS GREMBECKI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SP 334.720, portador da CI/RG nº 32.668.705-1, inscrito no CPF nº 220.520.218-92, residente e domiciliada Sorocaba/SP.

RESOLVEM, na forma da Lei Estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, no Despacho nº 1078/2018 SEI – SCAGES (4851218), Despacho n° 2420/2018-SEI-SGPF (4851206), na Resolução do Conselho Estadual de Investimentos, Parcerias e Desestatização/Conselho Gestor de PPP (CIPAD) nº 041/2013, de 18 de dezembro de 2012 (4851137), e no Ato de Dispensa de Chamamento Público de Contrato de Gestão Emergencial

004624

(4860837), celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, tudo constante do processo administrativo nº 201800010045768, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria para a execução das atividades de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN, nos termos do que se encontra detalhado nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho, consideradas partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais.

1.2. Este CONTRATO DE GESTÃO, como instrumento de natureza convenial, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás; na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005; e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

São obrigações e responsabilidades do PARCEIRO PRIVADO:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste CONTRATO DE GESTÃO.

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.5. Deverá o PARCEIRO PRIVADO administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para a imediata patrimonialização pública

dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, nos termos do art. 9º, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN), nos termos do art. 7º, I, alínea "h", da Lei Estadual nº 17.257/2011.

2.8. Comunicar ao PARCEIRO PÚBLICO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.

2.9. Disponibilizar ao PARCEIRO PÚBLICO para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste CONTRATO DE GESTÃO, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

2.10. Pôr à disposição do PARCEIRO PÚBLICO para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do CONTRATO DE GESTÃO.

2.11. Utilizar os bens móveis e imóveis adquiridos com os recursos provenientes do contrato de gestão exclusivamente na sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.12. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

2.13. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta de Trabalho, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho.

2.14. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.

2.15. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho.

2.16. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.

2.17. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

2.18. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os

004620

princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

2.19. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas.

2.20. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta de Trabalho apresentada.

2.21. Contratar, por meio de processo seletivo, sob regime da CLT, profissionais técnicos e administrativos em quantidade necessária e condizente ao adequado cumprimento das atividades e dos serviços inerentes ao objeto dessa parceria.

2.22. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao PARCEIRO PÚBLICO, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

2.23. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.24. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.25. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.26. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta de Trabalho apresentada.

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência.

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de

regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Trabalho.

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste CONTRATO DE GESTÃO.

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.

2.36. Apresentar semestralmente à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO a prestação de contas correspondente ao período, a qual deverá seguir acompanhada das notas fiscais de compras e serviços, certidões negativas de débitos perante as Fazendas Públicas estadual, federal e municipal, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e da justiça do trabalho, bem como a relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros.

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao PARCEIRO PÚBLICO, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.

2.39. Comunicar imediatamente ao PARCEIRO PÚBLICO qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989).

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, com envio semestral de seus resultados ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior.

004628

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo PARCEIRO PÚBLICO, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor.

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes as atividades e operações objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pelo pessoal especialmente designado pelo PARCEIRO PÚBLICO, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.

2.47. Restituir à conta do PARCEIRO PÚBLICO o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº 15.503/05, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria.

2.49. Manter por 05 (cinco) anos, contados da análise da prestação de contas pelos órgãos de controle, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este CONTRATO DE GESTÃO.

2.50. Remeter imediatamente ao órgão supervisor e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações administrativas e/ou judicial que o PARCEIRO PÚBLICO tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo.

2.50.1. Encaminhar ao órgão supervisor os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.51. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento.

2.52. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão.

2.53. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.54. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

004629

2.55. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

2.56. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.

2.57. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.

2.58. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral.

2.59. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.

2.60. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.

2.61. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.

2.62. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatória.

2.63. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo PARCEIRO PÚBLICO e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, manifestar-se quanto ao interesse em mantê-los.

2.64. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido.

2.65. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo PARCEIRO PÚBLICO com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

2.66. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.67. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho apresentada.

2.68. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo Parceiro Privado do recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

084630

2.69. Ao Parceiro Privado é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste Contrato de Gestão para manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.11.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

São responsabilidades do PARCEIRO PÚBLICO:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na cláusula oitava deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.2. Prestar ao PARCEIRO PRIVADO o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, desde que não acarrete em ônus financeiro extra.

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.4. Permitir o uso de bens móveis que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.5. Ressarcir o PARCEIRO PRIVADO por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.6. Manter no sítio eletrônico do órgão supervisor e no Portal de Transparência do Governo do Estado os dados sobre a execução e avaliação do presente CONTRATO DE GESTÃO.

3.7. Proceder à cessão de servidores públicos ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B da Lei nº 15.503.

3.8. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal.

3.9. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo PARCEIRO PRIVADO por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

Os PARCEIROS se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

004631

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.4. Divulgar junto à Comunidade a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações;

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude o §2º, do art. 10, da Lei 15.503 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao PARCEIRO PRIVADO a ampla defesa e o contraditório.

5.1.3. Notificado o PARCEIRO PRIVADO sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização.

5.1.4. Rejeitada a justificativa o PARCEIRO PRIVADO poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão.

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos, contados da análise das contas.

5.5. O PARCEIRO PRIVADO apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste Contrato de

004632

Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar, até o dia 10 de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do PARCEIRO PRIVADO as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis pela fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado e à Controladoria Geral do Estado para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização informarão imediatamente autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de **180 (cento e oitenta) dias**, contados **a partir de 27 de novembro de 2018**, condicionada à outorga pelo Procurador-Geral do Estado, ou até que se conclua o novo chamamento público para seleção de nova Organização Social para gestão da respectiva unidade hospitalar (processo administrativo nº 201800010042187), o que vier a ocorrer primeiro, ficando a eficácia condicionada à publicação de seu resumo na imprensa oficial.

6.2. Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente CONTRATO DE GESTÃO se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito ao contraditório e a ampla defesa.

6.3. O presente ajuste será denunciado unilateralmente pela **PARCEIRO PÚBLICO**, para expiração antecipada do prazo de sua vigência, a partir da data da publicação do extrato do novo contrato.

6.3.1. A denúncia a que se refere a subcláusula 06.3 efetivar-se-á por meio de

004633

comunicação por correio eletrônico, com antecedência estimada de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO especificados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO a importância global estimada de **R$ 13.769.793,60** (treze milhões, setecentos e sessenta e nove mil, setecentos e noventa e três reais e sessenta centavos).

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste CONTRATO.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo PARCEIRO PÚBLICO, a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.5. Poderá o PARCEIRO PÚBLICO, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao PARCEIRO PRIVADO a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. O PARCEIRO PRIVADO deverá movimentar e aplicar os recursos lhe repassados em instituições financeiras que possuam na modalidade "moeda local de curto prazo" nota mínima "B", conforme classificação de risco atribuída pela agência de *rating* internacional *Standard & Poor's,* ou, em não havendo aquela, na modalidade "brA-3".

7.8. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO manter e movimentar os recursos transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica, de modo que não sejam confundidas com os

004634

recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO, apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categorias.

7.10. Deverá o PARCEIRO PRIVADO renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o PARCEIRO PRIVADO renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então deverá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.12. O PARCEIRO PRIVADO fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente CONTRATO DE GESTÃO, a título de:

a) taxa de administração, de gerência ou similar;

b) publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes da organização social, autoridades ou servidores públicos;

c) pagamento de benefícios a empregados do PARCEIRO PRIVADO não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do PARCEIRO PRIVADO na condição de entidade privada sem fins lucrativos.

7.14. Ao final do CONTRATO DE GESTÃO, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao PARCEIRO PÚBLICO.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. O repasse será feito em 6 (seis) parcelas de **R$ 2.294.965,60** (dois milhões, duzentos e noventa e quatro mil, novecentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos), sendo: **R$ 2.286.829,02** (dois milhões, duzentos e oitenta e seis mil, oitocentos e vinte e nove reais e dois centavos) o valor líquido para custeio da Unidade; **R$ 8.136,58** (oito mil, cento e trinta e seis reais e cinquenta e oito centavos) referente à estimativa da integralidade da folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN, conforme quadro abaixo, respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º dia útil de cada mês:

004635

DETALHAMENTO	ESTIMATIVA DE CUSTO MENSAL	PERÍODO	ESTIMATIVA DE CUSTO TOTAL
Repasse Mensal de recurso financeiro referente ao Contrato de Gestão Emergencial a ser celebrado entre o Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e a Organização Social Instituto CEM para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações no Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, por 180 (cento e oitenta) dias, a partir dodo dia 27 de novembro de 2018.	R$ 2.286.829,02	27/11/2018 a 26/05/2019	R$ 13.769.793,60
Valor referente à folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN.	R$ 8.136,58		

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da Nota de Empenho e dotação orçamentárias abaixo discriminadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**NÚMERO SEI**	**VALOR (R$)**
00279	21/11/2018	4865721	2.600.961,01
Total empenhado (R$)			**2.600.961,01**

Sequencial: 078	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1028	Programa Promoção, Prevenção e Proteção a Assistência Integral à Saúde
Ação	2137	Gestão Inteligente das Unidades Assistenciais de Saúde
Grupo de despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte	100	Receitas Ordinárias

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

004636

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O PARCEIRO PRIVADO utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentado em sua Proposta de Trabalho, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do PARCEIRO PÚBLICO e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo.

9.2. É vedado ao PARCEIRO PRIVADO o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste CONTRATO DE GESTÃO, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento.

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do PARCEIRO PÚBLICO à disposição do PARCEIRO PRIVADO serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do PARCEIRO PRIVADO deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.5. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta de Trabalho apresentada.

9.6. O PARCEIRO PRIVADO responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO.

9.7. O PARCEIRO PRIVADO poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.9. Caso o PARCEIRO PRIVADO possua mais de um contrato de gestão firmado com o PARCEIRO PÚBLICO na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.10. Na hipótese do PARCEIRO PRIVADO não alcançar as metas pactuadas poderá o PARCEIRO PÚBLICO adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

004637

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este CONTRATO DE GESTÃO.

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.14. O PARCEIRO PÚBLICO fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo PARCEIRO PRIVADO visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.15. O PARCEIRO PRIVADO não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

9.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo PARCEIRO PÚBLICO, deverá o PARCEIRO PRIVADO comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação de seus termos pelo CIPAD e outorga pela Procuradoria-Geral do Estado.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do CONTRATO DE

GESTÃO, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo PARCEIRO PRIVADO, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO a Organização Social parceira perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás;

11.1.2. O PARCEIRO PRIVADO utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o CONTRATO DE GESTÃO e as disposições legais;

11.1.3. O PARCEIRO PRIVADO deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo PARCEIRO PÚBLICO;

11.1.4. O PARCEIRO PRIVADO por dois semestres não cumprir as metas previstas neste CONTRATO DE GESTÃO;

11.1.5. O PARCEIRO PRIVADO descumprir qualquer cláusula deste CONTRATO DE GESTÃO e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo PARCEIRO PÚBLICO.

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste CONTRATO DE GESTÃO ou em razão do término de sua vigência, a Organização Social não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, o PARCEIRO PÚBLICO providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo à Organização Social direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O PARCEIRO PRIVADO poderá suspender a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o PARCEIRO PÚBLICO com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

004639

11.5. O PARCEIRO PRIVADO terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, para quitar as obrigações deste decorridas e prestar contas de sua gestão ao PARCEIRO PÚBLICO.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este CONTRATO DE GESTÃO poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O PARCEIRO PRIVADO obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na *internet*, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) O CONTRATO DE GESTÃO e os seus eventuais aditivos;

b) O regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

c) Seus registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão. Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

d) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

e) Atas de suas reuniões, que tenham relação com este CONTRATO DE GESTÃO;

f) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

g) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

h) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo PARCEIRO PÚBLICO;

i) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao PARCEIRO PÚBLICO;

j) Relação mensal dos seus empregados com os respectivos salários;

k) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com os respectivos salários mensais;

l) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, respectivos resultados, os contratos e eventuais termos aditivos;

m) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente desta.

n) Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo PARCEIRO PRIVADO, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

004640

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

13.1.1. Anexos Técnicos.

13.1.2. Proposta de Trabalho apresentada pela organização social.

13.1.3. Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e

13.1.4. Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O PARCEIRO PRIVADO é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo PARCEIRO PRIVADO de regra constante deste CONTRATO DE GESTÃO ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o PARCEIRO PÚBLICO, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) advertência;

b) suspensão da execução do contrato de gestão;

c) multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente também aos dirigentes da Organização Social, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) rescisão do contrato;

e) desqualificação;

f) instauração de Tomada de Contas Especial.

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito do PARCEIRO PÚBLICO exigir indenização dos prejuízos sofridos.

004641

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA– DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA– DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta da secretaria de estado ou da entidade da administração indireta da área do serviço objeto deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo PARCEIRO PÚBLICO, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os **preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.**

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, perante 2 (duas) testemunhas, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Goiânia, 27 de NOVEMBRO de 2018.

JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO
Procurador-Geral do Estado

João Carlos Gorski
Superintendente Executivo
SUPEXI/SES-GO

LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde

THADEU DE MORAIS GREMBECKI
Instituto CEM

TESTEMUNHAS:

1.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____
2.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

004642

ANEXO TÉCNICO I
ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este Anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta diversas cláusulas específicas para Contrato de Gestão celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde-SES. O objetivo é descrever em detalhes diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo é dividido em quatro segmentos:

1- Especificações Técnicas, que normatiza a execução contratual na área da saúde;

2- Descritivo de Serviços, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este Contrato;

3- Estrutura e Volume de Atividades Contratadas e

4- Conteúdo das informações a serem encaminhadas à SES.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação eletrônica, a ser disponibilizado pela SES, para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SES;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, segundo os critérios da SES e do Ministério da Saúde - MS;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas da Unidade. As altas ambulatoriais e prescrições médicas deverão ser disponibilizadas até às 19h, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de

004643

frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como os logotipos do SUS e da Unidade;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites para eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando, a qualquer momento, à SES e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade;

1.7. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar, junto à SES, o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse;

1.8. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato;

1.9. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.10. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online*, à SES, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC nº 02 e NBR 15943/2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos, com empresas idôneas e certificadas, de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.10.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de

004644

equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à SES, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.12. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

· Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

· Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

· Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da Unidade.

· Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

· Permitir a visita ao usuário internado conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

· Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

· Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

004645

· Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

· Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

· Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

· Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

· Cumprir a Política Nacional e Estadual do Sangue, Componentes e Hemoderivados.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como o ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.15. Implantar Pesquisa de Satisfação do Usuário, conforme item 2 do Anexo Técnico III;

1.16. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.17. Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo SUS;

1.18. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.19. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da SES. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos no Anexo Técnico III deste Contrato;

1.20. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras unidades de saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Municipal, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

004646

1.21. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem

c) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT

e) Comissões Compulsórias da ANVISA e MS:

- Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (Nutrição Enteral e Parenteral), de acordo com a Portaria GM/SNVS/MS e RDC da Anvisa nº 63/00

- Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Comissão de Farmacoterapia

1.22. Seguir os preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

- Os laboratórios prestadores de serviços às Unidades da Rede do Estado de Goiás devem seguir fluxo de monitoramento de bactérias multiresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.

- Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.

- Alimentar o Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde).

- Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas a Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais.

- Garantir, às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento, conforme Resolução nº 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

1.23. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de

034647

doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.24. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrututra de saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.25. Em relação ao gerenciamento de tecnologias em saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter, durante a vigência deste Contrato, um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a Unidade na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.26. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa, quando for necessário, dessas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.27. Como parte do acompanhamento e supervisão do gerenciamento de equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas nos equipamentos, como também ao registro histórico desses equipamentos para subsidiar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO de encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à SES a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.28. O rol de leis e normas sanitárias no qual as gerências do HUTRIN deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

004648

· Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

· Lei Federal Nº 12.845, de 01/08/13 - Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

· Lei nº 9.431, Nº de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

· Lei Federal nº 12.303/10 - exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas - teste da orelhinha.

· PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

· PT GM/MS Nº 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.

· PT GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

· PT GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré - hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

· PT GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

· PT GM/MS Nº 1. 559, de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

· PT GM/MS Nº 2.529, de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

· PT SVS/MS Nº 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos Raios-x diagnósticos em todo território

004649

nacional e dá outras providências.

· PT GM/MS Nº. 881, de 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.

· PT MS/SAS Nº 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.

· PT MS/SAS Nº 793 de 24 de abril de 2012 -Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

· PT Nº 1.377 de 09/07/2013- Aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).

· PT Nº 2.095 de 24/09/13 – Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015.

· PT Nº 48/2004 – MS - Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e dá outras providências.

· PT Nº 529/MS, de 01/04/13, e RDC nº 36, de 25 /07/ 13 - Núcleo de Segurança do Paciente.

· PT GM/MS Nº 1459, de 24/06/11 – Institui a Rede Cegonha e contém parâmetros e objetivos para o Serviço de Admissão Obstétrica, com a utilização dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco, segundo Portaria do Humaniza- SUS/ Classificação de Risco GM/MS nº 569, 570 e 572, de 01/06/2000.

· PT GM Nº 1683, de 12/07/2007 – Institui as três etapas do Método Canguru de assistência humanizada aos recém-nascidos de baixo peso.

· PT GM nº 2051, de 08/11/2001 (Anexo nº 2) e Resoluções da ANVISA (RDC 221 e 222) -Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.

· RDC nº 171/ANVISA, de 04/09/2006- Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento do Banco de Leite Humano, com prazo de 6 meses para adequações,

004650

se necessário.

· RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria nº 1.884, de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307, de 14/11/2002, publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº 189, de 18/07/2003, publicada no DOU de 21/07/2003.

· Resolução CFM Nº 1802/2016 – Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

O HUTRIN está localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO – CEP:75380-000, possui funcionamento 24 horas por dia, sete dias da semana ininterruptamente e integra a Rede Estadual de Hospitais de Urgências e Emergências do Estado de Goiás - Rede HUGO. É regulado pela Central de Regulação Municipal, sendo responsável pelo atendimento de Baixa e Média complexidade em Urgência/Emergência, clínica médica, clínica cirúrgica e clínica obstétrica. A região de abrangência da Unidade é o município de Trindade e municípios circunvizinhos de Palmeiras de Goiás, Campestre, Santa Bárbara. O ambulatório funciona de segunda a sexta-feira das 07h às 19h.

Capacidade Operacional da Unidade: 64 leitos assistenciais

Leitos de Internação	Clínica Médica	19
	Clínica Cirúrgica	12
	Clínica Obstétrica	15
Total de Leitos Operacionais	**46 leitos**	
Leitos Auxiliares	Observação	16
	Reanimação	02
Total de Leitos Auxiliares	**18 leitos**	
Total de Leitos	**64 leitos**	

A Unidade conta também com 01 Centro Cirúrgico com 02 salas cirúrgicas e 2 leitos

004651

de Recuperação Pós Anestésica – RPA.

O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades definidas no seu perfil de atendimento.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados por meio dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares e no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como por meio dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela SES.

O PARCEIRO PRIVADO deverá aderir ao Sistema de Informação para Monitoramento, Controle e Avaliação a ser disponibilizados pela SES. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SES.

O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Municipal, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis na Unidade, com tempo de resposta em no máximo 01(uma) hora.

1. Assistência Hospitalar

Internação (Saídas Hospitalares)

A distribuição dos 64 leitos propostos prevê a utilização de 46 leitos de internação, além de 18 leitos auxiliares, sendo 16 de Observação e 02 leitos de Reanimação no Pronto Socorro. Os pacientes serão referenciados por meio da Central de Regulação Municipal.

004652

2. Atendimento Ambulatorial

O atendimento ambulatorial compreende:

a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

b. Interconsulta

c. Consulta subsequente (retorno)

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Município à Unidade, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela SES.

2.1. No processo de Assistência Ambulatorial estão incluídos:

1. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação.

2. Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

3. Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de assistência, de acordo com listagem do SUS.

4. Serviço de Nutrição e Alimentação com fornecimento de insumos necessários para a elaboração, preparo e distribuição de refeições para os funcionários da Unidade e pacientes, quando necessário.

5. Assistência por equipe multiprofissional especializada.

6. Diárias de hospitalização, em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do usuário.

7. Hemocomponentes e hemoderivados.

8. Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes, quando necessário.

9. Material descartável necessário à assistência multiprofissional.

10. Fornecimento de enxoval hospitalar.

11. Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

Consultas de Especialidades Médicas oferecidas pelo Ambulatório da Unidade:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia., Pediatria.

Obs.: O Pediatra presta atendimento ao ambulatório e aos bebês do berçário e das enfermarias de internação.

SADT Interno oferecido pela Unidade:

Análises Clínicas	Eletrocardiograma	Raio-X

004654

3. Programas Especiais e Novas Especialidades

Se, ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre os contratantes, o HUTRIN se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, essas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO, após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente Contrato.

III – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. INTERNAÇÃO (SAÍDAS HOSPITALARES)

A Unidade deverá realizar 400 saídas hospitalares/mês, com variação de ± 15%de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Internação (saídas hospitalares)	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	TOTAL
Clinica Médica	140	140	140	140	140	140	**840**
Clinica Cirúrgica	140	140	140	140	140	140	**840**
Clínica Obstétrica	120	120	120	120	120	120	**720**
TOTAL	**400**	**400**	**400**	**400**	**400**	**400**	**2.400**

2. ATENDIMENTO À URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

A Unidade deverá realizar um número de 7.300 atendimentos/mês de urgência.

Urgência / Emergência	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	TOTAL
Atendimentos Médicos	7.300	7.300	7.300	7.300	7.300	7.300	**43.800**

004655

3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O hospital deverá realizar um número de atendimento ambulatorial de 1.200 consultas médicas/mês e 400 consultas não médicas/mês, de acordo com a capacidade operacional do ambulatório:

Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Consulta Médica	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	**7.200**
Consulta não médica	400	400	400	400	400	400	**2.400**
TOTAL	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**9.600**

Especialidades Médicas Oferecidas:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia e Pediatria.

IV – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à SES toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por essa determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade
- Relatórios de Custos em Regime Trimestral
- Censo de origem dos pacientes atendidos
- Pesquisa de Satisfação de pacientes e acompanhantes
- Outras a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

004656

ANEXO TÉCNICO II

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de Repasse

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO subdivide-se em 03 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, nas modalidades abaixo assinaladas:

a) Internação (Saídas Hospitalares)

b) Atendimento às Urgências

c) Atendimento Ambulatorial

1.1. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

2. Além das atividades de rotina, o HUTRIN poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da SES, conforme especificado no item IV do Anexo Técnico I - Descritivo de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do HUTRIN é estimado em **R$ 13.769.793,60** (cento e dez milhões, cento e cinquenta e oito mil, trezentos e quarenta e oito reais e oitenta centavos) para o período de até **180 (cento e oitenta) dias**, e compõe-se da seguinte forma:

3.1. Da parte fixa, **90% (noventa por cento)** desse montante corresponde ao valor de **R$ 12.392.814,24** (doze milhões, trezentos e noventa e dois mil, oitocentos e quatorze reais e vinte e quatro centavos), sendo:

· **70% (setenta por cento)** desse valor correspondem a **R$ 8.674.969,97** (oito milhões, seiscentos e setenta e quatro mil, novecentos e sessenta e nove reais e noventa e sete centavos), refere-se ao custeio das despesas com a **Internação (saídas hospitalares);**

· **25%** desse valor correspondem a **R$ 3.098.203,56** (três milhões, noventa e oito mil, duzentos e três reais e cinquenta e seis centavos), refere-se ao custeio das despesas com o **Atendimento de Urgência;**

· **05%** desse valor corresponde a **R$ 619.640,71** (seiscentos e dezenove mil, seiscentos e quarenta reais e setenta e um centavos), refere-se ao custeio das despesas com o **Atendimento Ambulatorial.**

3.2. Da parte variável, **10% (dez por cento)** do montante, correspondem ao valor de **R$**

004657

1.376.979,36 (hum milhão, trezentos e setenta e seis mil, novecentos e setenta e nove reais e trinta e seis centavos), e será repassado, mensalmente, para cada meta alcançada nos Indicadores abaixo relacionados, o percentual de 25% (vinte e cinco por cento), perfazendo **R$ 57.374,14** (cinquenta e sete mil, trezentos e setenta e quatro reais e quatorze centavos):

a) Autorização de Internação Hospitalar (25%)

b) Atenção ao Usuário (25%)

c) Acolhimento Com Classificação de Risco – ACCR (25%)

d) Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva (25%)

4. Os repasses ao PARCEIRO PRIVADO dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1. **90% (noventa por cento)**, da parte fixa, mencionado no item 3.1, será repassado em até **06 (seis) parcelas mensais fixas** no valor estimado de **R$ 2.065.469,04** (dois milhões, sessenta e cinco mil, quatrocentos e sessenta e nove reais e quatro centavos).

4.2.**10% (dez por cento)**, da parte variável, mencionado no item 3.2, será repassado mensalmente junto com as parcelas da parte fixa, em até **06 (seis) parcelas mensais** no valor estimado de **R$ 229.496,56** (duzentos e vinte e nove mil, quatrocentos e noventa e seis reais e cinquenta e seis centavos), vinculados à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão.

4.3. O valor de cada parcela mensal está estimado em **R$ 2.294.965,60** (dois milhões, duzentos e noventa e quatro mil, novecentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos).

4.4. As avaliações da parte fixa e variável serão realizadas em regime trimestral, podendo gerar um desconto financeiro **a menor** nos meses subsequentes ou a final do contrato, dependendo do alcance do percentual de não cumprimento de metas quantitativas (produção) e do percentual de alcance dos indicadores de qualidade (qualitativa), pela Unidade.

5. Visando o acompanhamento, a avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO no ANEXO TÉCNICO I, a mesma deverá encaminhar, mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela SES, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Unidade.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas por meio dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela SES.

5.2. As informações mensais, relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à SES, de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. As informações deverão fazer parte da Planilha de Informações Complementares, que deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC/GEFIC/SCAGES/SES-GO.

5.4. O Sistema de Gestão em Organizações Sociais – SIGOS, disponibilizado na Internet,

004658

emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela Unidade, e estabelecerá, por meio de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A SES procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

6.1. A parcela referente à parte variável será paga mensalmente, junto com a parcela referente à parte fixa, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

6.2. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste Contrato.

7. Ao final de cada período de 03 (três) meses, a SES procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação das Metas de Produção e Indicadores de Qualidade.

8. Ao final do presente Contrato, a SES procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais e dos indicadores de qualidade realizados pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta da parte fixa e variável.

9. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à SES, em modelos por essa estabelecidos, relatórios de execução, trimestral, em data estabelecida pela SES, do mês subsequente ao trimestre.

10. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

11. O PARCEIRO PÚBLICO realizará, mensalmente, o desconto financeiro referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO.

II - Sistemática e Critérios de Repasse e Desconto Financeiro por Não Cumprimento de Meta

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses e desconto financeiro por não cumprimento de meta, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. Avaliação e Valoração dos Desvios nas Quantidades de Atividade Assistencial (Parte Fixa do Contrato de Gestão - 90%)

A avaliação e análise da Atividade Assistencial contratada constante deste documento serão efetuadas em dois trimestres, consecutivos. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial constante no

004659

ANEXO I e gerarão uma variação proporcional no valor de desconto financeiro, caso haja o não cumprimento de meta, a ser efetuado em regime trimestral ou ao final do Contrato ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada conforme explicitado na Tabela I - *Tabela de desconto financeiro por não cumprimento de meta quantitativa conforme percentual de volume contratado,* deste Anexo.

2. Avaliação e Valoração dos Indicadores de Qualidade (Parte Variável do Contrato de Gestão – 10%)

Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade, para valoração de cada um dos indicadores, serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 3.2 e 4.2 deste documento. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados em regime trimestral e/ou ao final do Contrato.

TABELA I – *Tabela de desconto financeiro por não cumprimento de meta quantitativa conforme percentual de volume contratado.*

PERCENTUAL DO VOLUME CONTRATADO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR DO DESCONTO FINANCEIRO POR NÃO CUMPRIMENTO DE META
INTERNAÇÃO 70%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado à atividade da internação.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado à atividade da internação.
ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS 25%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado ao atendimento às urgências.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado ao atendimento às urgências.
ATENDIMENTO AMBULATORIAL 5%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial.

004660

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO

Indicadores de Qualidade

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da Unidade.

Os Indicadores de Qualidade serão avaliados em regime trimestral e/ou ao final do Contrato.

Para atribuição do percentual referente aos indicadores abaixo discriminados será atribuído 25% quando do cumprimento da meta, e em caso de cumprimento parcial, será atribuído 0% ao indicador, sendo que cada indicador somente poderá ter dois valores, 0% ou 25%.

Metas e Indicadores

Para a vigência deste Contrato de Gestão estabelecem-se como indicadores determinantes do repasse da parte variável:

a. Autorização de Internação Hospitalar (25%)
b. Atenção ao Usuário (25%)
c. Acolhimento Com Classificação de Risco – ACCR (25%)
d. Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva (25%)

1. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é a atingir é apresentação da totalidade (100%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE**

004661

TRINDADE WALDA FERREIRA DOS SANTOS – HUTRIN. Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar. O prazo para a entrega da informação é o dia 10 (dez) de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados em arquivos eletrônicos, contendo exclusivamente AIH do mês de competência, livres de crítica e de reapresentações.

2. Atenção ao Usuário – Resolução de queixas e pesquisa de satisfação - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, **necessariamente com identificação do autor**, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo **10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos** em consulta no ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de **consolidação** dos três grupos até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente.

004662

3. Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco – a valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.
A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada. As duas atividades, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos complementares, podendo coexistir ou funcionar em locais separados no Pronto Socorro. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro e reduzir o tempo para atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a gravidade. Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverá ser informado sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos usuários e oferecer informação a familiares.

A meta é a estruturação do serviço de Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco e a evidência para o cumprimento da meta é a apresentação de protocolos específicos do Pronto Socorro para o primeiro trimestre e envio de relatório de resultados de atendimento do AACR nos demais trimestres, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

4. Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva - a valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva é um indicador selecionado que deverá refletir a ocorrência e principais causas para cancelamentos de cirurgias agendadas.

O indicador é avaliado mensalmente sendo o relatório final relativo ao cumprimento de metas estabelecidas para o hospital avaliado a cada trimestre. O relatório deverá apresentar as informações totalizadas do trimestre com a descrição e análise crítica das cirurgias canceladas.

Os dados que devem ser informados para estes indicadores incluem o número total de cirurgias suspensas e número total de agendadas em um determinado período.

A meta a ser atingida é o envio do relatório, nos quais constem a Taxa de Suspensão de

004663

Cirurgia Eletiva com a análise deste índice até o dia 10 do mês imediatamente subsequente.

ANEXO TÉCNICO IV

DEMAIS DISPOSIÇÕES

I. O PARCEIRO PÚBLICO poderá realizar repasse de recursos ao PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento, no início ou durante a execução do Contrato de Gestão, para ampliação, adaptação e reformas das estruturas físicas já existentes, de acordo com o cronograma estimado de obras, bem como a aquisição de equipamentos e bens móveis que se fazem necessários à prestação dos serviços públicos.

II. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo Estadual.

III. Nos termos do item II acima, O PARCEIRO PRIVADO deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção, ratificados por meio de Pesquisa Salarial de Mercado Anual, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

IV. Na eventual rescisão de contrato trabalhista de empregado, ressalvadas as hipóteses de má gestão ou prática de irregularidade pela organização social, a responsabilidade pela mesma é do PARCEIRO PRIVADO, cabendo ao PARCEIRO PÚBLICO o ônus financeiro.

V. Ocorrendo a situação prevista no item IV acima, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO o comprovante das despesas com as respectivas rescisões devidamente homologadas junto aos órgãos competentes, quando aplicável, e requerer o ressarcimento para a recomposição dos recursos destinados à assistência hospitalar.

VI. Na eventual rescisão deste Contrato de Gestão, os valores repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO ao PARCEIRO PRIVADO disponíveis em conta e não utilizados na prestação dos serviços de saúde serão devolvidos aos cofres públicos, com as devidas aplicações financeiras.

VII. Os valores relativos às reclamações trabalhistas e ações judiciais que surgirem após a rescisão do presente Contrato, sob qualquer forma das atividades descritas neste

004664

Instrumento, ressalvadas as hipóteses de má gestão ou prática de irregularidade pela organização social, será de responsabilidade do PARCEIRO PÚBLICO após a devolução pelo PARCEIRO PRIVADO do saldo líquido existente no fundo, devendo o PARCEIRO PÚBLICO dar total quitação ao PARCEIRO PRIVADO no ato dessa devolução.

VIII. Em caso de rescisão unilateral deste Contrato de Gestão por parte do PARCEIRO PÚBLICO, o PARCEIRO PÚBLICO deverá arcar com os custos de desmobilização e dispensa do pessoal contratado pelo PARCEIRO PRIVADO para a execução dos serviços pactuados, sem prejuízo de eventual indenização que a ela couber, observado o disposto no artigo 6º-H da Lei Estadual nº 15.503/2005.

IX. Encerrado o prazo de vigência do presente Instrumento Contratual, e não cabendo mais sua prorrogação, proceder-se-á à sub-rogação dos direitos e deveres decorrentes dos contratos firmados pelo PARCEIRO PRIVADO, para execução do objeto deste Contrato de Gestão, à nova entidade escolhida pelo PARCEIRO PÚBLICO.

X. Observada a conveniência e oportunidade, após manifestação de órgãos técnicos da SES/GO, o Secretário de Estado da Saúde poderá editar Portarias para, de forma complementar, e observando o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constantes no *caput* do art. 37 da Constituição Federal, normatizar a execução deste Contrato de Gestão.

ANEXO VII

004665

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto CEM Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, localizado no Município de Goiânia - Goiás, para os fins que se destina

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pelo **PROCURADOR-GERAL DO ESTADO**, JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 1235192 2ª via, expedida pela SPTC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 292.108.101-63, residente e domiciliado nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, LEONARDO MOURA VILELA, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominada **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

O **INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS**, inscrito no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Av. Deputado Jamel Cecílio, nº 2.496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Edifício/Condomínio: Condomínio New Business Style, Setor Jardim Goiás, CEP: 74.810-100, Goiânia/GO, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018 (4871395), neste momento representado por seu presidente THADEU DE MORAIS GREMBECKI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SP 334.720, portador da CI/RG nº 32.668.705-1, inscrito no CPF nº 220.520.218-92, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o artigo 9 da Lei n. 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão n. 107/2018, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o **INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS** cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.**

004666

Considerando tudo que consta no Processo Administrativo n. 201800010045768 as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso, gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens anexo a este Termo.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão n. 107/2018.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde- SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no **Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN,** somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização da **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pela **CONTRATADA**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pela **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, a **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão n. 107/2018, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem

004667

como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão n. 107/2018.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência da **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento à **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente à **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar à **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear a **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência à **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente à **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n. 107/2018

4.2. A **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento, no Diário Oficial do Estado de Goiás, no prazo de 20 dias, a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

004668

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. A **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir a **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização da **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir a **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9 da Lei n. 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão n. 107/2018.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna dos Contratos de Gestão em Serviços de Saúde e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

004669

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, retornando os bens ao *status quo ante.*

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 4 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, 27 de NOVEMBRO de 2018.

JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO
Procurador-Geral do Estado

João Carlos Gorski
Superintendente Executivo
SUPEXE/SES-GO

LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde

THADEU DE MORAIS GREMBECKI
Instituto CEM

TESTEMUNHAS:

1.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____
2.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

ANEXO VIII

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel que entre si celebram a Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto Cem Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso do imóvel denominado Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pelo **PROCURADOR-GERAL DO ESTADO**, JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 1235192 2ª via, expedida pela SPTC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 292.108.101-63, residente e domiciliado nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, LEONARDO MOURA VILELA, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominada **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, inscrito no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Av. Deputado Jamel Cecílio, nº 2.496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Edifício/Condomínio: Condomínio New Business Style, Setor Jardim Goiás, CEP: 74.810-100, Goiânia/GO, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018, (4871395), neste momento representado por seu presidente THADEU DE MORAIS GREMBECKI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SP 334.720, portador da CI/RG nº 32.668.705-1, inscrito no CPF nº 220.520.218-92, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Contrato de Gestão n. 107/2018, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o **INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS** cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**.

Considerando tudo que consta no Processo Administrativo nº 201800010045768 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL,**

004671

nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO – CEP. 75380-000, onde funciona o **Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, localizado no Município de Trindade.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. 107/2018.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde - SUS, sendo o HUTRIN hospital geral com atendimento de Urgência/Emergência.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da **Unidade Hospitalar**, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão n. 107/2018, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste Termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na Cláusula Segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão n. 107/2018, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

004672

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este Termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado a **PERMISSIONÁRIA** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da Comissão Especial para Análise de Obras Complementares Executadas em Unidades de Saúde sob Gestão de Organizações Sociais.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n. 107/2018;

4.2. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta Permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás, no prazo de 20 dias, a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. A **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na **Lei n. 15.503/2005**, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão n. 107/2018.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna dos Contratos de Gestão em Serviços de Saúde, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

004673

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, retornando o bem ao *status quo ante.*

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 4 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, 27 de NOVEMBRO de 2018.

JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO
Procurador-Geral do Estado

João Carlos Gorski
Superintendente Executivo
SUPERINTENDÊNCIA SES-GO

JOÃO LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde

THADEU DE MORAIS GREMBECKI
Instituto CEM

TESTEMUNHAS:

1.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____
2.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

004674

004675

TERMO ADITIVO

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 107/2018-SES/GO, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS – INSTITUTO CEM, NA FORMA ABAIXO.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, neste ato representado por sua Procuradora-Geral do Estado, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES-GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 – DGPC/GO, CPF/MF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e **CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS - INSTITUTO CEM,** doravante denominada simplesmente **PARCEIRA PRIVADA**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.173/2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, nº 2.496, Qd. B22, Lote 4E, Sala 26-A, Edifício/Condomínio New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, CEP: 74.810-100, neste ato representado por seu Presidente, Dr. THADEU DE MORAIS GREMBECKI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SP334.720, portador da CI/RG nº 32.668705-1, inscrito no CPF sob o nº 220.520.218-92, residente e domiciliado em Sorocaba/SP, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 107/2018-SES/GO**, que se regerá pelas cláusulas abaixo e pelas disposições da Lei Estadual nº 15.503, de 28/12/2005, e suas alterações, tendo em vista o que consta do processo administrativo nº 201800010045768.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação do prazo da vigência do Contrato n° 107/2018 – SES/GO, por 90 (noventa) dias, ou até a conclusão do Chamamento Público nº 03/2019 – SES/GO.

1.1.2. Readequação do Plano de Metas de Produção, alinhadas ao perfil atual do hospital para otimizar a eficiência e a eficácia do mesmo, com a consequente alteração do Anexo Técnico I, item III, Estrutura e Volume de Atividades contratadas, 1.1. Internação (Saídas Hospitalares).

1.1.3. Fixação das regras para a transição do gerenciamento da Unidade junto à Organização Social que se consagrar vencedora do Chamamento Público nº 03/2019 – SES/GO (Processo 201900010008727), Instituto CEM - Processo 201800010045768, e com Grupo de Trabalho da Secretaria do Estado de Goiás-SES/GO a ser instituído para essa finalidade.

8004576

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E CONTRATUAL

2.1. A prorrogação do prazo de vigência está amparada na manifestação da PARCEIRA PRIVADA expressa através do Ofício nº 080/2019/HUTRIN-INSTITUTO CEM (SEI 7369338), no Despacho nº 406-2019 (SEI 7371583), na Requisição de Despesa nº 12/2019 – SCAGES (SEI 7369338), e autorização do Senhor Secretário de Estado da Saúde nela constante.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo da vigência do Contrato de Gestão nº 107/2018-SES/GO por 90 (noventa) dias, compreendendo o **período de 27 de maio de 2019 a 24 de agosto de 2019**, ou até que se conclua novo chamamento público para seleção de nova Organização Social para gestão da respectiva unidade hospitalar, o que vier a ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação de seu resumo na imprensa oficial.

3.1.1. O prazo constante no item 3.1 poderá ser renovado, caso não ocorra a conclusão de novo chamamento público, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo PARCEIRO PÚBLICO, com observância do prazo máximo estabelecido pelo § 2º do inciso II do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

3.2. O PARCEIRO PÚBLICO se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

3.3. Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente AJUSTE se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente ajuste, assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA QUARTA – DA TRANSIÇÃO

4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

4.1.1. Participar do processo de transição de gestão junto a Organização Social que consagrar-se vencedora do Chamamento Público nº 03/2019 – SES/GO, Processo 201900010008114, e ao Grupo de Trabalho da Secretaria do Estado de Goiás-SES/GO, a ser instituído para essa finalidade.

4.1.2. O grupo de trabalho da SES/GO será composto por:

a) um integrante da equipe técnica da Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde (SCAGES);

b) um representante da Coordenação de Análise Contábil (CAC);

c) um integrante da Gerência de Engenharia Clínica (GEC);

d) um referente à Gestão de Pessoas (GGP);

e) um representante da Gerência de Apoio Logístico e Administração de Estoques (GALAE);

f) representantes das áreas estratégicas da Organização Social em Saúde, Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas – Instituto CEM;

g) integrantes das áreas estratégicas do Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos (HUTRIN);

h) corpo diretivo da Organização Social vencedora do Instrumento de Chamamento Público nº 03/2019 – SES/GO;

i) corpo diretivo designado e/ou contratado pela OSS vencedora do referido instrumento que será responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na unidade hospitalar em questão.

4.1.3. O eventual encerramento dos contratos de trabalho e de fornecimento de serviços e/ou produtos firmados pela Organização Social em Saúde deverá ser previamente submetido ao Grupo de Trabalho instituído para deliberação conjunta.

CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR DO PRESENTE TERMO ADITIVO

5.1. O valor total do presente termo aditivo é estimado em **R$ 6.155.831,73** (seis milhões, cento e cinquenta e cinco mil, oitocentos e trinta e um reais e setenta e três centavos), sendo o valor mensal de R$ 2.051.943,91 (dois milhões, cinquenta e um mil, novecentos e quarenta e três e noventa e um centavos) para custeio da unidade; R$ 13.123,12 (treze mil, cento e vinte e três reais e doze centavos) referente à estimativa da integralidade da folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN, conforme quadro abaixo:

DETALHAMENTO	QUANTIDADE	PERÍODO	ESTIMATIVA DE CUSTO MENSAL	ESTIMATIVA DE CUSTO TOTAL
Prorrogação do prazo da vigência do Contrato de Gestão nº 107/2018-SES/GO.	3 parcelas	27/05/2019 a 24/08/2019	R$ 2.038.820,79	R$ 6.155.831,73
Valor referente à folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN.			R$ 13.123,12	
TOTAL				**R$ 6.155.831,73**

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados na nota de empenho e respectiva dotação orçamentária abaixo relacionada:

NOTA DE EMPENHO		
Nº	**DATA**	**VALOR (R$)**
0145	27/05/2019	6.116.462,37

Sequencial: 112	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Secretaria de Estado da Saúde
Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74860-270 – Goiânia-GO

0046

Programa	1028	Programa Promoção, Prevenção e Proteção a Assistência Integral à Saúde.
Ação	2137	Gestão Inteligente das Unidades Assistenciais de Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	100	Receitas ordinárias

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

7.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão nº 107/2018-SES/GO, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

8.1. O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus jurídicos efeitos, na presença das testemunhas adiante nominadas.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, 19 de junho de 2019.

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE
PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

THADEU TRAMORAIS GREMBECKI
CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS – INSTITUTO CEM

TESTEMUNHAS:

1. ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

2. ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

Secretaria de Estado da Saúde
Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74860-270 – Goiânia-GO

004679

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

III – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1- Assistência Hospitalar

1.1 Internação (Saídas Hospitalares)

A Unidade deverá realizar 1.140 saídas hospitalares no período de 03 (três) meses.

Internação (saídas hospitalares)	1° mês	2° mês	3° mês	TOTAL
TOTAL	**380**	**380**	**380**	**1.140**

Secretaria de Estado da Saúde
Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74860-270 – Goiânia-GO

004680

004681

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 107/2018-SES/GO (HUTRIN). Processo nº: 201800010045768. **Objeto:** Execução das atividades de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN. **Contratada:** INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS. **Valor do Contrato:** R$ 13.769.793,60. **Dotação:** 2850.10.302.1028.2137.03.100. **Vigência: 180** (cento e oitenta) dias a partir de 27 de novembro de 2018. **Signatários:** João Furtado de Mendonça Neto - Procurador-Geral do Estado; Leonardo Moura Vilela - Secretário de Estado da Saúde; Thadeu de Morais Grembecki - Instituto Cem Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas.

Protocolo 106708

RETIFICAÇÂO DA RATIFICAÇÃO DA DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 155/ 2018 SEI CLICIT- 09368

RATIFICO a Dispensa de Licitação nº **155/2018-SEI CLICIT-09368**, tudo em conformidade com os documentos que instruem o processo nº **2010800010014547,** de acordo com a Instrução Técnica nº **155/2018-SEI CLICIT-09368**, **aprovada pelo** Despacho nº 1234/2018 **de lavra da Advocacia Setorial da SES/GO, onde fora declarada** DISPENSA DE LICITAÇÃO **com fundamento no o artigo 24, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/93, e modificações posteriores, seja declarada DISPENSA DE LICITAÇÃO à empresa NOVARTIS BIOCIÊNCIAS S.A., inscrita no CNPJ sob o Nº 56.994.502/0027-79, para o fornecimento de 180 (cento e oitenta) unidades do medicamento MALEATO DE INDACATEROL (ONBRIZE) - 150 MCG CAP PO INAL CT BL AL/AL, ao valor unitário de R$ 2,63 (dois reais e sessenta e três centavos) e o valor total de R$ 473, 40 (quatrocentos e setenta e três reais e quarenta centavos). A entrega ocorrerá de forma total e imediata.**

Publique-se.

Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, em Goiânia-GO, aos 26 dias do mês de novembro de 2018.

Leonardo Moura Vilela
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 106704

ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL

Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 201800010045381, **DECLARO** a Dispensa de Chamamento Público para a Contratação Emergencial do INSTITUTO HAVER, qualificado como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 27.456.372/0001-83, para gerenciar, operacionalizar e executar ações e serviços de saúde em regime 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita à população no Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO, pelo período de até 180 (cento e oitenta) dias, com fundamento no Art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005, visando a continuidade dos serviços prestados, ao valor mensal de R$ 20.729.213,16 (vinte milhões, setecentos e vinte e nove mil, duzentos e treze reais e dezesseis centavos), que perfaz o montante de R$ 124.375.278,96 (cento e vinte e quatro milhões, trezentos e setenta e cinco mil, duzentos e setenta e oito reais e noventa e seis centavos).

Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, em Goiânia-GO, aos 21 dias do mês de novembro de 2018.

Leonardo Moura Vilela
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 106710

ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL

Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 201800010045768, **DECLARO** a Dispensa de Chamamento Público para a Contratação Emergencial do instituto CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, qualificado como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 12.053.184/0001-37, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia no Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO - CEP. 75380-000, pelo período de até 180 (cento e oitenta) dias, com fundamento no Art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005, visando a continuidade dos serviços prestados, ao valor mensal de R$ 2.294.965,60 (dois milhões, duzentos e noventa e quatro mil, novecentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos) que perfaz o montante de R$ 13.769.793,60 (treze milhões, setecentos e sessenta e nove mil, setecentos e noventa e três reais e sessenta centavos).

Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, em Goiânia-GO, aos 21 dias do mês de novembro de 2018.

Leonardo Moura Vilela
Secretário de Estado da Saúde

Leonardo Moura Vilela
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 106711

Secretaria da Fazenda – SEFAZ

Fundação de Previdência Complementar do Brasil Central (PREVCOM-BrC)

EXTRATO DE CONTRATO

PROCESSO Nº: 201815844000162; **OBJETO**: Contrato nº 006/2018, referente à contratação de empresa para processar e apurar a eleição via internet para escolha dos representantes dos participantes no Conselho Deliberativo e no Conselho Fiscal da PREVCOM-BrC, ; **VALOR TOTAL:** R$ 4.000,00; **VIGÊNCIA:** 6 (seis) meses com início a partir da publicação do extrato de contrato no Diário Oficial do Estado de Goiás ; **PARTES**: Contratante - PREVCOM-BrC, Contratada - INCORP TECHNOLOGY INFORMÁTICA LTDA; **DISPONIBILIDADE FINANCEIRA E ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:** Plano de Gestão Administrativa; **DATA DA ASSINATURA**: 23/11/2018.

Protocolo 106568

EXTRATO DO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 039/2018

PROCESSO Nº 201700004073004 - de 18/12/2017.
MODALIDADE DE LICITAÇÃO: Comparação de Preços (CP) nº 001/2018, realizado nos termos do Contrato de Empréstimo Nº 2906/OC-BR, firmado entre o Governo do Estado de Goiás e o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID.
CONTRATANTE: ESTADO DE GOIÁS, através da SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA, representada por seu titular Manoel Xavier Ferreira Filho.
CONTRATADA: YAGI & RASSI CONSTRUTORA E INCORPORADORA LTDA, CNPJ nº 12.552.184/0001-81.
OBJETO: Constitui objeto do presente Termo aditivo saneador a complementação/adequações de projeto e orçamento ao Contrato nº 039/2018, para continuidade de execução da obra de reforma e adequação do espaço destinado ao Núcleo de Tecnologia da Informação, Modernização e Projetos, da Secretaria de Estado da Fazenda, com os devidos ajustes na Planilha Orçamentária de Custos dos materiais e serviços.
TIPIFICAÇÃO LEGAL: Contrato de Empréstimo nº 2906/OC-BR, firmado entre o Governo do Estado de Goiás e o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, conforme faculta o § 5º do Art. 42 da Lei n.º 8.666, de 21/6/93, com suas alterações subsequentes e legislação correlata, sujeitando-se às normas dos supramencionados diplomas legais.
VALOR TOTAL: R$ 211.709,56 (duzentos e onze mil setecentos e nove reais e cinquenta e seis centavos).
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 2018.23.01.04.129.1022.3.024.04 , Fonte de Recurso 111, conforme Nota de Empenho emitida pelo setor competente da SEFAZ, oriundos do Contrato de Empréstimo nº 2906/OC-BR.
DATA DA ASSINATURA: 23 de novembro de 2018.

Protocolo 106570

004683

conformidade com o artigo 315 e § 1º da Lei nº. 10.460/88. GCDPC, 1ª CPPADOS, Goiânia, 18.06.2019.

Breynner Vasconcelos Cursino
Gerente de Correções e Disciplina da Polícia Civil

Protocolo 135538

Diretoria Geral de Administração Penitenciária

Extrato de Portaria nº 243/2019-GAB/DGAP.O Diretor-Geral de Administração Penitenciária de Goiás, no uso de suas atribuições, RESOLVE: Art. 1º -Designar o servidor, **AILTON LIMA DOS SANTOS,** CPF: 787.323.601-34**,** ocupante do cargo de Agente de Segurança Prisional, para atuar como **Gestor do Contrato nº. 025/2019,** processo: 201816448002172, e como suplente o servidor **WILDSON SILVA MELO,** CPF: 227.634.731-72**,** ocupante do cargo Agente de Segurança Prisional, cujo objeto é a Aquisição de material para a montagem de kits de enxoval a serem entregues aos reeducandos custodiados pela DGAP; Art. 2º - Estabelecer as obrigações do Gestor do contrato; Art. 3º - Determinar a apresentação de relatório mensal sobre a execução do ajuste. PUBLIQUE-SE. GABINETE DO DIRETOR GERAL DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, em Goiânia, aos 18/06/2019. A íntegra da Portaria será Publicada no site da DGAP. Wellington de Urzêda Mota, Diretor-Geral de Administração Penitenciária.

Protocolo 135797

Secretaria da Saúde - SES

Signatários: Juliana Pereira Diniz Prudente - Procuradora-Geral do Estado; Ismael Alexandrino Junior - Secretário de Estado da Saúde; Yuri Vasconcelos Pinheiro - Instituto HAVER.EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 106/2018-SES/GO (HUGO). Processo nº: 201800010045381. Objeto: 1) Prorrogação do prazo da vigência do Contrato de Gestão nº 106/2018-SES/GO. 2) Fixação das regras para a transição do gerenciamento da Unidade junto à Organização Social que se consagrar vencedora do Chamamento Público nº 02/2019-SES/GO. Valor dos repasses e vigência (quadro abaixo):

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL ((	VALOR TOTAL
Prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 106/2018 SES/GO	27/05/2019 a 24/08/2019	R$ 16.583.370,53	R$ 49.750.111,59
TOTAL GERAL			R$ 49.750.111,59

Contratado: Instituto HAVER. Data da Assinatura: 19/06/2019 Signatários: Juliana Pereira Diniz Prudente - Procuradora-Geral do Estado; Ismael Alexandrino Junior - Secretário de Estado da Saúde; Yuri Vasconcelos Pinheiro - Instituto HAVER.EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 106/2018-SES/GO (HUGO). Processo nº: 201800010045381. Objeto: 1) Prorrogação do prazo da vigência do Contrato de Gestão nº 106/2018-SES/GO. 2) Fixação das regras para a transição do gerenciamento da Unidade junto à Organização Social que se consagrar vencedora do Chamamento Público nº 02/2019-SES/GO. Valor dos repasses e vigência (quadro abaixo):
!!br0ken!!

Protocolo 135894

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 107/2018-SES/GO (HUTRIN). **Processo nº**: 201800010045768. **Objeto:** 1) Prorrogação do prazo da vigência do Contrato de Gestão nº 107/2018-SES/GO. 2) Readequação do Plano de Metas de Produção. 3) Fixação das regras para a transição do gerenciamento da Unidade junto à Organização Social que se consagrar vencedora do Chamamento Público nº 03/2019-SES/GO. **Valor dos repasses e vigência (quadro abaixo):**

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL ((	VALOR TOTAL
Prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 107/2018 SES/GO	27/05/2019 a 24/08/2019	R$ 2.038.820,79	R$ 6.155.831,73
Valor referente à folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN		R$ 13.123,12	
TOTAL GERAL			R$ 6.155.831,73

Contratado: Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas - Instituto CEM. **Data da Assinatura:** 19/06/2019 **Signatários:** Juliana Pereira Diniz Prudente - Procuradora-Geral do Estado; Ismael Alexandrino Junior - Secretário de Estado da Saúde; Thadeu de Morais Grembecki - Instituto CEM.

Protocolo 135898

ERRATA - EXTRATO DA PORTARIA Nº 1004/2016-SES/GO
A Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO informa que, em relação ao Extrato da Portaria nº 1004/2016-SES/GO, decorrente do processo administrativo nº 201600010020657, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 22.499, de 31/01/2017, pág. 13, **onde se lê:** "**Gestor(a):** APARECIDA DE LOURDES PEREIRA, CPF: 218.039.861-15". **leia-se:** "**Gestor(a):** APARECIDA DE LOURDES PEREIRA, CPF: 307.306.861-91 e VALDECI PEREIRA FARIA, CPF: 218.039.861-15".

Protocolo 135900

Secretaria de Estado da Economia

RATIFICAÇÃO DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº4/2019 - ECONOMIA/GO

A Secretária de Estado da Economia, tendo em vista a correta instrução processual dos presentes autos, considerando o estabelecido na Lei Federal nº 8.666/93, depois de examinar a documentação respectiva, dos autos oriundos da Superintendência Executiva da Dívida Pública, Contabilidade e Tesouro, a qual solicitou a contratação da instituição financeira responsável pelo recebimento e repasse dos créditos referentes aos direitos à Compensação Financeira pela Utilização de Recursos Hídricos para fins de Geração de Energia Elétrica, denominada CFURH, conforme detalhado no Projeto Básico constante nos autos do Processo de Contratação nº https://sei.go.gov.br/sei/controlador.php?acao=protocolo_visualizar&id_protocolo=10000163&infra_sistema=100000100&infra_unidade_atual=11947&infra_hash=-30c43a9f9ac028dfe43097a29eb81caaeb3f47331b244a9dcf2b-cb8188005161,

RESOLVE:

RATIFICAR, em atendimento ao disposto no artigo 26 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, como condição de eficácia, a **INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO** declarada por meio do DESPACHO Nº 197/2019 - GELC- 11947, fundamentada no Art. 25, caput da mesma Lei, considerando ainda o disposto no Art. 33 da Lei Estadual nº 17.928/2012, objetivando a contratação do **BANCO DO BRASIL S.A.**, inscrito no CNPJ sob nº 00.000.000/0001-91, pelo valor mensal de R$ 20.000,00 (vinte mil reais), totalizando o estimado de R$ 860.000,00 (oitocentos e sessenta mil reais), pelo período de junho de 2019 até 31 de dezembro de 2022, podendo ser encerrado antecipadamente na data que alcançar o limite do quantitativo de 857.496 - MWh (oitocentos e cinquenta e sete mil, quatrocentos e noventa e seis megawatts hora), bem como ratifico todo o procedimento, vez que o mesmo se amolda aos imperativos legais pertinentes.

GOIANIA - GO, 25 de Junho de 2019.

Protocolo 135724

004685

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

004686

9.4 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO

004687

9.5 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.

004688

004689

Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.

004691

certificado

069692

Certificado: N°394-016-169 | Validade: 11/2024

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE

CNPJ: 12.053.184/0002-18

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde - IBES, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Ambulatório sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 04 de Novembro de 2022

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IBES Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde

IEEA Accredited Organisation 2016-2020 | ISQua Institutional Member 2019-2020 | IEEA Accredited Standards 2017-2021

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC Sociedade Brasileira de Análises Clínicas | Unimed

004693

ONA
Organização Nacional de Acreditação

São Paulo, 04 de Novembro de 2022

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Policlínica Estadual Da Região Nordeste - Posse, inscrito no CNPJ: 12.053.184/0002-18, foi certificado como ACREDITADO , com validade até 04/11/2024.

Fabio Gastal
Presidente

004695

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
12.053.184/0002-18 **FILIAL**		**14/09/2017**

NOME EMPRESARIAL
INSTITUTO CEM

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
HOSPITAL CEM	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde (Dispensada *)

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.21-6-01 - UTI móvel
86.22-4-00 - Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências
86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
86.30-5-04 - Atividade odontológica
86.30-5-06 - Serviços de vacinação e imunização humana
86.40-2-02 - Laboratórios clínicos
86.40-2-04 - Serviços de tomografia
86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia
86.40-2-06 - Serviços de ressonância magnética
86.40-2-07 - Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética
86.40-2-08 - Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos
86.40-2-09 - Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos
86.40-2-99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
R DR. ANTONIO MARCOS GOUVEIA	**514**	**QUADRA19 LOTE 04 SALA 07**

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
73.900-000	**AUGUSTO JOSE VALENTE I**	**POSSE**	**GO**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
CONTATO@INSTITUTOCEM.ORG.BR	**(62) 9828-1370**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**14/09/2017**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

(*) *A dispensa de alvarás e licenças é direito do empreendedor que atende aos requisitos constantes na Resolução CGSIM nº 51, de 11 de junho de 2019, ou da legislação própria encaminhada ao CGSIM pelos entes federativos, não tendo a Receita Federal qualquer responsabilidade quanto às atividades dispensadas.*

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **13/11/2020** às **08:28:04** (data e hora de Brasília).

004697

Secretaria de Estado da Saúde

GOIÁS É 1º LUGAR NO RANKING DO IDEB 2019

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato Nº Gestão nº 51/2020-SES/GO/2020 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto Cem, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Regional – Unidade Posse, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, setor Buenos Aires, Posse - Goiás, CEP: 73900-000.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, na Lei federal nº. 12.527/2011, Lei estadual nº. 18.025/2013, no Despacho Governamental nº 472/2020 (000016125801), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.412/2020 (000016125801), no Despacho do Gabinete nº Automático 3453/2020-SES (000015388643), no Despacho do

Gabinete nº Automático 9.137/2020-GAB/SEAD (000016019938), no Despacho nº 282/2020 - SEDPCT- 15953(000016011694), no Despacho do Gabinete nº Automático 1522/2020-GAB/SECON (000016045150), no Edital de Chamamento Público nº 05/2019 (000010210389), na Declaração de Dispensa de Chamamento Público nº 24/2020- CLICIT (000015959669) e na Resolução Normativa nº. 013/2017- TCE/GO, tudo constante no processo nº 201900010039280 e 202000010028601, celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE **POSSE**, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este CONTRATO DE GESTÃO, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da Saúde), com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do PARCEIRO PRIVADO:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste CONTRATO DE GESTÃO;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo PARCEIRO PÚBLICO;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao PARCEIRO PÚBLICO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao PARCEIRO PÚBLICO para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste CONTRATO DE GESTÃO, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao PARCEIRO PÚBLICO para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do CONTRATO DE GESTÃO;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste CONTRATO DE GESTÃO;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

2.20. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao PARCEIRO PÚBLICO, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.21. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.22. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.23. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria

profissional.

2.24. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO;

2.25. Apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.26. Apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO;

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste CONTRATO DE GESTÃO;

2.34.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste CONTRATO DE GESTÃO;

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.36. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, relatórios pertinentes à execução do contrato de

gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do PARCEIRO PRIVADO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao PARCEIRO PÚBLICO, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.39. Comunicar imediatamente ao PARCEIRO PÚBLICO qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, com envio quadrimestral de seus resultados ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.42.1. Mensurar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do PARCEIRO PÚBLICO;

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo PARCEIRO PÚBLICO, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pelo pessoal especialmente designado pelo PARCEIRO PÚBLICO, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.47. Restituir à conta do PARCEIRO PÚBLICO o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.49. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do PARCEIRO PÚBLICO neste CONTRATO DE GESTÃO,

quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.50. Possuir conta bancária individualizada para cada CONTRATO DE GESTÃO, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.51. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do PARCEIRO PÚBLICO, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.52. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do PARCEIRO PÚBLICO pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este CONTRATO DE GESTÃO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.52.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.53. Remeter imediatamente ao PARCEIRO PÚBLICO e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o PARCEIRO PÚBLICO tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.54. Encaminhar ao PARCEIRO PÚBLICO os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.55. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.55.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.56. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.58. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.59. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.60. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.61. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.62. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.63. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.64. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.65. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal

e/ou outros parceiros;

2.66. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.67. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.68. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.69. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo PARCEIRO PÚBLICO e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, manifestar-se expressamente, junto ao PARCEIRO PÚBLICO quanto ao interesse em mantê-los;

2.70. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.71. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo PARCEIRO PÚBLICO com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.72. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o CONTRATO DE GESTÃO, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

2.73. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.74. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

2.75. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo PARCEIRO PRIVADO o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.76. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005, inclusive quanto:

2.77. Ao PARCEIRO PRIVADO é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do PARCEIRO PÚBLICO:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.2. Prestar ao PARCEIRO PRIVADO o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.5. Ressarcir o PARCEIRO PRIVADO por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à

data da celebração deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do CONTRATO DE GESTÃO, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do PARCEIRO PRIVADO, bem como da contratação e da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste CONTRATO DE GESTÃO, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao PARCEIRO PRIVADO e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo PARCEIRO PÚBLICO;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o CONTRATO DE GESTÃO, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo PARCEIRO PRIVADO por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os PARCEIROS se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do CONTRATO DE GESTÃO junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na

reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao PARCEIRO PRIVADO a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o PARCEIRO PRIVADO sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o PARCEIRO PRIVADO poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O PARCEIRO PRIVADO apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do PARCEIRO PRIVADO as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do

Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste CONTRATO DE GESTÃO deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo PARCEIRO PRIVADO, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo PARCEIRO PRIVADO na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de **41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias**, contados a partir da PUBLICAÇÃO de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo PARCEIRO PÚBLICO, com observância do prazo máximo estabelecido pelo inciso II c/c § 2º do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O PARCEIRO PÚBLICO se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente CONTRATO DE GESTÃO se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO a importância global estimada de **R$ 68.633.095,54** (sessenta e oito milhões, seiscentos e trinta e três mil noventa e cinco reais e cinquenta e quatro centavos) para os 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.2.1. Em caso de redução de repasse dos valores sem redução das metas inicialmente propostas, em razão da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da parceira, a Organização Social em Saúde deverá anuir expressamente.

004707

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.9, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste CONTRATO.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo PARCEIRO PÚBLICO, a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.5. Poderá o PARCEIRO PÚBLICO, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao PARCEIRO PRIVADO a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o PARCEIRO PRIVADO movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o PARCEIRO PRIVADO manter e movimentar os recursos transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o PARCEIRO PRIVADO renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o PARCEIRO PRIVADO renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.12. O PARCEIRO PRIVADO fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente CONTRATO DE GESTÃO, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal

dos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do PARCEIRO PRIVADO não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do PARCEIRO PRIVADO na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do CONTRATO DE GESTÃO, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao PARCEIRO PÚBLICO.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o PARCEIRO PRIVADO obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo PARCEIRO PRIVADO, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2° do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O PARCEIRO PÚBLICO, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SuPer/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O PARCEIRO PÚBLICO não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. O valor mensal a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO será de R$ 1.657.804,24 (um milhão, seiscentos e cinquenta e sete mil oitocentos e quatro reais e vinte e quatro centavos), sendo o valor da última parcela de R$ 663.121,70 (seiscentos e sessenta e três mil cento e vinte e um reais e setenta centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 05° dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da dotação orçamentária abaixo discriminadas:

Sequencial: 050	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
Descrição	Código	Denominação
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de Aplicação	90	Aplicações Diretas

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao PARCEIRO PRIVADO o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste CONTRATO DE GESTÃO, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do PARCEIRO PÚBLICO à disposição do PARCEIRO PRIVADO serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do PARCEIRO PRIVADO deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.5. O PARCEIRO PRIVADO responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO.

9.6. O PARCEIRO PRIVADO poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.7. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.8. Caso o PARCEIRO PRIVADO possua mais de um contrato de gestão firmado com o PARCEIRO PÚBLICO na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.9. Na hipótese do PARCEIRO PRIVADO não alcançar as metas pactuadas poderá o PARCEIRO PÚBLICO adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

9.10. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.11. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este CONTRATO DE GESTÃO.

9.12. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.13. O PARCEIRO PÚBLICO fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo PARCEIRO PRIVADO visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.14. O PARCEIRO PRIVADO não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

9.15. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo PARCEIRO PÚBLICO, deverá o PARCEIRO PRIVADO comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.16. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.17. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.18. O PARCEIRO PRIVADO, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental e outorga pela Procuradoria-Geral do Estado.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do CONTRATO DE GESTÃO, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo PARCEIRO PRIVADO, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO o PARCEIRO PRIVADO perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O PARCEIRO PRIVADO utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o

CONTRATO DE GESTÃO e as disposições legais;

11.1.3. O PARCEIRO PRIVADO deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo PARCEIRO PÚBLICO;

11.1.4. O PARCEIRO PRIVADO por dois semestres não cumprir as metas previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

11.1.5. O PARCEIRO PRIVADO descumprir qualquer cláusula deste CONTRATO DE GESTÃO e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo PARCEIRO PÚBLICO;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste CONTRATO DE GESTÃO ou em razão do término de sua vigência, o PARCEIRO PRIVADO não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, o PARCEIRO PÚBLICO providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao PARCEIRO PRIVADO direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O PARCEIRO PRIVADO poderá suspender a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o PARCEIRO PÚBLICO com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O PARCEIRO PRIVADO terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao PARCEIRO PÚBLICO.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este CONTRATO DE GESTÃO poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O PARCEIRO PRIVADO obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) CONTRATO DE GESTÃO e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este CONTRATO DE GESTÃO;

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do PARCEIRO PÚBLICO, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do PARCEIRO PRIVADO;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras cm suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao PARCEIRO PÚBLICO;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração do PARCEIRO PRIVADO, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo PARCEIRO PÚBLICO;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao PARCEIRO PÚBLICO;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste CONTRATO DE GESTÃO;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do PARCEIRO PRIVADO.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo PARCEIRO PRIVADO, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Anexos Técnicos

b) Proposta de Trabalho apresentada pelo PARCEIRO PRIVADO

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a

unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O PARCEIRO PRIVADO é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo PARCEIRO PRIVADO de regra constante deste CONTRATO DE GESTÃO ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o PARCEIRO PÚBLICO, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do contrato de gestão;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do PARCEIRO PÚBLICO exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

16.2. DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO. As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

16.3. DA CLÁUSULA COMPROMISSÓRIA. Os conflitos que possam surgir relativamente ao ajuste decorrente desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, acaso não puderem ser equacionados de forma amigável, serão, no tocante aos direitos patrimoniais disponíveis, submetidos à arbitragem, na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, elegendo-se desde já para o seu julgamento a CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), outorgando a esta os poderes para indicar os árbitros e renunciando expressamente à jurisdição e tutela do Poder Judiciário para julgamento desses conflitos, consoante instrumento em Anexo.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

004714

17.1. A publicação do presente CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo PARCEIRO PÚBLICO, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL

004715

(CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão Ambulatorial adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

1.3. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.4. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da

Unidade.

1.4.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás".

1.5. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.6. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse.

1.7. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.8. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.9. Estabelecer, implementar e disponibilizar *"online"* à SES o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.10. Estarem formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.12. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome do usuário, nome da mãe, Registro Civil e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da

decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

i) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

j) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.15. Assegurar a implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.16. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/acompanhamento, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.18. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

1.19. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.20. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.21. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.22. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.23. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.24. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.

c) Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.

1.25. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.26. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR NBR 13534 e NBR 15943.

1.27. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório À Resolução RDC 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.28. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.29. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.30. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.31. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Policlínica deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde;

b) Lei 8.142/90 - define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;

c) Lei 11.788/08 - dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

d) PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;

e) PNEPS - Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

f) PT GAB/SES-GO 230 de 20/03/17 - regulamenta a realização de Pesquisas Científicas em Unidades da SES/GO.

g) PT GM/MS 67 de 21/02/1985 - define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: 01/DISAD -27/06/85; 607 -23/08/85; 15/MS/SVS -23/08/88; nº 05 – 13/11/89; 122 – 29/11/93; 453/SNVS/DTN – 11/09/96; 843/MS/SVS – 26/10/98;

h) RDC 306 que complementa a RDC 50/2002, substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 - estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistenciais de Saúde;

i) PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso do raio-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

j) PT MS/SAS 202 de 19/06/2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

k) PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS;

l) PT GM/MS 2.616 de 12/05/1998 - estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;

m) PT GM/MS 2.529 de 23/11/2004 - institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

n) PT GM/MS 881 de 19/06/2011 - institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH;

o) Resolução CFM 1.802/2006- Dispõe sobre a prática do ato anestésico;

p) Lei 6.259 de 30/10/1975 – Dispõe sobre a organização de ações de vigilância epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

q) Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);

r) Seguir a Nota Técnica ANVISA 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;

s) Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

t) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

u) Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

3. Ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

3.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

3.2. Comissão de Ética Médica e de Ética de Enfermagem.

3.3. Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

3.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT.

3.5. Comissão de Proteção Radiológica.

4. Programa de Residência Médica e Multiprofissional

4.1. A Policlínica Regional – Unidade Posse **poderá** funcionar como cenário de práticas para Residências Médica e Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela

Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO e gerenciadas pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

4.2. Os preceptores serão selecionados entre profissionais da saúde plantonistas e/ou diaristas da Unidade Ambulatorial, de acordo com as especificidades de cada programa de residência, de preferência mestre ou doutor, sendo, no mínimo, especialista em sua área profissional.

4.3. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde devem ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções da CNRMS/MEC, sendo priorizados o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador de Programa.

4.4. O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde poderá ser estabelecido por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, e em concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e **PRIVADO** quando se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o número de vagas a serem disponibilizadas para cada área, e a titulação mínima dos profissionais (coordenador, tutores e preceptores).

5. Estágios Curriculares

5.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

5.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS – SEST/SUS. Os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

5.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

6. Programa de Educação Permanente

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, em conformidade com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás (PEEPS-GO).

7. Vigência

7.1. O serviço objeto deste Contrato deverá ser iniciado a partir da data publicação do instrumento na imprensa oficial, podendo ser prorrogado na forma legal.

7.2. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência de **41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias.**

8. Recursos Financeiros

8.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, perfazendo uma despesa mensal e anual máxima de:

004721

8.1.1. O montante do orçamento econômico-financeiro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE é estimado em **R$ 68.633.095,54** (sessenta e oito milhões, seiscentos e trinta e três mil, noventa e cinco reais e cinquenta e quatro centavos) para o período de 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias do Contrato de Gestão.

8.1.2. O valor mensal para o custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será de **R$ 1.657.804,24** (um milhão, seiscentos e cinquenta e sete mil, oitocentos e quatro reais e vinte e quatro centavos).

9. REPASSE DE RECURSOS

9.1. O repasse dos recursos financeiros será efetuado até 30 (trinta) dias contados da outorga do Contrato de Gestão e até o 5° dia útil dos meses subsequentes.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

2.1. dos Serviços Contratados

2.1.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.1.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.3. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo, com consultas e exames no mesmo dia.

2.1.4. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

a) Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

b) Coleta de exames de patologia clínica disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados através de um sistema informatizado.

c) A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo. O serviço deverá dispor de digitalização das imagens integrado ao sistema PACS.

d) A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.2. A forma de encaminhamento

2.2.1. As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste do Estado ou de acordo com a pactuação regional. Poderão ser incluídos os ambulatórios de especialidades municipais ou outros serviços. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

2.2.2. A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado –"*online*", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

004722

2.3. Acompanhamento dos pacientes

2.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões, consultas).

2.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra-referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo os casos que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

2.3.3. Para a referência e contra-referência do paciente atendido na Policlínica deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

2.4. Perfil do atendimento da Policlínica Regional – Unidade Posse

2.4.1. De forma ideal, o perfil assistencial de cada unidade deve ser definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços de saúde (Secretarias Municipais de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde Estadual).

2.4.2. Neste documento foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência, a partir de interações com a equipe técnica da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

2.4.3. Procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstos na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes.

2.4.4. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas e exames.

2.5. Integração dos especialistas com a atenção primária

2.5.1. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da atenção básica.

2.5.2. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais.

~~2.6. Período pré-operacional~~

~~2.6.1. Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados - como consultas médicas e não médicas especializadas, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva da unidade com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.~~

~~2.6.2. Esse período terá a duração programada de 90 dias, e envolverá realização de ajustes e escalonamento das metas. Durante este prazo, o PARCEIRO PRIVADO identificará a melhor disposição para os consultórios e equipamentos, dentro da unidade.~~

004723

~~2.6.3. Os repasses rotineiros dos recursos financeiros definidos por este Contrato de Gestão estão regulamentados no ANEXO TÉCNICO IV – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse).~~

2.6. Descrição da Unidade

2.6.1. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

2.6.2. A Unidade está localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal, setor Buenos Aires, Posse - GO, CEP: 73.900-000. Possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Tem a previsão de 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 16 salas para a execução de exames de imagem, além de outros ambientes que poderão ser organizados conforme a necessidade do fluxo de atendimento, ficando o PARCEIRO PRIVADO responsável por sua distribuição.

2.7. Atendimento Ambulatorial

2.7.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

b) Interconsulta

c) Consultas subsequentes (retornos)

d) Procedimentos terapêuticos (sessões)

2.7.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou não médica.

2.7.3. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

2.7.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

2.7.5. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consultas subsequentes.

2.7.6. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos (sessões) realizados em especialidade não médica.

2.7.7. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configurarão consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2.7.8. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira, nas especialidades descritas no Anexo II.

004724

2.8. Cirurgias menores ambulatoriais (cma)

2.8.1. As cirurgias menores ambulatoriais (cma) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizadas com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

2.9. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

2.9.1. Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes atendidos na Policlínica e encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual. Há a previsão dos seguintes exames: Audiometria, Colposcopia, Endoscopia Digestiva Alta/colonoscopia/cistoscopia, Eletrocardiografia, Ecocardiografia/ Doppler Vascular/ Ultrassonografia, Exames Oftalmológicos (Tonometria, Teste Ortóptico, Campimetria, Mapeamento de Retina, Biometria Ultrassônica e outros), Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia, Espirometria, Holter/MAPA, Mamografia, Nasofibroscopia, Radiologia Simples, Ressonância Magnética, Teste Ergométrico, Urodinâmica, Patologia Clínica.

2.10. Programas Especiais

2.10.1. Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistências Farmacêutica (CEAF)

2.10.1.1. O serviço de dispensação de medicamentos de alto custo tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria nº 1.554/2013 e normatizações vigentes.

2.10.1.2. Compete à Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa a dispensação, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) executadas pelo PARCEIRO PRIVADO.

2.10.1.3. Cabe ao PARCEIRO PRIVADO controlar os estoques de medicamentos sob sua responsabilidade e armazená-los conforme condições exigidas pelo fabricante e legislação sanitária vigente, receber e conferir a documentação de adesão ao Programa do CEAF, tanto para abrir como para renovar os processos, conforme a Portaria nº 1.554/2013 – GM/MS.

2.10.2. Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção)

2.10.2.1. A carreta da prevenção é uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção do câncer de mama nos municípios que compõem a região de abrangência.

2.10.2.2. Tem como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de Rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino através dos exames de mamografia e papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce, quando a chance de cura é de 95%.

2.10.2.3. Oferecerá exames de Mamografia e papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o papanicolau e que residam na região de saúde.

2.10.2.4. Os resultados dos exames deverão ser encaminhados para o endereço do paciente. Laudos normais, ou seja, sem achados de malignidade e que não necessitam de exame complementar, serão encaminhados para a unidade básica de saúde da região onde a unidade móvel forneceu atendimento. O paciente que necessite de exame complementar (compressão, magnificação, ou ultrassonografia mamária) será convocado pela equipe de enfermagem e/ou serviço social

Policlínica para realização do mesmo conforme agendamento.

2.10.2.5. A unidade móvel deverá contar com técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, enfermeiro e motorista.

2.10.2.6. O valor da locação e/ou comodato da carreta da prevenção ao câncer já foram previstos na elaboração do custeio total da policlínica regional - unidade posse.

2.10.3. Transporte gratuito de pacientes à Policlínica Regional

2.10.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária com elevador rodoviário (DPM - Dispositivo Móvel de Poltrona), equipados com ar-condicionado e rede *wifi,* que irão circular pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

2.10.3.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região e o transporte se justifica em razão da dificuldade de acesso à região, bem como com relação às características sociodemográficas do local.

2.10.4. Inclusão de Novos Serviços

2.10.4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação do serviço de hemodiálise, incluindo as adequações na estrutura física e horário de funcionamento, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato.

2.10.4.2. Caso, ao longo da vigência deste contrato, em comum acordo entre os PARCEIROS, a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

2.11. Conteúdo das Informações a serem Encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde

2.11.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

2.11.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.

c) Relatório de Custos em regime Trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: unidade hospitalar ou especializada, centro de referência ou outros.

2.11.3. O PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

2.11.4. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência

conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

ANEXO II

INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

O Parceiro Privado informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

A produção realizada deve ser encaminhada, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

São considerados, para as Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.1. A Policlínica realizará **68.976 consultas médicas e 30.528 consultas não médicas** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Atendimento Ambulatorial do 1º ao 4º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Primeira Consulta	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696
Interconsulta	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565
Consultas Subsequente	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487
Total	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**

Especialidades médicas		Especialidades médicas	
Acupuntura		Medicina do Trabalho	
Alergia/Imunologia		Nefrologia	X
Anestesiologia	X	Neonatologia	
Cardiologia	X	Neurocirurgia	
Cirurgia Cardiovascular		Neurologia	X
Cirurgia Geral		Pediatria	X
Cirurgia Pediátrica		Obstetrícia	X
Cirurgia Plástica		Oftalmologia	X
Cirurgia Vascular		Oncologia	
Dermatologia	X	Ortopedia/Traumatologia	X
Endocrinologia	X	Ortopedia infantil	
Endocrinologia Infantil		Otorrinolaringologia	X
Fisiatria		Pneumologia	X
Gastroenterologia	X	Pneumologia infantil	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	X

004728

Ginecologia	X	Urologia	X
Hematologia	X	Clínico Geral	
Infectologia		Médico da Família	X
Mastologia	X		

Atendimento Ambulatorial do 1º ao 4º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Primeira Consulta	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800
Sessões	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744
Total	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**

Especialidades não médicas	
Enfermeiro	X
Farmacêutico	X
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X

004729

Serviço Social	X
Terapeuta Ocupacional	
Odontologia	X
Outros	

2. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

2.1. A Policlínica realizará **1.440 cirurgias a menor ambulatoriais** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Cirurgias ambulatoriais do 1º ao 4º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor ambulatorial (cma)	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Total	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**

3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT

3.1. A Policlínica oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados a pacientes EXTERNOS, isto é, àqueles que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela SES/GO.

3.2. A unidade realizará um número de SADT Externo de **20.160 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) do 1º ao 4º ano

SADT Externo	**1º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**

Radiologia	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400
Ultrassonografia	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700
Tomografia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Endoscopia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Mamografia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ressonância Magnética	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Total	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**

Deve-se ressaltar que o profissional anestesiologista poderá acompanhar os exames sempre que houver a referida indicação clínica.

4. UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO AO CÂNCER (CARRETA DA PREVENÇÃO)

4.1. A Unidade móvel desenvolverá ações de prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e Papanicolau. Serão ofertados **30.480 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Exames Unidade Móvel de Prevenção do 1º ao 4º ano

Carreta da Prevenção ao Câncer	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Mamografia	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140
Papanicolau	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400
Total	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**

004731

ANEXO III
INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

O Parceiro Privado informará mensalmente os resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	**Meta**
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Índice de Retorno Médico	< 20%
Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

1. Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Posse decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

2. Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas não médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Posse decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

3. Índice de Retorno Médico

Conceituação: Mensura, indiretamente, a resolutividade da unidade e monitora a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica.

O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente

Fórmula: [total de consultas subsequentes / Total de primeiras consultas + Total de Interconsultas]

4. Perda Primária

Conceituação: Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas área a rede referenciada.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. Permite estratificação por especialidade.

Fórmula: [total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede / Total de primeiras consultas agendadas no ambulatório] x 100

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1.2. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

1.3. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.4. O montante do orçamento econômico-financeiro do POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE

POSSE é estimado em **R$ 68.633.095,54** (sessenta e oito milhões, seiscentos e trinta e três mil, noventa e cinco reais e cinquenta e quatro centavos), para **41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias** de Contrato de Gestão.

1.5. Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor de **R$ 61.769.786,15** (sessenta e um milhões, setecentos e sessenta e nove mil, setecentos e oitenta e seis reais e quinze centavos), sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção.**

Tabela I – Distribuição Percentual para Efeito de Desconto Financeiro dos Indicadores de Produção

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 1º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	10.205.442,93
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.790.428,58
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.074.257,15
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.685.642,88
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.148.514,30
Total	**100%**	**17.904.285,84**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 2º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	10.205.442,93
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos		

terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.790.428,58
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.074.257,15
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.685.642,88
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.148.514,30
Total	**100%**	**17.904.285,84**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 3º ANO

Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	10.205.442,93
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.790.428,58
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.074.257,15
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.685.642,88
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.148.514,30
Total	**100%**	**17.904.285,84**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 4º ANO (últimos 5 meses e 12 dias)

Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**

Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	4.592.449,32
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	805.692,86
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	483.415,72
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	1.208.539,24
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	966.831,44
Total	**100%**	**8.056.928,63**

1.6. Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$ 6.863.309,39** (seis milhões, oitocentos e sessenta e três mil, trezentos e nove reais e trinta e nove centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, item 3, descrito adiante.

1.7. Os pagamentos mensais dar-se-ão na seguinte conformidade:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO				
MÊS	**1º ANO**	**2º ANO**	**3º ANO**	**4º ANO (5 meses e 12 dias)**
	VALOR (R$)	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**
01	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
02	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
03	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
04	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
05	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24

06	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	663.121,70
07	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
08	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
09	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
10	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
11	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
12	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
Total	**19.893.650,88**	**19.893.650,88**	**19.893.650,88**	**8.952.142,90**

1.8. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

1.9. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

1.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.11. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.12. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.13. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

1.14. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais - SIGOS* disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.15. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no

Contrato de Gestão.

1.16. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

1.17. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

1.18. A cada período de 03 (três) meses, à Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.19. A cada 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.20. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.20.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

1.20.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.21. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

1.22. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.23. A análise referida no item 1.19. deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.24. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.25. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL.**

2.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento de unidades policlínicas*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo II** e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico IV.**

TABELA II – Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento Policlínica

	ATIVIDADE REALIZADA	**VALOR A PAGAR**
Ambulatório Médico **Peso 57%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas
Ambulatório Não Médico **Peso 10%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento das consultas não médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas não médicas

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais **Peso 06%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
SADT Externo **Peso 15%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames
Carreta da Prevenção ao Câncer **Peso 12%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames de prevenção
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames de prevenção

3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

004740

3.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.18. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

3.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

3.3. Em caso de polaridade do indicador ser quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

3.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% de execução em relação à meta	**Nota de desempenho**
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5

40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

3.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

3.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

PONTUAÇÃO GLOBAL	VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO
9 a 10 pontos	100 %
8 a 8,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

ANEXO TÉCNICO V

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

004742

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde -SES/GO e o Instituto Cem, qualificada com Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, em regime de, no mínimo, 12 horas/dia, por um período de 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

INSTITUTO CEM, inscrita no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Angelica, número 321, sala 236, Santa Cecilia, São Paulo - SP, CEP: 01.227-000, neste momento representado por Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 51/2020, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Cem, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, por um período de 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias.

Considerando tudo que consta nos processos administrativos nº 201900010039280 e 202000010028601, as partes RESOLVEM firmar o presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse - GO, CEP: 73.900-000, pela organização social de

saúde.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 51/2020.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O PERMISSIONÁRIO se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O PERMISSIONÁRIO deverá guardar/manter os bens na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse - GO, CEP: 73.900-000, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do PERMITENTE.

2.3. O PERMISSIONÁRIO se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo PERMITENTE e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo PERMISSIONÁRIO, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo PERMITENTE.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A PERMITENTE se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o PERMITENTE cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O PERMISSIONÁRIO se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº 51/2020, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº 51/2020.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do PERMITENTE.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao PERMITENTE.

004744

g) Informar imediatamente ao PERMITENTE caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao PERMITENTE, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o PERMISSIONÁRIO citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o PERMITENTE à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao PERMITENTE, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao PERMITENTE, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 51/2020.

4.2. O PERMITENTE fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo PERMISSIONÁRIO serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O PERMITENTE deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo PERMISSIONÁRIO, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o PERMISSIONÁRIO deverá:

a) Ressarcir o PERMITENTE no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa

autorização do PERMITENTE, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O PERMISSIONÁRIO se compromete a restituir ao PERMITENTE todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O PERMISSIONÁRIO poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 51/2020.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO TÉCNICO VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, por, no mínimo, 12 horas por dia, por um período de 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

INSTITUTO CEM, inscrita no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Angelica, número 321, sala 236, Santa Cecilia, São Paulo - SP, CEP: 01.227-000, neste momento representado por Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o disposto no Contrato de Gestão nº 51/2020, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto Cem, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, em regime de 12 horas/dia, no mínimo.

Considerando tudo que consta nos processos administrativos nº 201900010039280 e 202000010028601 RESOLVEM as partes firmar o presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

004747

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, onde funciona POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, em regime de 12 horas/dia, com área total medindo 3.775 m².

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. 51/2020.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O PERMISSIONÁRIO se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O PERMISSIONÁRIO não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo PERMISSIONÁRIO.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O PERMITENTE se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O PERMISSIONÁRIO se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº 51/2020, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº 51/2020, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao PERMISSIONÁRIO executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 51/2020.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo PERMISSIONÁRIO serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O PERMITENTE deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo PERMISSIONÁRIO, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 51/2020.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

004749

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 23/10/2020, às 11:17, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 23/10/2020, às 11:29, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE**, **Procurador (a) Geral do Estado**, em 03/11/2020, às 13:58, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000016126129** e o código CRC **7E6D1C7C**.

004750

004751

certificado

Certificado: N°398-016-172 | Validade: 11/2024

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

POLICLÍNICA EST. DA REGIÃO S.PATRICIO-GOIANÉSIA

CNPJ: 12.053.184/0003-07

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde - IBES, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Ambulatório sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 28 de Novembro de 2022

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IBES Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde

IEEA Accredited Organisation 2016-2020 | ISQua Institutional Member 2019-2020 | IEEA Accredited Standards 2017-2021

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC Sociedade Brasileira de Análises Clínicas | Unimed

004753

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
12.053.184/0003-07 **FILIAL**		**09/05/2018**

NOME EMPRESARIAL
INSTITUTO CEM

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
INSTITUTO CEM	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
74.20-0-04 - Filmagem de festas e eventos
82.30-0-01 - Serviços de organização de feiras, congressos, exposições e festas
85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares
85.99-6-04 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.21-6-01 - UTI móvel
86.22-4-00 - Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências
86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
86.30-5-04 - Atividade odontológica
86.30-5-06 - Serviços de vacinação e imunização humana
86.40-2-02 - Laboratórios clínicos
86.40-2-04 - Serviços de tomografia
86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia
86.40-2-06 - Serviços de ressonância magnética
86.40-2-07 - Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética
86.40-2-08 - Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos
86.40-2-09 - Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos
86.40-2-99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV ULISSES GUIMARAES	**2**	********

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
76.383-637	**JARDIM ESPERANCA**	**GOIANESIA**	**GO**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
CONTATO@INSTITUTOCEM.ORG.BR	**(62) 3157-0732**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**09/05/2018**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **26/08/2022** às **11:18:49** (data e hora de Brasília). Página: **1/2**

004754

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
12.053.184/0003-07 **FILIAL**		**09/05/2018**

NOME EMPRESARIAL
INSTITUTO CEM

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
88.00-6-00 - Serviços de assistência social sem alojamento

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV ULISSES GUIMARAES	**2**	********

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
76.383-637	**JARDIM ESPERANCA**	**GOIANESIA**	**GO**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
CONTATO@INSTITUTOCEM.ORG.BR	**(62) 3157-0732**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**09/05/2018**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **26/08/2022** às **11:18:49** (data e hora de Brasília).

Página: **2/2**

004755

ONA
Organização Nacional de Acreditação

São Paulo, 28 de Novembro de 2022

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Policlínica Est. Da Região S.patricio-goianésia, inscrito no CNPJ: 12.053.184/0003-07, foi certificado como ACREDITADO , com validade até 28/11/2024.

Fabio Gastal
Presidente

004757

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato Nº 65/2020 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o **Instituto Cem**, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **GOIANÉSIA**, localizada à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, na Lei federal nº. 12.527/2011, Lei estadual nº. 18.025/2013, no Despacho Governamental nº _____/202__ (_____), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº _____ de ___/___/202__ (_____), no Despacho do Gabinete nº Automático _____/202___-GAB/SES (_____), no Despacho do Gabinete nº Automático _____/202___ -GAB/SEAD (_____), no Despacho do Gabinete nº Automático _____/202___-GAB/SECON (_____), no Edital de Chamamento Público nº 06/2019 (000010210425), na Declaração de Dispensa de Chamamento Público nº ___/2020- CLICIT (_____) e na Resolução Normativa nº. 013/2017- TCE/GO, tudo constante no processo nº 201900010038452 celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO,** mediante as seguintes cláusulas e condições.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades da POLICLÍNICA REGIONAL –

004758

UNIDADE **GOIANÉSIA**, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da Saúde), com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;

004759

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

2.20. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.21. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.22. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.23. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.24. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

004760

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técn apresentada;

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.34.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO;**

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.36. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documen oficiais e outros;

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.39. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, com envio quadrimestral de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.42.1. Mensurar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

004761

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.47. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.49. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.50. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.51. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.52. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.52.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.53. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.54. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.55. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.55.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.56. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

004762

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.58. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.59. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.60. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.61. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.62. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.63. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.64. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.65. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.66. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.67. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.68. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.69. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.70. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.71. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.72. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

2.73. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.74. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

2.75. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.76. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005, inclusive quanto:

004763

7.7. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.11.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

004764

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO** junto à Comunidade, a Política de Gover[illegible] na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providen[illegible] a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

004765

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de **48 (quarenta e oito) meses**, contados **a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial**, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com observância do prazo máximo estabelecido pelo inciso II c/c § 2º do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

0004766

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 74.100.489,58** (setenta e quatro milhões, cem mil, quatrocentos e oitenta e nove reais e cinquenta e oito centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.2.1. Em caso de redução de repasse dos valores sem redução das metas inicialmente propostas, em razão da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da parceira, a Organização Social em Saúde deverá anuir expressamente.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

004767

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SuPer/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. Para o primeiro ano do presente CONTRATO DE GESTÃO o valor a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO ao PARCEIRO PRIVADO será escalonado, sendo **R$ 966.555,30** (novecentos e sessenta e seis mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais e trinta centavos) para o primeiro mês, **R$ 1.086.735,03** (um milhão, oitenta e seis mil, setecentos e trinta e cinco reais e três centavos) para o segundo mês, **R$ 1.412.236,45** (um milhão, quatrocentos e doze mil, duzentos e trinta e seis reais e quarenta e cinco centavos) para o terceiro mês e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.569.665,84** (um milhão, quinhentos e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 05º dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da nota de empenho e dotação orçamentária abaixo discriminadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR (R$)**
00371	14/12/2020	000017242379	771.880,10

0004768

Sequencial: 050	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de Aplicação	90	Aplicações Diretas

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar respeitada a mesma classificação orçamentária.

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.6. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.7. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.8. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.9. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

004769

9.10. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.11. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consangüíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.12. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.13. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos **pelo PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.14. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.15. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.16. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.17. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.18. O PARCEIRO PRIVADO, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme o § 1° do art. 8°-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2° do art. 8°-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

004770

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

004771

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras cm suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Anexos Técnicos

b) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do contrato de gestão;

004772

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

16.2. **DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO**. As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

16.3. **DA CLÁUSULA COMPROMISSÓRIA**. Os conflitos que possam surgir relativamente ao ajuste decorrente desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, acaso não puderem ser equacionados de forma amigável, serão, no tocante aos direitos patrimoniais disponíveis, submetidos à arbitragem, na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, elegendo-se desde já para o seu julgamento a CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), outorgando a esta os poderes para indicar os árbitros e renunciando expressamente à jurisdição e tutela do Poder Judiciário para julgamento desses conflitos, consoante instrumento em Anexo.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa, por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em

004773 004773

número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

8 004774

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão Ambulatorial adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

1.3. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.4. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.4.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás".

1.5. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.6. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse.

1.7. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.8. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.9. Estabelecer, implementar e disponibilizar "*online*" à SES o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.10. Estarem formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.12. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome do usuário, nome da mãe, Registro Civil e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

004775

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

i) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

j) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.15. Assegurar a implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.16. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

1.17. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/acompanhamento, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.18. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.19. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

1.20. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.21. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.22. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, bem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.23. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.24. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.25. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.

c) Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.

1.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.27. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde

0004776

que atenda às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR NBR 13534 e NBR 15943.

1.28. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório À Resolução RDC 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.29. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.30. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.31. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade dos equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.32. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Policlínica deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde;

b) Lei 8.142/90 - define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;

c) Lei 11.788/08 - dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

d) PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;

e) PNEPS - Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

f) PT GAB/SES-GO 230 de 20/03/17 - regulamenta a realização de Pesquisas Científicas em Unidades da SES/GO.

g) PT GM/MS 67 de 21/02/1985 - define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofre várias alterações e inclusões através das Portarias: 01/DISAD -27/06/85; 607 -23/08/85; 15/MS/SVS -23/08/88; nº 05 – 13/11/89; 122 – 29/11/93; 453/SNVS/DTN – 11/09/96; 843/MS/SVS – 26/10/98;

h) RDC 306 que complementa a RDC 50/2002, substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 - estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistenciais de Saúde;

i) PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso do raio-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

j) PT MS/SAS 202 de 19/06/2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

k) PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS;

l) PT GM/MS 2.616 de 12/05/1998 - estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;

m) PT GM/MS 2.529 de 23/11/2004 - institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

004777

n) PT GM/MS 881 de 19/06/2011 - institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH;

o) Resolução CFM 1.802/2006- Dispõe sobre a prática do ato anestésico;

p) Lei 6.259 de 30/10/1975 – Dispõe sobre a organização de ações de vigilância epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

q) Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);

r) Seguir a Nota Técnica ANVISA 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;

s) Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

t) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

u) Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

2. Ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

2.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

2.2. Comissão de Ética Médica e de Ética de Enfermagem.

2.3. Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT.

2.5. Comissão de Proteção Radiológica.

3. Programa de Residência Médica e Multiprofissional

3.1. A Policlínica Regional – Unidade Goianésia **poderá** funcionar como cenário de práticas para Residências Médica e Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO e gerenciadas pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

3.2. Os preceptores serão selecionados entre profissionais da saúde plantonistas e/ou diaristas da Unidade Ambulatorial, de acordo com as especificidades de cada programa de residência, de preferência mestre ou doutor, sendo, no mínimo, especialista em sua área profissional.

3.3. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde devem ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções da CNRMS/MEC, sendo priorizados o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador de Programa.

3.4. O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde poderá ser estabelecido por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, e em concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e **PRIVADO** quando se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o número de vagas a serem disponibilizadas para cada área, e a titulação mínima dos profissionais (coordenador, tutores e preceptores)

4. Estágios Curriculares

4.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

004778

4.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência da Escola de Saúde Goiás. Os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

5. Programa de Educação Permanente

5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, em conformidade com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás (PEEPS-GO).

6. Vigência

6.1. O serviço objeto deste Termo de Referência deverão se iniciados a partir da data da outorga, podendo ser prorrogado na forma legal.

6.2. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo vigência de 48 (quarenta e oito) meses.

7. Recursos Financeiros

7.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, perfazendo uma despesa mensal e anual máxima de:

7.1.1. O montante do orçamento econômico-financeiro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA é estimado em **R$ 74.100.489,58** (setenta e quatro milhões, cem mil, quatrocentos e oitenta e nove reais e cinquenta e oito centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses do Contrato de Gestão.

7.1.2.Para o primeiro ano, o valor mensal para o custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA será escalonado conforme as metas estabelecidas, sendo **R$ 966.555,30** (novecentos e sessenta e seis mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais e trinta centavos) para o primeiro mês, **R$ 1.086.735,03** (hum milhão, oitenta e seis mil, setecentos e trinta e cinco reais e três centavos) para o segundo mês, **R$ 1.412.236,45** (hum milhão, quatrocentos e doze mil, duzentos e trinta e seis reais e quarenta e cinco centavos) para o terceiro mês e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.569.665,84** (hum milhão, quinhentos e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos).

7.1.3. Do segundo ao quarto ano, o valor mensal para o custeio será de **R$ 1.569.665,84** (hum milhão, quinhentos e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos), totalizando **R$ 18.835.990,08** (dezoito milhões, oitocentos e trinta e cinco mil, novecentos e noventa reais e oito centavos) ano para custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA.

8. REPASSE DE RECURSOS

8.1. O repasse dos recursos financeiros será efetuado até 30 (trinta) dias contados da outorga do Contrato de Gestão e até o 5º dia útil dos meses subsequentes.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

1.1. Características dos Serviços Contratados

1.1.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

1.1.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no

004779

fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.3. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo, com consultas e exames no mesmo dia.

1.1.4. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

a) Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

b) Coleta de exames de patologia clínica disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados através de um sistema informatizado.

c) A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo. O serviço deverá dispor de digitalização das imagens integrado ao sistema PACS.

d) A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

1.2. A forma de encaminhamento

1.2.1. As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste do Estado ou de acordo com a pactuação regional. Poderão ser incluídos os ambulatórios de especialidades municipais ou outros serviços. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

1.2.2. A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado –"*online*", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

1.3. Acompanhamento dos pacientes

1.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões, consultas).

1.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra-referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo os casos que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

1.3.3. Para a referência e contra-referência do paciente atendido na Policlínica deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

1.4. Perfil do atendimento da Policlínica Regional – Unidade Goianésia

1.4.1. De forma ideal, o perfil assistencial de cada unidade deve ser definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços de saúde (Secretarias Municipais de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde Estadual).

1.4.2. Neste documento foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência, a partir de interações com a equipe técnica da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

1.4.3. Procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstos na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes.

1.4.4. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas e exames.

1.5. Integração dos especialistas com a atenção primária

004780

1.5.1. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da atenção básica.

1.5.2. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais.

1.6. Período pré-operacional

1.6.1. Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados - como consultas médicas e não médicas especializadas, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva da unidade com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.

1.6.2. Esse período terá a duração programada de 90 dias, e envolverá realização de ajustes e escalonamento das metas. Durante este prazo, o PARCEIRO PRIVADO identificará a melhor disposição para os consultórios e equipamentos, dentro da unidade.

1.6.3. Os repasses rotineiros dos recursos financeiros definidos por este Contrato de Gestão estão regulamentados no ANEXO TÉCNICO IV – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse).

1.7. Descrição da Unidade

1.7.1. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

1.7.2. A Unidade está localizada à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637. Possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Tem a previsão de 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 16 salas para a execução de exames de imagem, além de outros ambientes que poderão ser organizados conforme a necessidade do fluxo de atendimento, ficando o PARCEIRO PRIVADO responsável por sua distribuição.

1.8. Atendimento Ambulatorial

1.8.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

b) Interconsulta

c) Consultas subsequentes (retornos)

d) Procedimentos terapêuticos (sessões)

1.8.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou não médica.

1.8.3. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

1.8.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

1.8.5. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consulta subsequentes.

004781

1.8.6. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2° atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos (sessões) realizados em especialidade não médica.

1.8.7. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configurarão consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

1.8.8. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira, nas especialidades descritas no Anexo II.

1.9. Cirurgias menores ambulatoriais (cma)

1.9.1. As cirurgias menores ambulatoriais (cma) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizadas com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

1.10. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

1.10.1. Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes atendidos na Policlínica e encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual. Há a previsão dos seguintes exames: Audiometria, Colposcopia, Endoscopia Digestiva Alta/colonoscopia/cistoscopia, Eletrocardiografia, Ecocardiografia/ Doppler Vascular/ Ultrassonografia, Exames Oftalmológicos (Tonometria, Teste Ortóptico, Campimetria, Mapeamento de Retina, Biometria Ultrassônica e outros), Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia, Espirometria, Holter/MAPA, Mamografia, Nasofibroscopia, Radiologia Simples, Teste Ergométrico, Urodinâmica, Patologia Clínica.

1.11. Programas Especiais

1.11.1. Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistências Farmacêutica (CEAF)

1.11.1.1.O serviço de dispensação de medicamentos de alto custo tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria n° 1.554/2013 e normatizações vigentes.

1.11.1.2. Compete à Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa a dispensação, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) executadas pelo PARCEIRO PRIVADO.

1.11.1.3. Cabe ao PARCEIRO PRIVADO controlar os estoques de medicamentos sob sua responsabilidade e armazená-los conforme condições exigidas pelo fabricante e legislação sanitária vigente, receber e conferir a documentação de adesão ao Programa do CEAF, tanto para abrir como para renovar os processos, conforme a Portaria n° 1.554/2013 – GM/MS.

1.11.2. Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção)

1.11.2.1. A carreta da prevenção é uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção do câncer de mama nos municípios que compõem a região de abrangência.

1.11.2.2. Tem como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de Rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino através dos exames de mamografia e papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce, quando a chance de cura é de 95%.

1.11.2.3. Oferecerá exames de Mamografia e papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o papanicolau e que residam na região de saúde.

1.11.2.4. Os resultados dos exames deverão ser encaminhados para o endereço do paciente. Laudos normais, ou seja, sem achados de malignidade e que não necessitam de exame complementar, serão encaminhados para a unidade básica de saúde da região onde a unidade móvel forneceu atendimento. O paciente que necessite de exame complementar (compressão, magnificação, ou ultrassonografia mamária) será convocado pela equipe de enfermagem e/ou serviço social Policlínica para realização do mesmo conforme agendamento.

004782

1.11.2.5. A unidade móvel deverá contar com técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, enfermeiro e motorista.

1.11.2.6. O valor da locação e/ou comodato da carreta da prevenção ao câncer já foram previstos na elaboração do custeio total da policlínica regional - unidade Goianésia.

1.11.3. Transporte gratuito de pacientes à Policlínica Regional

1.11.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária com elevador rodoviário (DPM - Dispositivo Móvel de Poltrona), equipados com ar-condicionado e rede *wifi*, que irão circular pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA.

1.11.3.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região e o transporte se justifica em razão da dificuldade de acesso à região, bem como com relação às características sociodemográficas do local.

1.11.4. Inclusão de Novos Serviços

1.11.4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação do serviço de hemodiálise, incluindo as adequações na estrutura física e horário de funcionamento, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato.

1.11.4.2. Caso, ao longo da vigência deste contrato, em comum acordo entre os PARCEIROS, a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

1.12. Conteúdo das Informações a serem Encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde

1.12.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

1.12.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.

c) Relatório de Custos em regime Trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: unidade hospitalar ou especializada, centro de referência ou outros.

1.12.3. O PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

1.12.4. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

ANEXO II

INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

004783

O Parceiro Privado informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA.

A produção realizada deve ser encaminhada, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

São considerados, para as Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.1. A Policlínica realizará **56.374 consultas médicas e 27.735 consultas não médicas**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **63.204 consultas médicas e 30.528 consultas não médicas** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Atendimento Ambulatorial para o 1º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	776	1.100	1.430	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554
Interconsulta	120	183	478	517	517	517	517	517	517	517	517	517
Consultas Subsequente	797	1.131	2946	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196
Total	**1.703**	**2.414**	**4.854**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**

Atendimento Ambulatorial do 2º ao 4º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554
Interconsulta	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517
Consultas Subsequente	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196
Total	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**

004784

Especialidades médicas		Especialidades médicas	
Acupuntura		Medicina do Trabalho	
Alergia/Imunologia		Nefrologia	X
Anestesiologia	X	Neonatologia	
Cardiologia	X	Neurocirurgia	
Cirurgia Cardiovascular		Neurologia	X
Cirurgia Geral		Pediatria	X
Cirurgia Pediátrica		Obstetrícia	X
Cirurgia Plástica		Oftalmologia	X
Cirurgia Vascular		Oncologia	
Dermatologia	X	Ortopedia/Traumatologia	X
Endocrinologia	X	Ortopedia infantil	
Endocrinologia Infantil		Otorrinolaringologia	X
Fisiatria		Pneumologia	X
Gastroenterologia	X	Pneumologia infantil	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	X
Ginecologia	X	Urologia	X
Hematologia	X	Clínico Geral	
Infectologia		Médico da Família	X
Mastologia	X		

Atendimento Ambulatorial para o 1º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	400	480	639	800	800	800	800	800	800	800	800	800
Sessões	871	1.045	1.394	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744
Total	**1.271**	**1.535**	**2.033**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**

004785

Atendimento Ambulatorial do 2º ao 4º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800
Sessões	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744
Total	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**

Especialidades não médicas	
Enfermeiro	X
Farmacêutico	X
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X
Serviço Social	X
Terapeuta Ocupacional	
Odontologia	X
Outros	

2. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

2.1. A Policlínica realizará **1.308 cirurgias menores ambulatoriais**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **1.440 cirurgias a menor ambulatoriais** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Cirurgias ambulatoriais para o 1º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor	60	72	96	120	120	120	120	120	120	120	120	120

004786

ambulatorial (cma)												
Total	**60**	**72**	**96**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**

Cirurgias ambulatoriais do 2º ao 4º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor ambulatorial (cma)	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Total	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**

3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT

3.1. A Policlínica oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados a pacientes EXTERNOS, isto é, àqueles que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela SES/GO.

3.2. A unidade realizará um número de SADT Externo de **17.440 exames**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **19.200 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) no 1º ano

SADT Externo	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Radiologia	200	240	320	400	400	400	400	400	400	400	400	400
Ultrassonografia	350	420	560	700	700	700	700	700	700	700	700	700
Tomografia	100	120	160	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Endoscopia	100	120	160	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Mamografia	50	60	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total	**800**	**960**	**1.280**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) do 2º ao 4º ano

SADT Externo	**1º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Radiologia	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400

004787

Ultrassonografia	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700
Tomografia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Endoscopia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Mamografia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**

Deve-se ressaltar que o profissional anestesiologista poderá acompanhar os exames sempre que houver a referida indicação clínica.

4. UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO AO CÂNCER (CARRETA DA PREVENÇÃO)

4.1. A Unidade móvel desenvolverá ações de prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e Papanicolau. Serão ofertados **30.480 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Exames Unidade Móvel de Prevenção do 1º ao 4º ano

Carreta da Prevenção ao Câncer	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Mamografia	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140
Papanicolau	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400
Total	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**

ANEXO III
INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

O Parceiro Privado informará mensalmente os resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	**Meta**
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Índice de Retorno Médico	< 20%

004788

Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

1. Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Goianésia decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

2. Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas não médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Goianésia decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

3. Índice de Retorno Médico

Conceituação: Mensura, indiretamente, a resolutividade da unidade e monitora a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica.

O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente

Fórmula: [total de consultas subsequentes / Total de primeiras consultas + Total de Interconsultas]

4. Perda Primária

Conceituação: Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas área a rede referenciada.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. Permite estratificação por especialidade.

Fórmula: [total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede / Total de primeiras consultas agendadas no ambulatório] x 100

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

004789

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1.2. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

1.3. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.4. O montante do orçamento econômico-financeiro do POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA é estimado em **R$ 74.100.489,58** (setenta e quatro milhões, cem mil, quatrocentos e oitenta e nove reais e cinquenta e oito centavos), para os **48 (quarenta e oito) meses** de Contrato de Gestão.

1.5. Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor de **R$ 66.690.440,62** (sessenta e seis milhões, seiscentos e noventa mil, quatrocentos e quarenta reais e sessenta e dois centavos), sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção.**

Tabela I – Distribuição Percentual para Efeito de Desconto Financeiro dos Indicadores de Produção

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 1º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.024.962,42
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.583.326,73
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	949.996,05
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.374.990,12
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	1.899.992,09
Total		**15.833.267,41**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 2º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.662.862,91
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.695.239,11
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.017.143,46
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.542.858,66

004730

Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.034.286,93
Total		**16.952.391,07**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 3º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.662.862,91
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.695.239,11
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.017.143,46
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.542.858,66
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.034.286,93
Total		**16.952.391,07**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 4º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.662.862,91
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.695.239,11
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.017.143,46
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.542.858,66
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.034.286,93
Total		**16.952.391,07**

1.6. Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$7.410.048,96** (sete milhões, quatrocentos e dez mil, quarenta e oito reais e noventa e seis centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, item 3, descrito adiante.

1.7. Os pagamentos mensais dar-se-ão na seguinte conformidade:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO				
MÊS	**1º ANO**	**2º ANO**	**3º ANO**	**4º ANO**
	VALOR (R$)	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**

004791

01	966.555,30	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
02	1.086.735,03	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
03	1.412.236,45	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
04	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
05	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
06	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
07	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
08	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
09	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
10	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
11	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
12	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
Total	**17.592.519,35**	**18.835.990,08**	**18.835.990,08**	**18.835.990,08**

1.8. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA.

1.9. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA.

1.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.11. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.12. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.13. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

1.14. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais - SIGOS* disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.15. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.16. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

004792

1.17. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

1.18. A cada período de 03 (três) meses, à Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.19. A cada 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.20. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.20.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

1.20.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.21. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

1.22. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.23. A análise referida no item 1.19. deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.24. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.25. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL.**

2.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento de unidades policlínicas*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo II** e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico IV.**

TABELA II – Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para gerenciamento Policlínica Regional - Unidade Goianésia

004793

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Ambulatório Médico **Peso 57%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas
Ambulatório Não Médico **Peso 10%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento das consultas não médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas não médicas
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais **Peso 06%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
SADT Externo **Peso 15%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames
Carreta da Prevenção ao Câncer **Peso 12%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 80% e 89,99% do	90% do orçamento destinado aos exames de

004794

	volume contratado	prevenção
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames de prevenção

3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

3.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.18. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

3.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

3.3. Em caso de polaridade do indicador ser quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

3.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

004795

3.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

3.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

PONTUAÇÃO GLOBAL	VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO
9 a 10 pontos	100 %
8 a 8,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

ANEXO TÉCNICO DO CONTRATO V

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **GOIANÉSIA**, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, em regime de, no mínimo, 12 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela Procuradora-Geral do Estado, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado PERMITENTE.

004796

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas,, inscrita no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Angélica, número 321, sala 236, Santa Cecilia, São Paulo - SP, CEP: 01.227-000, neste momento representado por Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 65/2020, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o **INSTITUTO CEM**, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde , em regime de 24 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 201900010038452, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão na **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA**, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, pela organização social de saúde.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 65/2020.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA, na Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transfe total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

004797

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão n° 65/2020, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão n° 65/2020.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n° 65/2020.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

004798

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 65/2020.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma lgal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO DO CONTRATO VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **GOIANÉSIA**, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, por, no mínimo, 12 horas por dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das

004799

partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO,** Juliana Pereira Diniz Prudente, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, Ismael Alexandrino, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas,, inscrita no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Angélica, número 321, sala 236, Santa Cecilia, São Paulo - SP, CEP: 01.227-000, neste momento representado por Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o disposto no Contrato de Gestão nº 65/2020, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e Instituto dos Lagos - Rio, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, em regime de 12 horas/dia, no mínimo.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 201900010038452 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, onde funciona POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA, em regime de 12 horas/dia, com área total medindo 3.775 m².

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão nº 65/2020 .

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

004300

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão n° 65/2020, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão n° 65/2020, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n° 65/2020;

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual n° 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão n° 65/2020.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

004801

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 29/12/2020, às 10:46, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 29/12/2020, às 11:02, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE**, **Procurador (a) Geral do Estado**, em 31/12/2020, às 17:29, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000017494254** e o código CRC **95230FEA**.

SUPERINTENDÊNCIA DE PERFORMANCE
RUA SC-1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO - S/C

004802

004803

certificado

Certificado: N°379-016-160 | Validade: 06/2024

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

POLICLÍNICA ESTADUAL REGIÃO SUDOESTE-QUIRINÓPOLIS

CNPJ: 12.053.184/0005-60

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde - IBES, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Ambulatório sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 15 de Junho de 2022

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IBES Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde

IEEA Accredited Organisation 2016-2020 | ISQua Institutional Member 2019-2020 | IEEA Accredited Standards 2017-2021

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC Sociedade Brasileira de Análises Clínicas | Unimed

004805

ONA
Organização Nacional de Acreditação

São Paulo, 15 de Junho de 2022

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Policlínica Estadual Região Sudoeste-quirinópolis, inscrito no CNPJ: 12.053.184/0005-60, foi certificado como ACREDITADO , com validade até 15/06/2024.

Fabio Gastal
Presidente

ONA - Rua Bela Cintra, 986 - Cj 101 | Consolação | São Paulo/SP - 01415-000
Telefone: (11)3121-3232 | E-mail: ona@ona.org.br

004806

8 004807

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
12.053.184/0005-60 **FILIAL**		**25/03/2021**

NOME EMPRESARIAL
INSTITUTO CEM

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
********	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.21-6-01 - UTI móvel
86.22-4-00 - Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências
86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
86.30-5-06 - Serviços de vacinação e imunização humana
86.40-2-02 - Laboratórios clínicos
86.40-2-04 - Serviços de tomografia
86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia
86.40-2-06 - Serviços de ressonância magnética
86.40-2-07 - Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética
86.40-2-08 - Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos
86.40-2-09 - Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos
86.40-2-99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
R FABIO GARCIA DA SILVEIRA	**45**	**QUADRA0224 LOTE 0005**

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
75.860-000	**SETOR CENTRAL**	**QUIRINOPOLIS**	**GO**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
CONTATO@INSTITUTOCEM.ORG.BR	**(62) 3157-0732**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**25/03/2021**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **09/06/2021** às **14:17:55** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

8004808

004809

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato Nº 01/2021 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o **Instituto Cem**, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **QUIRINÓPOLIS**, localizada na área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018 (000011347256), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia.

004810

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, na Lei federal nº. 12.527/2011, Lei estadual nº. 18.025/2013, no art. 64, §2º, da Lei nº 8.666/1993, no Despacho Governamental nº 56/2021 (000018709059), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.495, de 22/02/2021 (000018709775), no Despacho do Gabinete nº Automático 907/2021 -GAB/SEAD (000017992318), no Ofício nº 1107/2021-ECONOMIA (000018391823), no Despacho do Gabinete nº Automático 386/2021-GAB/SES (000018163802), no Edital de Chamamento Público nº 07/2019 SES/GO (000012210070) e na Resolução Normativa nº. 013/2017-TCE/GO, tudo constante no processo nº 201900010038461, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO,** mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE **QUIRINÓPOLIS**, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO,** como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da Saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.11. Proceder a devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de

pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

2.20. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.21. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.22. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.23. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.24. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.34.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.36. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.39. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das

legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, com envio quadrimestral de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.42.1. Mensurar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.47. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.49. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.50. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.51. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.52. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.52.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.53. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.54. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.55. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.55.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.56. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.58. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.59. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.60. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.61. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.62. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.63. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.64. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.65. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.66. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.67. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.68. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.69. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.70. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.71. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.72. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

2.73. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.74. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

2.75. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.76. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005, inclusive quanto.

2.77. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.11.

2.78. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus

dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de **48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial**, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com observância do prazo máximo estabelecido pelo inciso II c/c § 2º do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 68.552.809,30** (sessenta e oito milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e nove reais e trinta centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.2.1. Em caso de redução de repasse dos valores sem redução das metas inicialmente propostas, em razão da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da parceira, a Organização Social em Saúde deverá anuir expressamente.

004821

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7. 7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE**

GESTÃO, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. No primeiro ano do presente CONTRATO DE GESTÃO o valor a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO será de R$ **16.223.939,38** (dezesseis milhões, duzentos e vinte e dois mil, novecentos e trinta e nove reais e trinta e oito centavos), **em 12 (doze) parcelas mensais** de R$ sendo **R$ 877.076,50** (oitocentos e setenta e sete mil, setenta e seis reais e cinquenta centavos) para o primeiro mês; **R$ 985.048,82** (novecentos e oitenta e cinco mil, quarenta e oito reais e oitenta e dois centavos) para o segundo mês; **R$ 1.279.596,58** (um milhão, duzentos e setenta e nove mil, quinhentos e noventa e seis reais e cinquenta e oito centavos) para o terceiro mês; e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.453.579,72** (um milhão, quatrocentos e cinquenta e três mil, quinhentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos), respeitando a Programação

de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da nota de empenho e dotação orçamentária abaixo discriminadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**
00147	26/02/2021	(000018794617)	R$ 13.316.779,94
T O T A L			**R$ 13.316.779,94**

SEQUENCIAL: 064	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000018306301)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.6. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.7. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo Estadual.

9.8. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.6 e 9.7, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.9. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

9.10. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.11. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.12. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.13. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.14. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.15. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.16. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.17. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.18. O **PARCEIRO PRIVADO,** para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

9.19. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.6 e 9.7, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.8.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação de seus termos pelo CIPAC e outorga pela Procuradoria-Geral do Estado.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras em suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Anexos Técnicos

b) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do contrato de gestão;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e

financeiros diretamente do sistema de informação de gestão Ambulatorial adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

1.3. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.4. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.4.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás".

1.5. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.6. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse.

1.7. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.8. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.9. Estabelecer, implementar e disponibilizar *"online"* à SES o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.10. Estarem formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo

técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.12. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome do usuário, nome da mãe, Registro Civil e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

i) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

j) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.15. Assegurar a implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.16. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/acompanhamento, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.18. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

1.19. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.20. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.21. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.22. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.23. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.24. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.

c) Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.

1.25. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.26. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR NBR 13534 e NBR 15943.

1.27. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório À Resolução RDC 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.28. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico atualizado dos

equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.29. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.30. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.31. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Policlínica deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde;

b) Lei 8.142/90 - define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;

c) Lei 11.788/08 - dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

d) PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;

e) PNEPS - Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

f) PT GAB/SES-GO 230 de 20/03/17 - regulamenta a realização de Pesquisas Científicas em Unidades da SES/GO.

g) PT GM/MS 67 de 21/02/1985 - define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: 01/DISAD -27/06/85; 607 -23/08/85; 15/MS/SVS -23/08/88; nº 05 – 13/11/89; 122 – 29/11/93; 453/SNVS/DTN – 11/09/96; 843/MS/SVS – 26/10/98;

h) RDC 306 que complementa a RDC 50/2002, substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 - estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistenciais de Saúde;

i) PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso do raio-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

j) PT MS/SAS 202 de 19/06/2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

k) PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS;

l) PT GM/MS 2.616 de 12/05/1998 - estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;

m) PT GM/MS 2.529 de 23/11/2004 - institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

n) PT GM/MS 881 de 19/06/2011 - institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH;

o) Resolução CFM 1.802/2006- Dispõe sobre a prática do ato anestésico;

p) Lei 6.259 de 30/10/1975 – Dispõe sobre a organização de ações de vigilância epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

q) Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);

r) Seguir a Nota Técnica ANVISA 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;

s) Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

t) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

u) Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

2. Ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

2.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

2.2. Comissão de Ética Médica e de Ética de Enfermagem.

2.3. Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT.

2.5. Comissão de Proteção Radiológica.

3. Programa de Residência Médica e Multiprofissional

3.1. A Policlínica Regional – Unidade Quirinópolis **poderá** funcionar como cenário de práticas para Residências Médica e Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO e gerenciadas pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

3.2. Os preceptores serão selecionados entre profissionais da saúde plantonistas e/ou diaristas da Unidade Ambulatorial, de acordo com as especificidades de cada programa de residência, de preferência mestre ou doutor, sendo, no mínimo, especialista em sua área profissional.

3.3. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde devem ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções da CNRMS/MEC, sendo priorizados o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador de Programa.

3.4. O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde poderá ser estabelecido por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, e em concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e **PRIVADO** quando se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o número de vagas a serem disponibilizadas para cada área, e a titulação mínima dos profissionais (coordenador, tutores e preceptores)

4. Estágios Curriculares

4.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

4.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás. Os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

5. Programa de Educação Permanente

5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, em conformidade com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás (PEEPS-GO).

6. Vigência

6.1. O serviço objeto deste Termo de Referência deverão se iniciados a partir da data da outorga, podendo ser prorrogado na forma legal.

6.2. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência de 48 (quarenta e oito) meses.

7. Recursos Financeiros

7.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, perfazendo uma despesa mensal e anual máxima de:

7.1.1. O montante do orçamento econômico-financeiro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS é estimado em **R$ 68.552.809,30** (sessenta e oito milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e nove reais e trinta centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses do Contrato de Gestão.

7.1.2. Para o primeiro ano, o valor mensal para o custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS será escalonado conforme as metas estabelecidas, sendo **R$ 877.076,50** (oitocentos e setenta e sete mil, setenta e seis reais e cinquenta centavos) para o primeiro mês, **R$ 985.048,82** (novecentos e oitenta e cinco mil, quarenta e oito reais e oitenta e dois centavos) para o segundo mês, **R$ 1.279.596,58** (hum milhão, duzentos e setenta e nove mil, quinhentos e noventa e seis reais e cinquenta e oito centavos) para o terceiro mês e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.453.579,72** (hum milhão, quatrocentos e cinquenta e três mil, quinhentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos).

7.1.3. Do segundo ao quarto ano, o valor mensal para o custeio será de **R$ 1.453.579,72** (hum milhão, quatrocentos e cinquenta e três mil, quinhentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos), totalizando **R$ 17.442.956,64** (dezessete milhões, quatrocentos e quarenta e dois mil, novecentos e cinquenta e seis reais e sessenta e quatro centavos) ano para custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

8. REPASSE DE RECURSOS

8.1. O repasse dos recursos financeiros será efetuado até 30 (trinta) dias contados da outorga do Contrato de Gestão e até o 5º dia útil dos meses subsequentes.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

2.1. Características dos Serviços Contratados

2.1.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.1.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.3. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo, com consultas e exames no mesmo dia.

2.1.4. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

a) Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

b) Coleta de exames de patologia clínica disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados através de um sistema informatizado.

c) A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo. O serviço deverá dispor de digitalização das imagens integrado ao sistema PACS.

d) A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.2. A forma de encaminhamento

2.2.1. As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste do Estado ou de acordo com a pactuação regional. Poderão ser incluídos os ambulatórios de especialidades municipais ou outros serviços. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

2.2.2. A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado – "*online*", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

2.3. Acompanhamento dos pacientes

2.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões, consultas).

2.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra-referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo os casos que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

2.3.3. Para a referência e contra-referência do paciente atendido na Policlínica deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

2.4. Perfil do atendimento da Policlínica Regional – Unidade Quirinópolis

2.4.1. De forma ideal, o perfil assistencial de cada unidade deve ser definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços de saúde (Secretarias Municipais de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde Estadual).

2.4.2. Neste documento foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência, a partir de interações com a equipe técnica da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

2.4.3. Procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstos na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes.

2.4.4. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas e exames.

2.5. Integração dos especialistas com a atenção primária

2.5.1. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da atenção básica.

2.5.2. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais.

2.6. Período pré-operacional

2.6.1. Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados - como consultas médicas e não médicas especializadas, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva da unidade com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.

2.6.2. Esse período terá a duração programada de 90 dias, e envolverá realização de ajustes e escalonamento das metas. Durante este prazo, o PARCEIRO PRIVADO identificará a melhor disposição para os consultórios e equipamentos, dentro da unidade.

2.6.3. Os repasses rotineiros dos recursos financeiros definidos por este Contrato de Gestão estão regulamentados no ANEXO TÉCNICO IV – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse).

2.7. Descrição da Unidade

2.7.1. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador

Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

2.7.2. A Unidade está localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás. Possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Tem a previsão de 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 16 salas para a execução de exames de imagem, além de outros ambientes que poderão ser organizados conforme a necessidade do fluxo de atendimento, ficando o PARCEIRO PRIVADO responsável por sua distribuição.

2.8. Atendimento Ambulatorial

2.8.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

b) Interconsulta

c) Consultas subsequentes (retornos)

d) Procedimentos terapêuticos (sessões)

2.8.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou não médica.

2.8.3. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

2.8.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

2.8.5. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consultas subsequentes.

2.8.6. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos (sessões) realizados em especialidade não médica.

2.8.7. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configurarão consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2.8.8. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira, nas especialidades descritas no Anexo II.

2.9. Cirurgias menores ambulatoriais (cma)

2.9.1. As cirurgias menores ambulatoriais (cma) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizadas com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

2.10. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

2.10.1. Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes atendidos na Policlínica e encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual. Há a previsão dos seguintes exames: Audiometria, Colposcopia, Endoscopia Digestiva Alta/colonoscopia/cistoscopia, Eletrocardiografia, Ecocardiografia/ Doppler Vascular/ Ultrassonografia, Exames Oftalmológicos (Tonometria, Teste Ortóptico, Campimetria, Mapeamento de Retina, Biometria Ultrassônica e outros), Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia, Espirometria, Holter/MAPA, Mamografia, Nasofibroscopia, Radiologia Simples, Teste Ergométrico, Urodinâmica, Patologia Clínica.

2.11. Programas Especiais

2.11.1. Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistências Farmacêutica (CEAF)

2.11.1.1.O serviço de dispensação de medicamentos de alto custo tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria nº 1.554/2013 e normatizações vigentes.

2.11.1.2. Compete à Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa a dispensação, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) executadas pelo PARCEIRO PRIVADO.

2.11.1.3. Cabe ao PARCEIRO PRIVADO controlar os estoques de medicamentos sob sua responsabilidade e armazená-los conforme condições exigidas pelo fabricante e legislação sanitária vigente, receber e conferir a documentação de adesão ao Programa do CEAF, tanto para abrir como para renovar os processos, conforme a Portaria nº 1.554/2013 – GM/MS.

2.11.2. Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção)

2.11.2.1. A carreta da prevenção é uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção do câncer de mama nos municípios que compõem a região de abrangência.

2.11.2.2. Tem como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de Rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino através dos exames de mamografia e papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce, quando a chance de cura é de 95%.

2.11.2.3. Oferecerá exames de Mamografia e papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o papanicolau e que residam na região de saúde.

2.11.2.4. Os resultados dos exames deverão ser encaminhados para o endereço do paciente. Laudos normais, ou seja, sem achados de malignidade e que não necessitam de exame complementar, serão encaminhados para a unidade básica de saúde da região onde a unidade móvel forneceu atendimento. O paciente que necessite de exame complementar (compressão, magnificação, ou ultrassonografia mamária) será convocado pela equipe de enfermagem e/ou serviço social Policlínica para realização do mesmo conforme agendamento.

2.11.2.5. A unidade móvel deverá contar com técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, enfermeiro e motorista.

2.11.2.6. O valor da locação e/ou comodato da carreta da prevenção ao câncer já foram previstos na elaboração do custeio total da policlínica regional - unidade Quirinópolis.

2.11.3. Transporte gratuito de pacientes à Policlínica Regional

2.11.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária com elevador rodoviário (DPM - Dispositivo Móvel de Poltrona), equipados com ar-condicionado e rede *wifi*, que irão circular pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

2.11.3.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região e o transporte se justifica em razão da dificuldade de acesso à região, bem como com relação às características sociodemográficas do local.

2.11.4. Inclusão de Novos Serviços

2.11.4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação do serviço de hemodiálise, incluindo as adequações na estrutura física e horário de funcionamento, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato.

2.11.4.2. Caso, ao longo da vigência deste contrato, em comum acordo entre os PARCEIROS, a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

2.12. Conteúdo das Informações a serem Encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde

2.12.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

2.12.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.

c) Relatório de Custos em regime Trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: unidade hospitalar ou especializada, centro de referência ou outros.

2.12.3. O PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

2.12.4. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

ANEXO II

INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

O Parceiro Privado informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

A produção realizada deve ser encaminhada, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

São considerados, para as Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.1. A Policlínica realizará **50.756 consultas médicas e 24.959 consultas não médicas**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **56.904 consultas médicas e 27.480 consultas não médicas** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Atendimento Ambulatorial para o 1º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	698	836	1.290	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399
Interconsulta	116	186	431	466	466	466	466	466	466	466	466	466
Consultas Subsequente	718	1.147	2.656	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877
Total	**1.532**	**2.169**	**4.377**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**

Atendimento Ambulatorial do 2º ao 4º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399
Interconsulta	466	466	466	466	466	466	466	466	466	466	466	466
Consultas Subsequente	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877
Total	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**

Especialidades médicas		Especialidades médicas	
Acupuntura		Medicina do Trabalho	
Alergia/Imunologia		Nefrologia	X
Anestesiologia	X	Neonatologia	
Cardiologia	X	Neurocirurgia	
Cirurgia Cardiovascular		Neurologia	X
Cirurgia Geral		Pediatria	X
Cirurgia Pediátrica		Obstetrícia	X
Cirurgia Plástica		Oftalmologia	X

004846

Cirurgia Vascular		Oncologia	
Dermatologia	X	Ortopedia/Traumatologia	X
Endocrinologia	X	Ortopedia infantil	
Endocrinologia Infantil		Otorrinolaringologia	X
Fisiatria		Pneumologia	X
Gastroenterologia	X	Pneumologia infantil	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	X
Ginecologia	X	Urologia	X
Hematologia	X	Clínico Geral	
Infectologia		Médico da Família	X
Mastologia	X		

Atendimento Ambulatorial para o 1º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	360	429	576	720	720	720	720	720	720	720	720	720
Sessões	784	944	1.256	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570
Total	**1.144**	**1.373**	**1.832**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**

Atendimento Ambulatorial do 2º ao 4º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720
Sessões	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570
Total	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**

Especialidades não médicas	
Enfermeiro	X
Farmacêutico	X
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X

004847

Serviço Social	X
Terapeuta Ocupacional	
Odontologia	X
Outros	

2. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

2.1. A Policlínica realizará **1.177 cirurgias menores ambulatoriais**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **1.296 cirurgias a menor ambulatoriais** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Cirurgias ambulatoriais para o 1º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor ambulatorial (cma)	54	65	86	108	108	108	108	108	108	108	108	108
Total	**54**	**65**	**86**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**

Cirurgias ambulatoriais do 2º ao 4º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor ambulatorial (cma)	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
Total	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**

3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT

3.1. A Policlínica oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados a pacientes EXTERNOS, isto é, àqueles que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela SES/GO.

3.2. A unidade realizará um número de SADT Externo de **15.696 exames**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **17.280 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) no 1º ano

SADT Externo	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Radiologia	180	216	288	360	360	360	360	360	360	360	360	360
Ultrassonografia	315	378	504	630	630	630	630	630	630	630	630	630
Tomografia	90	108	144	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Endoscopia	90	108	144	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Mamografia	45	54	72	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Total	**720**	**864**	**1.152**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) do 2º ao 4º ano

SADT Externo	1º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Radiologia	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360
Ultrassonografia	630	630	630	630	630	630	630	630	630	630	630
Tomografia	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Endoscopia	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Mamografia	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Total	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**

Deve-se ressaltar que o profissional anestesiologista poderá acompanhar os exames sempre que houver a referida indicação clínica.

4. UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO AO CÂNCER (CARRETA DA PREVENÇÃO)

4.1. A Unidade móvel desenvolverá ações de prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e Papanicolau. Serão ofertados **30.480 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Exames Unidade Móvel de Prevenção do 1º ao 4º ano

1004849

Carreta da Prevenção ao Câncer	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Mamografia	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140
Papanicolau	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400
Total	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**

ANEXO III
INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

O Parceiro Privado informará mensalmente os resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	Meta
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Índice de Retorno Médico	< 20%
Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

1. Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Quirinópolis decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

2. Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas não médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Quirinópolis decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

3. Índice de Retorno Médico

Conceituação: Mensura, indiretamente, a resolutividade da unidade e monitora a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica.

O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente

Fórmula: [total de consultas subsequentes / Total de primeiras consultas + Total de Interconsultas]

4. Perda Primária

Conceituação: Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas área a rede referenciada.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. Permite estratificação por especialidade.

Fórmula: [total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede / Total de primeiras consultas agendadas no ambulatório] x 100

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1.2. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

1.3. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.4. O montante do orçamento econômico-financeiro do POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS é estimado em **R$ 68.552.809,30** (sessenta e oito milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e nove reais e trinta centavos), para os **48 (quarenta e oito) meses** de Contrato de Gestão.

1.5. Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor de **R$ 61.697.528,37**(sessenta e um milhões, seiscentos e noventa e sete mil, quinhentos e vinte e oito reais e trinta e sete centavos), sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção.**

Tabela I – Distribuição Percentual para Efeito de Desconto Financeiro dos Indicadores de Produção

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 1º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica	57	8.322.880,94
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.460.154,54
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	876.092,72
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.190.231,82
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	1.752.185,46

Total		**14.601.545,45**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 2º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.942.485,27
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.744.295,67
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.046.577,40
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.616.443,50
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.093.154,80
Total		**17.442.956,66**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 3º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.942.485,27
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.744.295,67
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.046.577,40
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.616.443,50
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.093.154,80
Total		**17.442.956,66**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 4º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.942.485,27
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.744.295,67
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.046.577,40
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.616.443,50
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.093.154,80
Total	**100%**	**17.442.956,66**

1.6. Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$ 6.855.280,93** (seis milhões, oitocentos e cinquenta e cinco mil, duzentos e oitenta reais e noventa e três centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, item 3, descrito adiante.

1.7. Os pagamentos mensais dar-se-ão na seguinte conformidade:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO				
MÊS	**1º ANO**	**2º ANO**	**3º ANO**	**4º ANO**
	VALOR (R$)	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**
01	877.076,50	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
02	985.048,82	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
03	1.279.596,58	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
04	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
05	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
06	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
07	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
08	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
09	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
10	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
11	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
12	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
Total	**16.223.939,38**	**17.442.956,64**	**17.442.956,64**	**17.442.956,64**

1.8. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

1.9. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

1.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.11. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.12. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.13. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

1.14. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais - SIGOS* disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.15. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.16. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

1.17. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

1.18. A cada período de 03 (três) meses, à Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.19. A cada 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.20. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.20.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

1.20.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.21. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

1.22. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.23. A análise referida no item 1.19. deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento,

se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.24. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.25. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL.**

2.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento de unidades policlínicas*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo II** e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico IV.**

TABELA II – Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento Policlínica Regional - Unidade Quirinópolis

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Ambulatório Médico Peso 57%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas
Ambulatório Não Médico Peso 10%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas

	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento das consultas não médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas não médicas
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais Peso 06%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
SADT Externo Peso 15%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames
Carreta da Prevenção ao Câncer Peso 12%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames de prevenção
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames de prevenção

3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

3.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.18. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

3.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

3.3. Em caso de polaridade do indicador ser quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

3.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

3.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

3.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

PONTUAÇÃO GLOBAL	VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO

9 a 10 pontos	100 %
8 a 8,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

ANEXO TÉCNICO DO CONTRATO V

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, em regime de, no mínimo, 12 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO,** JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº

845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE,** ISMAEL ALEXANDRINO, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, inscrita no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia -CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 01/2021, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o **INSTITUTO CEM**, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 201900010038461, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão na **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS**, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, pela organização social de saúde

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 01/2021.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na POLICLÍNICA REGIONAL- UNIDADE QUIRINÓPOLIS, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº 01/2021, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº 01/2021.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 01/2021.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 01/2021.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

ANEXO DO CONTRATO VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **QUIRINÓPOLIS**, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, por, no mínimo, 12 horas por dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE** brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo **Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula

de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia -CEP 74.810-100, neste momento representado por Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia., conforme procuração, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o disposto no Contrato de Gestão nº 01/2021, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto Cem, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, em regime de 12 horas/dia, no mínimo.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 201900010038461 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, onde funciona POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS, em regime de 12 horas/dia, com área total medindo 3.775 m².

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. 01/2021.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

004866

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº 01/2021, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº 01/2021, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 01/2021.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 01/2021.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período,

necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2021, às 11:01, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 08/03/2021, às 14:26, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000018171039** e o código CRC **CF2DE0EB**.

SUPERINTENDÊNCIA DE PERFORMANCE
RUA SC-1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO - S/C

Referência: Processo nº 201900010038461

004870

004871

certificado

Certificado: N°395-016-170 | Validade: 11/2024

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO-FORMOSA

CNPJ: 12.053.184/0008-03

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde - IBES, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão , Norma de Serviços Ambulatoriais sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 04 de Novembro de 2022

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IBES Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde

IEEA Accredited Organisation 2018-2020 | ISQua Institutional Member 2019-2020 | IEEA Accredited Standards 2017-2021

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed

004873

ONA
Organização Nacional de Acreditação

São Paulo, 04 de Novembro de 2022

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Policlínica Estadual Da Região Do Entorno-formosa, inscrito no CNPJ: 12.053.184/0008-03, foi certificado como ACREDITADO , com validade até 04/11/2024.

Fabio Gastal
Presidente

004875

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
12.053.184/0008-03 **FILIAL**		**27/01/2022**

NOME EMPRESARIAL
INSTITUTO CEM

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
INSTITUTO CEM	**DEMAIS**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.21-6-01 - UTI móvel
86.22-4-00 - Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências
86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
86.30-5-06 - Serviços de vacinação e imunização humana
86.40-2-02 - Laboratórios clínicos
86.40-2-04 - Serviços de tomografia
86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia
86.40-2-06 - Serviços de ressonância magnética
86.40-2-07 - Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética
86.40-2-08 - Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos
86.40-2-09 - Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos
86.40-2-99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
R 1	**94**	**QUADRAA LOTE 17**

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
73.801-580	**CENTRO**	**FORMOSA**	**GO**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
CONTATO@INSTITUTOCEM.ORG.BR	**(62) 3157-0732**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**27/01/2022**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **14/02/2022** às **10:24:26** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

001876

004877

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato 3/2022 - SES

AJUSTE DE PARCERIA NA FORMA DE CONTRATO DE GESTÃO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PRIVADO, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, COM VISTAS AO FOMENTO, GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, doravante denominado **PARCEIRO PPRIVADO,** pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia - GO, CEP: 74810-100, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas alterações, na Lei federal nº 12.527/2011, Lei estadual nº 18.025/2013, no Despacho Governamental nº 511, de 06/08/2021, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.609, de 06/08/2021, no Edital de Chamamento Público nº 02/2021, e na Resolução Normativa nº 013/2017- TCE/GO, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO,** mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades da **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA** , localizada nas Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara - Formosa - GO, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da Saúde), com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

0064078

2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados do início da vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados do início da vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

2.20. As organizações sociais poderão utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para atividades meio e fim do objeto do contrato de gestão, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde.

2.21Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.32. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.33. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;

2.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.35.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.36. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.37. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

004879

2.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, com envio semestralmente de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.44. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.51. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.53. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.56.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

2.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

2.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.77. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005:

2.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9.

2.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do CONTRATO DE GESTÃO"

2.80. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

004881

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo **PARCEIRO PÚBLICO,** com observância do prazo máximo estabelecido pelo § 2º, do inciso II, do art. 6º-F , da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 103.949.032,53 (cento e três milhões, novecentos e quarenta e nove mil trinta e dois reais e cinquenta e três centavos).**

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.9, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

004882

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7. 7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. No primeiro ano do presente CONTRATO DE GESTÃO o valor a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO será de R$ **R$ 25.987.258,13 (Vinte e cinco milhões, novecentos e oitenta e sete mil, duzentos e cinquenta e oito reais e treze centavos),** em 12 (doze) parcelas mensais de R$ **R$2.165.604,84** (dois milhões, cento e sessenta e cinco mil seiscentos e quatro reais e oitenta e quatro centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do início da vigência e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.1.1. Será de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP;

8.1.2. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demando judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

8.1.3. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

8.1.4. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Descrição	Código	Denominação
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	232	Transferências de recursos - bloco custeio das ações e serviços
Modalidade de Aplicação	90	Aplicações Direta

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

0004883

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O PARCEIRO PRIVADO utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do PARCEIRO PÚBLICO e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. A Organização Social, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

9.2. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.6. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos **pelo PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.19.Na apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório das despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do PARCEIRO PÚBLICO cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.9.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

J 004884

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

11.1.5. O P**ARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras cm suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal d metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários."

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Anexos Técnicos

b) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

d) - Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

0004865

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do contrato de gestão;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua vigência, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

17.2. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO se** dará ainda no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

E por estarem de acordo as partes firmam o presente Instrumento para que surtam os efeitos legais.

ANEXO AO CONTRATO, CONVÊNIO OU INSTRUMENTO CONGÊNERE

1. DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2. A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 114, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3. A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4. O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5. A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6. Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018 e na Lei Estadual nº 13.800, de 18 de janeiro de 2001, constituindo a sentença título executivo vinculante entre as partes.

1.7. A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8. As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2. DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

004886

ANEXO Nº I/2021 - GERAS- 18347

INFORMAÇÕES SOBRE A POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA

Este anexo constitui parte integrante do Contrato de Gestão e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de Produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA

Endereço: Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara - Formosa - GO.

Tipo de Unidade: Policlínica

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual.

1. Introdução

1.1. A avaliação das necessidades em saúde envolve métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população e permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (WRIGHT, J. et al., 1998).

2. Justificativa

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

2.2. De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde onde a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SAIS/SES-GO, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

3. Objetivo

- Elaborar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população e da organização de redes de atenção à saúde;
- Contribuir para o desenvolvimento de um modelo de gestão eficiente e um modelo de atenção à saúde integral e resolutivo;
- Organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecida pela SAIS/SES-GO.

3.1. Referência da **Policlínica Regional – Unidade Formosa**: Macrorregião Nordeste de Goiás, composta por 1.207.393 habitantes. A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

3.2. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2020), o município de Formosa possui uma população de 123.684 habitantes, está inserido na Região Entorno Norte com 273.253 habitantes e pertence à Macrorregião Nordeste com 1.353.854 habitantes.

3.3. O quadro abaixo mostra a população dos municípios da Macrorregião Nordeste, separados por Regiões, as quais serão atendidas pela Policlínica e a cobertura da atenção primária, bem como à distância de Formosa até os municípios:

Região	Município	Distância em km até Formosa	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde*
Nordeste I	Campos Belos	362	19.887	100%	100%
	Cavalcante	269	9.709	100%	100%
	Divinópolis de Goiás	374	4.804	100%	100%
	Monte Alegre de Goiás	348	8.606	100%	100%
	Teresina de Goiás	246	3.458	100%	100%
Total Região Nordeste I			**46.692**	**100%**	**100%**
Nordeste II	Alvorada do Norte	179	8.660	100%	100%
	Buritinópolis	192	3.292	100%	100%
	Damianópolis	248	3.311	100%	100%
	Guarani de Goiás	273	3.893	100%	100%
	Iaciara	230	13.947	74,21%	100%
	Mambaí	234	8.882	100%	97,11%
	Nova Roma	294	3.264	100%	100%
	Posse	237	36.900	91,06%	76,36%
	São Domingos	364	12.949	100%	100%
	Simolândia	181	6.856	100%	100%
	Sítio d'Abadia	199	2.989	100%	100%
Total Região Nordeste II			**105.936**	**93,42%**	**91,44%**

0004887

Entorno Norte	Água Fria de Goiás	101	5.735	100%	100%
	Alto Paraíso	183	7.624	100%	98,05%
	Cabeceiras	62	7.993	86,33%	100%
	Flores de Goiás	161	16.557	83,35%	86,82%
	Formosa	0	121.617	56,88%	47,75%
	Planaltina	39	89.918	100%	100%
	São João d'Aliança	113	13.740	100%	100%
	Vila Boa	88	6.171	100%	100%
Total Região Entorno Norte			**273.253**	**79,10%**	**75,54%**
Entorno Sul	Águas Lindas de Goiás	120	212.440	26,48%	44,66%
	Cidade Ocidental	121	71.376	100%	100%
	Cristalina	177	58.997	87,72%	56,53%
	Luziânia	134	208.299	43,51%	31,47%
	Novo Gama	112	115.711	64,43%	33,29%
	Santo Antônio do Descoberto	123	74.744	83,08%	63,85%
	Valparaíso de Goiás	112	168.468	86,74%	61,78%
Total Região Entorno Sul			**927.973**	**60,74%**	**50,05%**

Fonte: http://www.entrecidadesdistancia.com.br/ (acesso em 13/05/2020)

3.4. A Policlínica, na sua concepção, está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

3.5. Nesta concepção, a **Policlínica Regional Unidade Formosa** será uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possuirá todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

3.6. Por meio da Policlínica, o Governo do Estado de Goiás promoverá serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a Atenção Básica e assistência hospitalar, oferecendo à população da Região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas.

3.7. A Rede de Policlínicas Regionais será estruturada através da implantação das Unidades Especializadas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico que atenderão as Regiões de Saúde de Goiás, proporcionando atendimento acessível e resolutivo aos cidadãos do Estado.

3.8. Visam fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhoram o prognóstico, reduzem os custos da assistência médica hospitalar, ampliam os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde não estão capacitadas.

3.9. Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio do Complexo Regulador Estadual, com dia e horário agendado.

4. Premissas Estratégicas Da Policlínica Regional – Unidade Formosa

4.1. Alta Resolutividade

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

4.1.1.1. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com as linhas de cuidado estabelecidas pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)/SES;

4.1.1.2. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviço de patologia clínica contratada com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado;

4.1.1.3. A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo;

4.1.1.4. A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

4.2. A Forma de Encaminhamento

4.2.1. As solicitações de consultas especializadas e de serviços da Policlínica serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião que a policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

4.2.2. A marcação de consultas e de exames se dará por meio de um sistema informatizado – "*online*", facilitando o melhor agendamento de dia e horário para o paciente. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

4.3. Acompanhamento dos Pacientes

4.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas).

4.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra referência, referência, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado com retorno do paciente para a rede de Atenção Básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe técnica da SAIS/SES.

4.3.3. Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

4.4. Perfil do Atendimento da Policlínica

4.4.1. Para início das atividades da unidade procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstas na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as equipes multiprofissionais e médicas, bem como o quantitativo das consultas e exames que serão ofertados.

4.4.2. De forma ideal, o perfil assistencial da unidade será definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde e será especificado através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e o **PARCEIRO PRIVADO.** Vale destacar que para elaboração desse perfil assistencial, serão consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência que compõem a Macrorregião.

4.5. Integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária

4.5.1 Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde -UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais para o matriciamento das equipes de Atenção Primária, quando necessário.

4.5.2. O compartilhamento do cuidado do paciente entre a Policlínica e a Atenção Primária pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças.

4.6. Caracterização da Policlínica Regional

4.6.1. A Unidade está localizada nas Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara – Formosa – GO. Funcionará de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integrará a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

4.6.2. **A Policlínica Regional – Unidade Formosa** possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração.

4.6.3. A estrutura física poderá ser aproveitada conforme a demanda de serviços local, bem como as especialidades médicas e multiprofissionais a serem definidas. Ademais, a possibilidade de inclusão de serviços poderá exigir a adequação dos dias e horários de funcionamento da unidade.

4.6.4. A definição do modelo assistencial e dos sistemas de referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado que a Policlínica adotará é de responsabilidade e de competência da equipe técnica da SAIS/SES, tomando como base o atendimento exclusivo SUS, assim como os indicadores de desempenho assistencial.

4.6.5. Os serviços devem observar as Políticas Nacional e Estadual de Referência de Média Complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde – MS e pela SES/GO e tem como objetivo principal o apoio às necessidades da Atenção Primária.

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

4.6.7. As Linhas de Cuidado devem abranger a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários a sua estruturação. A implantação da linha de cuidado em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

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

4.6.9. Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados – como consultas médicas e consultas com a equipe multiprofissional, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.

5. Definição Do Perfil e Dos Serviços

5.1. Recursos Humanos

5.1.1. Gerencial: A unidade deve ter, pelo menos, um gestor que tenha conhecimento técnico-administrativo amplo que permita uma gestão eficaz e eficiente. Ressalta-se que a unidade deve ter em seu quadro de pessoal todos os Responsáveis Técnicos (RT) exigidos pelas legislações vigentes.

5.1.2. Equipe Assistencial

5.1.2.1. Equipe Multiprofissional e Equipe Médica Especializada: O objetivo da Policlínica é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde-doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

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

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

5.1.2.1.3. O quantitativo de especialidades poderá e deverá sofrer mudanças de quantitativo para mais ou para menos, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 30 dias para realizar a modificação solicitada com relação às especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais proposto pelo contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

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

5.1.2.1.5. A especificação das especialidades médicas e da equipe multiprofissional ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO.**

5.1.2.1.6. As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

5.1.2.1.7. Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicos e/ou exclusivos para fins de habilitação no Ministério da Saúde devem estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

5.2. Proposta de Serviços

5.2.1. Para a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA, serão consideradas as seguintes linhas de serviços: **Atendimento Ambulatorial (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), procedimentos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional)**

a) Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde para atendimento a uma determinada especialidade médica e não médica.

b) Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

c) Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

5.2.2. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento deverão ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) com a equipe multiprofissional.

5.2.3. A especificação do quantitativo dos tipos de consultas (primeira/interconsulta/retorno) das especialidades médicas e da equipe multiprofissional ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO.**

5.3. Cirurgias Menores Ambulatoriais (CMA)

5.3.1. As cirurgias menores ambulatoriais (**CMA**) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório. Exemplo de **CMA**: ressecção de lesões cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões, exérese de lipoma, dentre outras.

5.4. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

5.4.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde, ou seja, atenderá pacientes que foram atendidos em outras unidades da rede e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Região de abrangência da Policlínica.

SADT inicial:

Audiometria	Mamografia	Colonoscopia	Cistoscopia	Tomografia Computadorizada
Colposcopia	Endoscopia digestiva alta	Ultrassonografia	Eletroencefalografia	Eletroneuromiografia
Espirometria	Doppler Vascular	Teste Ergométrico	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	Punção Aspirativa por Agulha Fina (paaf)
Eletrocardiografia	Holter	Urodinâmica	Radiologia simples	Nasofibroscopia
Ecocardiografia	Mapa	Emissões otoacústica	Biopsias gerais	Patologia clínica
Exames oftalmológicos* (tonometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olhinho, fundo de olho dentre outros).				

5.4.2. Destaca-se que todo o escopo de SADT da Policlínica deverá ser disponibilizado durante o atendimento do paciente na Policlínica e deverá ser realizado imediatamente após sua prescrição e/ou assim que possível, levando em consideração que alguns exames necessitam de preparo prévio para sua execução. A entrega do resultado não poderá ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

5.4.3. Os tipos de exames aqui descritos poderá sofrer mudanças, dependendo da avaliação dos mesmos, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da região de saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 30 (trinta) dias para realizar a modificação solicitada com relação aos exames ofertados. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de exames não ultrapassará o limite de exames totais propostas no contrato de gestão, e ocorrerá somente um ajuste de tipos de exames.

5.4.4. Caso haja necessidade de aquisição de novos equipamentos e/ou novas tecnologias para implantação de exames, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo Máximo de 01 (um) mês (após a solicitação de inclusão do exame), incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário e o cronograma de implantação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, a qual será analisada. Caso a solicitação seja somente de equipamento e/ou adequação estrutural, esta será realizada a título de investimento. Contudo, se houver acréscimo no custeio geral do SADT do contrato de gestão, este deverá ser homologado através do Termo Aditivo ao contrato. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

5.4.5. A especificação da carteira de serviços dos exames ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e PARCEIRO PRIVADO.

6. Serviços /Programas Especiais

6.1 Unidade Móvel de Atendimento

6.1.1. A unidade móvel de atendimento é uma estratégia de acesso às ações de atendimento especializado, que presta atendimentos a população das Regiões de Saúde de abrangência da Policlínica. A unidade será utilizada principalmente para o rastreamento e diagnóstico de diversas patologias.

6.1.2. A Unidade possibilitará o desenvolvimento de ações de controle e assistência em saúde para a população, objetivando solucionar situações especiais e excepcionais, tais como: vazios assistenciais, localidades de difícil acesso, localidades rurais, populações que nunca realizaram exames, entre outros, viabilizando o diagnóstico precoce de diversas patologias.

6.1.3. A unidade móvel deverá ser uma verdadeira clínica móvel com todo o cuidado, tecnologia e segurança. O ambiente interno deverá ser climatizado, com acessibilidade, banheiro, sala de espera, tudo feito para proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes.

6.1.4. O projeto da unidade móvel será desenvolvido especialmente para cada região. O processo de concepção e viabilização da unidade contemplará: planejamento, identificação da demanda da região, pré-requisitos necessários, adequação da estrutura, equipe mínima necessária, entre outros.

6.1.5. Unidade Móvel ou Modular poderá incluir equipamentos com áreas preparadas para cada tipo de procedimento (exemplos): mamografia (com proteção radiológica); ultrassonografia/tomografia; processamento de imagens com área para laudo (sistema digital para transmissão das imagens para laudo); consultório multiuso (médico e/ou multiprofissional)

6.1.6. A Unidade deve Incluir toda a estrutura necessária, como: instalação elétrica, aparelhos de ar-condicionado, instalação hidráulica, cabeamento de dados, instalação para telefonia, conexão de dados, proteção radiológica, iluminação, etc.;

6.1.7. Transporte da unidade (cavalo mecânico ou caminhão plataforma, motorista, seguros, todas as despesas ligadas etc.).

6.1.8. Áreas de Atendimento que a Unidade móvel poderá ofertar: Saúde da Mulher (mamografia, ultrassonografia, Papanicolau); Saúde do Homem (urologia); Saúde do Idoso; Pediatria; Ginecologia; Oftalmologia; Cardiologia; Radiologia; Otorrinolaringologia; Laboratório de análises clínicas; dentre outras.

6.1.9. Nos 12 (doze) primeiros meses de Contrato de Gestão a unidade móvel será caracterizada como uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção do câncer nos municípios que compõem a região de abrangência.

6.1.10. A Unidade Móvel terá como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e Papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce (quando a chance de cura for de 95%).

6.1.11. Deverá oferecer, minimamente, exames de mamografia e Papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o Papanicolau e que residam na Região de Saúde. Ressalta-se que haverá protocolo de fluxo de atendimento da Unidade Móvel (Prevenção ao Câncer) e este será atualizado de acordo a necessidade e as normas vigentes.

6.1.12. A Unidade Móvel deverá contar com técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, enfermeiro e motorista, e quando necessário e/ou por solicitação da SAIS/SES, com o médico. A Equipe Técnica da SAIS/SES será a responsável por elaborar e organizar o Protocolo Clínico de Utilização da Unidade Móvel, e disponibilizá-lo para o **PARCEIRO PRIVADO.**

6.1.13. Após a finalização dos primeiros 12 (doze) meses de gestão as especificações da carteira de serviço da Unidade Móvel ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e PARCEIRO PRIVADO.

6.1.14. Ressalta-se que, o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 60 dias para realizar a apresentação da Unidade Móvel à SES-GO após a definição da sua carteira de serviços pelo Plano Operativo.

6.1.15. Caso haja acréscimo no custeio do contrato de gestão em decorrência da modificação da carteira de serviços da Unidade Móvel, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo Máximo de 01 (um) mês (após a solicitação da SES), o cronograma de implantação e a estimativa do orçamento discriminado para análise. Havendo comprovação de acréscimo de custeio, este deverá ser homologado através do Termo Aditivo ao contrato.

6.2. Práticas Integrativas e Complementares - PIC nas Policlínicas

6.2.1. As PIC são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, posteriormente alterada para inclusão de novas práticas pela Portaria GM/MS Nº 849/2017 e pela Portaria GM/MS Nº 702/2018, sendo atualmente 29 (vinte e nove) práticas ofertadas, como mostra o quadro abaixo:

Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS			
Apiterapia	Cromoterapia	Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	Quiropraxia
Aromaterapia	Dança Circular	Meditação	Reflexoterapia
Arteterapia	Geoterapia	Musicoterapia	Reiki
Ayurveda	Hipnoterapia	Naturopatia	Shantala
Biodança	Homeopatia	Osteopatia	Terapia Comunitária Integrativa
Bioenergética	Imposição de Mãos	Ozonioterapia	Terapia de Florais
Constelação Familiar	Medicina Antroposófica	Plantas Medicinais/Fitoterapia	Termalismo Social/Crenoterapia
Yoga			

6.2.2. A Policlínica deverá ofertar, minimamente, dois tipos de PIC na carteira de serviços disponíveis. Ressalta-se que os profissionais da equipe multiprofissional e/ou médica deverão apresentar formação ou especialização específica na área em que forem atuar. As PIC são especialmente indicadas no tratamento complementar e integrativo da dor, das doenças crônicas não transmissíveis e outras condições assim como, especialmente, na promoção da saúde.

6.3. Serviço de Telemedicina

6.3.1. Telemedicina, em sentido amplo, pode ser definida como o uso das tecnologias de informação e comunicação na saúde, viabilizando a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde (ampliação da atenção e da cobertura). De acordo com as leis em vigência, a Telemedicina pode ser aplicada em todas as especialidades médicas. O importante é que seja mantida a responsabilidade médica, além do sigilo e da segurança do paciente – e isso vale para todas as especialidades. Diante disto, a Policlínica Regional deverá ofertar dentro do serviço de Telemedicina, a teleconsulta de retorno, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento dos médicos da Atenção Primária, dentre outros serviços que a telemedicina permite.

6.4. Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I

6.4.1. Ostomias ou estomias são procedimentos cirúrgicos transitórias ou permanentes, que consistem na criação de uma abertura artificial entre os órgãos internos e o meio externo, podendo ser: traqueostomia, gastrostomia e jejunostomia, urostomia, ileostomia e colostomia. As pessoas ostomizadas são consideradas pessoas com deficiência física, pertencendo à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793/2012/MS) e, devido à complexidade de seus cuidados, requerem uma abordagem integral, multidisciplinar e individualizada, e a precocidade no processo de reabilitação, para prevenir sequelas e realizar a inclusão dessas pessoas.

6.4.2. O serviço classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas I (Portaria MS nº400/2009) presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional com médico, enfermeiro e assistente social, equipamentos e instalações físicas adequadas, incorporados a estrutura física das policlínicas.

6.4.3. Será realizada a indicação e prescrição dos seguintes equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (sendo estimado inicialmente 05 pacientes para cada tipo de equipamento):

6.4.3.1. Bolsa De Colostomia Fechada C/ Adesivo Microporoso (no máximo 60 por mês).

6.4.3.2. Bolsa De Colostomia Com Adesivo Microporo Drenável (no máximo 30 por mês).

6.4.3.3. Conjunto De Placa E Bolsa P/ Estomia Intestinal (no máximo de 10 por mês).

6.4.3.4. Barreiras Protetoras De Pele Sintética E/Ou Mista Em Forma De Pó / Pasta E/Ou Placa (1 tubo/frasco ou 1 kit por mês).

6.4.3.5. Bolsa Coletora P/ Urostomizados (no máximo 30 por mês).

6.4.3.6. Coletor Urinário De Perna Ou De Cama (no máximo 4 por mês).

004891

6.4.3.7. Conjunto De Placa E Bolsa P/ Urostomizados (no máximo de 15 por mês).

6.4.3.8. Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para o Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I, com médico, enfermeiro e assistente social.

6.5. Serviço De Assistência Especializada – SAE (GRUPO 12)

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

6.5.1.1. Prestar atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social e assistência farmacêutica ao paciente com HIV/Aids e Hepatites Virais;

6.5.1.2. Adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia dentre outras;

6.5.1.3. Realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência;

6.5.1.4. Fornecer os medicamentos padronizados pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais - MS, conforme solicitações médicas, obedecendo ao Consenso Brasileiro de Terapia Antirretroviral, à logística de insumos e à otimização de recursos;

6.5.1.5. Orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares;

6.5.1.6. Oferecer aconselhamento sobre IST/HIV/AIDS aos pacientes e seus familiares;

6.5.1.7. Prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual;

6.5.1.8. Constituir em referência para multiplicação de conhecimentos em IST/HIV/AIDS, sobretudo para a rede básica de saúde.

6.5.1.9. Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

6.6. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT / EMAESM- TIPO 2

6.6.1. A equipe foi instituída no SUS pela Portaria MS/GM nº 3588/2017, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, visando o fortalecimento do tratamento de base comunitária, amparados nos comandos da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001.

6.6.2. Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter profissionais exclusivos para Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (TIPO 2), com: 01 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 02 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 01 (um) assistente social (total de 30 horas semanais).

6.6.3. Importante: O sistema CNES aceita a inserção de apenas um profissional médico e um profissional assistente social para o cumprimento do total de horas estipuladas para cada categoria. No entanto, possibilita a repartição da carga horária de 60 horas entre dois psicólogos.

6.7. Inclusão de Novos Serviços: Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) e Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

6.7.1. Considerando a necessidade da região o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação dos serviços de Hemodiálise e de Odontologia, incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

6.7.2. Após aprovação dos projetos pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.7.3. Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

6.7.3.1. Centro de Especializado em Odontológicas (CEO) é um estabelecimento de saúde, criado através da Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006 e participante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que tem como objetivos oferecer à população os serviços especializados em odontologia que não podem ser solucionados na Rede de Atenção Primária.

6.7.3.2. O CEO Tipo I deve possuir três consultórios odontológicos, ofertando serviço Especializado de Odontologia e realizar, no mínimo, as seguintes atividades: **Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Endodontia; Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais e Diagnóstico Bucal,** com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.

6.7.4. Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)

6.7.4.1. A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva e irreversível dos rins. É causada por uma lesão provocada habitualmente por anos de agressão contínua aos rins, como nos casos de pacientes com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Glomerulonefrites.

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

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

6.7.4.4. Para tal atendimento, o funcionamento deverá ser de segunda a sábado das 7h00 as 19h00, com equipe multiprofissional composta por: 1 (um) médico nefrologista RT e 1 (um) médico nefrologista plantonista, 1 (um) assistente social, 1 (um) nutricionista e 1 (um) psicólogo, 1 (um) enfermeiro para 35 (trinta e cinco) pacientes por turno e 1 ((um) técnico de enfermagem para 4 (quatro) pacientes. Deverão ser ofertados os tratamentos por Hemodialise – HD e Dialise Peritoneal – DP, Tratamento Convencional Pre Dialítico e Tratamento Não-Dialítico.

Diálise Peritoneal	É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo. Realizada pelo próprio doente ou por um familiar.
Hemodiálise	Opção de tratamento que realiza a filtragem das substâncias do sangue através de uma máquina, ou seja, o procedimento funciona como um **rim artificial;**
Tratamento Conservador	Consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à doença renal crônica,

004892

objetivando o retardo da progressão ou a estabilização da doença.

6.7.4.5. A Equipe Técnica da SAIS/SES participará em conjunto com a equipe técnica do **PARCEIRO PRIVADO** para elaborar e organizar o protocolo da Clíni de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) para que a mesma ofereça o melhor serviço de saúde para a população da Região de Saúde.

6.7.4.6. A Policlínica também deve fornecer atenção aos pacientes ambulatoriais que estão em estágios de riscos de lesões renais leves, moderados e pré dialíticos.

6.7.5. Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Regional

6.7.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária, com elevador rodoviário (DPM – Dispositivo Móvel de Poltrona), com no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas, equipados com ar-condicionado e rede *wifi*, que circularão pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise.

6.7.5.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região de saúde, e devem seguir as orientações das Equipes Técnicas da SES, esta equipe será a responsável por elaborar e organizar o protocolo clínico de utilização dos micro-ônibus e a mesma disponibilizará para o **PARCEIRO PRIVADO.**

6.8. Situações de Urgência/Emergência

6.8.1. As Policlínicas Estaduais realizam apenas o atendimento especializado ambulatorial, sendo os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

6.8.2. Porém, os profissionais devem estar preparados para lidar com as eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas. Nestes casos, conforme a gravidade deve ser acionado o SAMU para suporte e transferência. Todas as medidas de estabilização clínica/hemodinâmica necessária devem ser realizadas até a remoção do paciente, os profissionais devem registrar no sistema de informação estes atendimentos com o maior detalhamento possível.

6.8.3. Todas as policlínicas devem manter um carrinho de emergência, com elenco de medicamentos e quantitativos definidos pelas portarias vigentes da Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo que o controle de estoque deve ser realizado periodicamente.

6.9. Projetos Especiais e Novas Especialidades de Atendimento

6.9.1. Caso ao longo da vigência do contrato, em comum acordo entre as partes, a contratada, ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de serviços/programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES/GO. Essas atividades serão autorizadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Policlínica, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao contrato de gestão.

6.10. Plano Operativo da Policlínica

6.10.1. O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre SES/GO e PARCEIRO PRIVADO, o mesmo deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato de gestão, a definição de oferta de serviços, fluxo de serviços e pactuação de metas.
6.10.2. O Plano Operativo trará especificações como as especialidades médicas e multiprofissional que irão compor o quadro de pessoal da Policlínica, bem como os tipos de consultas (primeira /interconsulta /retorno) das especialidades que serão ofertadas, o mesmo estabelecerá a carteira de serviços da Policlínica. O Plano Operativo será reavaliado semestralmente, ou quando se fizer necessário para a equipe técnica da SES/GO e PARCEIRO PRIVADO.

7. Gerenciamento e Atendimento da Policlínica

7.1.Tendo em vista que a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA funcionará com o perfil descrito sob Contrato de Gestão, cabe a SES/GO definir o perfil assistencial da unidade, planejar metas assistenciais e de qualidade, monitorar e avaliar os indicadores de desempenho e econômico financeiros definidos no Contrato de Gestão.

7.2. A contratada deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, e quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

7.3. A Policlínica Regional deverá possuir um Responsável Técnico (RT) médico, com registro no respectivo conselho de classe. O médico designado como Responsável Técnico da Unidade, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

7.4. As equipes médica e multidisciplinar deverão ser disponibilizadas em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrados nos Conselhos de Classe pertinentes, ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no contrato.

7.5. A unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas abordarão todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

7.6. O Prontuário Único do Paciente será obrigatório, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

7.7. A Policlínica disporá de serviços de informática com sistemas que permitam a integração com a rede assistencial de referência e contra referência, por meio eletrônico, favorecendo o processo de agendamento de consultas e procedimentos a serem realizados na unidade. O referido sistema de informação contemplará, no mínimo, o registro dos atendimentos realizados, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam o acesso via Internet (WEB) pela SES/GO e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios para a SES-GO.

7.8. Havendo a disponibilização pelo **PARCEIRO PÚBLICO** de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar.

7.9. A unidade desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas, assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE. A gestão da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA respeitará a Legislação Ambiental, incluindo a posse de toda a documentação exigida.

7.10. AUDITORIA DE QUALIDADE E PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS: o **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar semestralmente uma auditoria independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados na Policlínica, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

004893

7.11. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

7.12. O Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde, será obrigatório.

7.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

7.14. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

7.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

7.16. As leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Policlínica deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

b. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

c. Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

d. Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

e. RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

f. Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

g. PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-X diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

h. Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

i. RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

j. RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

k. Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

l. RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

m. PT MS Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

n. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

o. Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde – Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

p. PORTARIA Nº 189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

q. Portaria n-971, DE 3 DE MAIO DE 2006 Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

r. PORTARIA No-849, DE 27 DE MARÇO DE 2017 Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

s. PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018, Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC.

t. PORTARIA Nº 1.988, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018 Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

u. RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

v. Resolução CFM nº 1.886, de 26 de agosto de 2002, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

w. Resolução CFM nº 1.643, de 21 de novembro de 2008, que define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.

x. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 – Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

y. Portaria nº 3.415, de 22 de outubro de 2018 – Altera a Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

004894

z. PORTARIA Nº 599/GM DE 23 DE MARÇO DE 2006. - Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

aa. PORTARIA Nº 600, DE 23 DE MARÇO DE 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

ab. PORTARIA Nº 1.341, DE 13 DE JUNHO DE 2012 – Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências.

ac. Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011 – Altera o anexo da Portaria nº600/GM/MS de 23 de março de 2006 que Institui o financiamento do Centro de Especialidades Odontológicas;

ad. Resolução nº 672, de 18 de setembro de 2019 – Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito dos serviços de diálise.

ae. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – Drc No Sistema Único de Saúde -MINISTÉRIO da Saúde Brasília – DF 2014.

af. Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.

ag. Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde.

ah. Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde – ANEXO X – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

ai. Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, que altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento;

aj. Portaria MS/SAS nº 400, de 16 DE novembro de 2009, que Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS;

ak. Portaria MS/GM nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

7.17. Ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos de saúde, que são:

a) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;

b) Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial;

c) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

d) Comissão de Revisão de Prontuários;

e) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

f) Comissão de Proteção Radiológica;

g) Comissão de Biossegurança;

h) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

i) Comissão de Avaliação e Qualidade – instituída pela Portaria Nº20/SMS/GAB/2018

i) Núcleo de Segurança do Paciente.

II - METAS DE PRODUÇÃO

8. Atividades Mínimas a Realizar

8.1. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

8.1.1. Consulta Médicas especializadas

8.1.2. Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)

8.1.3. Práticas Integrativas e Complementares – PIC

8.1.4. Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

8.1.5. Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

8.1.6. Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

8.1.7. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

8.1.8. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico

8.1.9. Unidade Móvel: exames diagnósticos.

8.1.10. Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

8.1.11. Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

8.1.12. Unidade Móvel: Exames Diagnósticos.

8.1.1. Consultas Médicas especializadas

Consulta Médica	Meta Mensal
Total	5.748

0004895

8.1.2. Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)(excetuando o atendimento odontológico)

Consulta da Equipe Multiprofissional	Meta Mensal
Total	2.064

Odontologia* tem meta específica de consultas e procedimentos

8.1.3. Práticas Integrativas e Complementares – PIC

8.1.3.1. A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e sessões subsequentes.

8.1.4. Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

8.1.4.1. Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. **Porém deverá ser precificado os insumos descritos nos itens 6.5.3; 6.5.3.1; 6.5.3.2; 6.5.3.3; 6.5.3.4; 6.5.3.5; 6.5.3.6 e 6.5.3.7.**

8.1.5. Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

8.1.5.1. Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

8.1.6. Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

8.1.6.1 Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

8.1.7. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

Cirurgias Ambulatoriais -Cirurgia menor ambulatorial (cma)	Meta Mensal
Total	120

8.1.8. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

8.1.8.1. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT inicial

SADT Externo	Meta Mensal
Radiologia	600
Tomografia	600
Endoscopia	200
Colonoscopia	100
Cistoscopia	40
Nasofibroscopia	60
Punção aspirativa por agulha grossa	20
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20
Urodinâmica	20
Mamografia	100
Colposcopia	80
Eletroencefalografia	100
Eletroneuromiografia	50
Ultrassonografia*	360
Doppler Vascular	60
Ecocardiografia	60
Eletrocardiografia	200
Holter	60
MAPA	60
Teste Ergométrico	80
Espirometria	200
Audiometria	200
Emissões Otoacústica	40
Total	**3310**

*Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida.

**Exames Oftalmológicos – deverão ser em quantidade equivalente ao número de consulta oftalmológica;

***Biopsias Gerais – devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo;

***Patologia Clínica – o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade..

8.1.8.2. Os exames para apoio diagnóstico e terapêuticos aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

8.1.9. Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

0004896

8.1.9.1. Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo I), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), de acordo com as Portarias 599/GM, 600/GM, e 1.464/GM.

Consultas odontológicas	**Meta Mensal**
Primeira Consulta	192
Consultas Subsequente	288
Total	**480**

8.1.9.4. Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade:

Especialidades Mínimas	**Meta Mensal**
Procedimentos Básicos*	80
Periodontia Especializada	60
Endodontia**	35
Cirurgia Oral Menor	80
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	----

* Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 – restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 – restauração de dente permanente posterior.

** Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 – obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 – retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

8.1.10. Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)

8.1.10.1. O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS, após implantado na Policlínica, deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais aportes necessários as respectivas terapias. Conforme descrito na portaria 1675 de, 07 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde. Seguindo minimamente a programação de produção descrita no quadro abaixo.

Meta inicial:

Terapia Renal Substitutiva	**Meta Mensal**
Sessões Hemodiálise Considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	480
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal Considerando o 9 dias de treinamento para cada paciente	6

8.1.11. Unidade Móvel: Prevenção ao Câncer

Meta inicial:

Carreta da Prevenção ao Câncer	**Meta Mensal**
Mamografia	720
Papanicolau	720
Total	**1440**

8.2. Detalhamento das especificações referentes à Produção da Policlínica

8.2.1. Todas as primeiras consultas do SADT ofertadas para pacientes externos, as vagas da Unidade Móvel e as vagas para a Clínica de serviços dialíticos, devem ser ofertadas 100% para o Complexo Regulador do Estado de Goiás.

8.2.2.O quantitativo de especialidades (médicas e multiprofissionais), tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta) e tipos de exames, poderão sofrer mudanças de quantitativo, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 30 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

8.2.3. As especificações citadas no paragrafo anterior ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO.**

8.2.4. Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicas e/ou exclusivas para fins de habilitação no Ministério da Saúde, deverão estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

8.2.5. As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado, e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

III INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

9. Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho

9.1 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

004897

9.1.1 Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

9.1.2 O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
1 – Razão da Opinião e Percepção dos Usuários Relativa ao Atendimento na Unidade	≥ 90%
2 – Percentual de reclamações recebidas na ouvidoria da SES	< 5%
3 – Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
4 – Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	100%
5 – Percentual de Exames de Imagem com resultado em até 72 horas*	≥ 70%
6 – Percentual de Exames Laboratoriais liberados em até 2 horas**	≥ 70%

Fonte: CAE-GERAS-SAIS/SESGO

9.1.3 Escala de pontuação

Se o resultado for ≥ 90% considera-se excelente,

Se o resultado for < 90% e ≥ 80 considera-se ótimo,

Se o resultado < 80% e ≥ 65% considera-se bom,

Se o resultado < 65% e ≥ 50% considera-se regular,

Se o resultado < 50% e ≥ 35% e considera-se ruim,

Se o resultado ≤ 35% considera-se péssimo.

1 – Razão da Opinião e Percepção dos Usuários Relativa ao Atendimento na Unidade

Conceituação: Nº de atendimentos realizados para avaliar a satisfação do paciente em determinada unidade de policlínica em um dado período (mês).

Método do Cálculo: Quantitativo de satisfações classificadas como excelente, ótimo, bom, regular, ruim e péssimo pelo nº de atendimentos na policlínica.

2 – Percentual de reclamações recebidas na Ouvidoria da SES

Conceituação: Proporção de reclamações recebidas na Ouvidoria da SES da referida policlinica

Método do Cálculo: Número de reclamações recebidas divididas pelo total de atendimentos realizados mensalmente multiplicado por 100.

3 – Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

Método do Cálculo: Número de consultas ofertadas dividido pelo número de consultas propostas nas metas da unidade de Policlínica multiplicado por 100.

4 – Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas

Conceituação: Nº de SADT Ofertado em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

Método do Cálculo: Número de consultas ofertadas dividido pelo número de consultas propostas nas metas da unidade de Policlínica multiplicado por 100.

5 – Percentual de exames de imagem com resultado em até 72 horas

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Método do Cálculo: Número de exames de imagem entregues em até 10 dias divididos pelo total de exames de imagem realizados no período multiplicado por 100.

* excetuando os exames realizados pela Unidade Móvel que terão ate 10 dias para a entrega do mesmo devido a sua especificidade e será detalhado em protocolo próprio.

6 – Percentual de exames Laboratoriais liberados em até 2 horas

Conceituação: Proporção de exames laboratoriais com resultado liberado em até 24 horas (tempo entre a realização do exame laboratorial e a liberação do resultado).

Método do Cálculo: Número de exames laboratoriais entregues em 24 horas divididos pelo total de exames laboratoriais realizados pelo mesmo período multiplicado por 100.

**excetuando os exames que tem necessidade de um período maior para execução e/ou preparo.

ANEXO Nº II - ENSINO E PESQUISA/2021 - CRE- 18903

5. ENSINO E PESQUISA

5.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

5.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

5.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial

MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

5.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

5.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

5.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

5.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO

5.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

5.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

5.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.

5.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

5.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

5.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

5.14. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.15. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

5.16. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

5.17. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

6. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

6.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

6.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

6.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

6.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

6.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

6.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

6.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

6.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

6.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

6.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

6.11. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

7. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

7.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

7.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

004899

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

7.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

7.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

7.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

7.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

7.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

7.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

7.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

7.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

8. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

8.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

8.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

8.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

8.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

8.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

8.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

8.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

8.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

8.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

8.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

8.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

8.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

8.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

8.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

8.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de

Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

8.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

8.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

9. DOS RECURSOS FINANCEIROS

9.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

9.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico, o valor referente ao mesmo será glosado imediatamente.

9.3. Ocorrendo a situação descrita no item 9.2, caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

10. ESTÁGIOS CURRICULARES

10.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

10.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 471/2020 – SES/GO, de 05 de março de 2020, ou outras que venham substituí-las.

10.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

11. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

11.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

12.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até o dia 30 de outubro do respectivo ano, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo até o último dia útil do ano para o respectivo parceiro.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021 - GGDP- 03087

3. DA GESTÃO DO TRABALHO E DE PESSOAS

3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

3.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

3.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

3.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar que a unidade sob seu gerenciamento desenvolva uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

3.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

3.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

3.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

3.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.11.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

3.12. Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE da Minuta do CONTRATO DE GESTÃO, o **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO** descritos no Quadro 01, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

3.13. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam

004901

em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

3.14. Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

3.15. A dedução de que trata o item 3.13 será devida no valor correspondente aos custos inerentes a contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

3.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

3.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

3.18. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

3.19. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

3.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

3.21 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

3.22. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

3.23. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

3.24. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

3.25. Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

3.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

3.27. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.

3.28. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

3.29. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade .

3.30 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **POLICLÍNICA REGIONAL UNIDADE FORMOSA**. Fev/2021	
CARGOS	Total de Servidores cedidos
Não constam servidores cedidos a unidade	0
Fonte: RHNet Ref: Dez/2020 / Site: https://www.saude.go.gov.br/os-transparencia Ref: 01/02/21	

ANEXO Nº IV / 2021 - COES- 09962

ESTIMATIVA DE CUSTEIO POLICLÍNICA FORMOSA-GO / 2021 - GAOS- 14421

Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA**, o qual será objeto de seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde (OSS) e, posterior, celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde com funcionamento de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual, conforme mencione no ANEXO I - GERAS (000020812479)

A metodologia empregada para cálculo dos mencionados custos utiliza o Custeio por Absorção, um método que consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados. Na abordagem utilizada para o processo de operação dos custos hospitalares foi feita uma adaptação desta versão básica e estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos, independente da classificação de custos e despesas de cada serviço ou produto comercializado ou consumido na unidade.

004902

O perfil assistencial da unidade quanto à capacidade instalada, possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração, como consta no ANEXO I - GERAS (000020812479) .

Para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pelas Superintendências da SES, conforme ANEXO I - GERAS (000020812479), *Especificações Técnicas GERAS (Gerência de Atenção Secundária)*. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também à comparações com unidades prévias do Estado de Goiás com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste contrato, seguindo os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* da própria unidade e de outras unidades, em caso de inserção de serviços que a unidade não realizava; e da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC);

c) Tempo Médio de Permanência, por clínica e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento praticado da própria unidade hospitalar e de outras unidades, em caso de inserção de atendimentos que a unidade não realizava;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

O modelo de gestão das Policlínicas será por meio da contratualização com Organizações Sociais, que visa fomentar a descentralização de atividades e serviços desempenhados por órgãos ou entidades públicas estaduais para pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos.

Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria (Lei Estadual nº 15.503 de 28 de dezembro de 2005, e alterações posteriores).

A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas prefixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Os principais benefícios da gestão de Unidades Hospitalares e/ou Ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

- Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;
- Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quanti e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
- Agilidade na tomada de decisões.

As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançados, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que:

*O administrativista **contemporâneo** tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder, **deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas**. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em **constante mudança** (ênfase acrescida).*[1]

A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SES/GO.

Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

1.1. Descrição da Unidade

1.1.2. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica. A Unidade está localizada à Quadras 04,05 e 09 - Loteamento Santa Bárbara - Formosa-GO, CEP: 73.8020-35.

2. PREMISSAS ESTRATÉGICAS DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA

004903

2.1. Alta Resolutividade

2.1.1. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia.

2.1.2. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

I. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

II. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado.

III. A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo.

IV. A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.2. A forma de encaminhamento

2.2.1. As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

2.2.2. A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado – *"online"*, facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

3.3. Acompanhamento dos pacientes

3.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões, consultas).

3.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra-referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

3.3.3. Para a referência e contra referência do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

3.4. Perfil do atendimento da Policlínica

3.4.1. De forma ideal, o perfil assistencial da unidade foi definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde.

3.4.2. Neste documento foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência, a partir de interações com a equipe técnica da Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

3.4.3. Procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstos na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes.

3.4.4. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas e exames.

3.5. Integração dos especialistas com a atenção primária

3.5.1. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde- UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família- UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da atenção básica.

3.5.2. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais.

4. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

4.1. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica. A Unidade está localizada à Quadras 04,05 e 09 - Loteamento Santa Bárbara - Formosa-GO, CEP: 73.8020-35. É uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, aptos a realizar procedimentos de média complexidade, através de serviços de atendimento médico especializado em consultas médicas, cirurgias ambulatoriais e serviço de apoio e diagnóstico.

4.2. O atendimento ambulatorial deverá funcionar, no mínimo, 12 horas por dia, de segunda a sexta-feira.

A estimativa dos custos operacionais do POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA foi segmentada conforme **linhas de contratação** estabelecidas no Anexo I (000020812479) do Contrato de Gestão. O Parceiro Privado informará mensalmente os resultados dos indicadores de Produção, que estão relacionados à Quantidade de assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

4.2.1. Consulta Médicas especializadas.

4.2.2. Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos).

4.2.3. Práticas Integrativas e Complementares – PIC

4.2.4. Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

4.2.5. Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

4.2.6. Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

4.2.7. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

4.2.8. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico

4.2.9. Unidade Móvel: exames diagnósticos.

4.2.10. Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

4.2.11. Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

004904

2. MÉTODO DE CÁLCULO

2.1. Percentis (25, 50 e 75)

A metodologia do Custeio por Absorção, consiste ainda no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Trata-se do custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. É este o único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (Ministério da Saúde, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Para o cálculo, a consultora *Planisa* forneceu percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema ***Key Performace Indicators for Health (KPIH),*** ano 2021.

Os hospitais pertencentes à base de dados da *Planisa* utilizam-se da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta-se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25; enquanto que o Percentil 50 (P50) refere à mediana de custo unitário para a mesma distribuição de frequência, considerando uma distribuição de 100 (cem) unidades. Sendo assim, o P50 constitui medida intermediária para precificação.

O *percentil adotado foi o P50*, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobre preço.

Ressalte-se ainda, que quando tratamos de Policlínicas, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pela região do estado de Goiás. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

2.2. Memória de cálculo

2.2.1 O critério usado para o custeio das meta de produção, são conforme **linhas de contratação** estabelecidas no ANEXO I GERAS (000020812479).

2.2.1.2 Consultas Médicas Especializadas:

Consulta Médica	Meta Mensal
Total	5.748

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2020.

2.2.2. Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos).

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)	Meta Mensal
Total	2.064

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2020.

2.2.3. A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PICS serão somente interconsulta e sessões subsequentes.

2.2.4. Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I: Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Porém deverá ser precificado os insumos descritos nos itens 6.5.3; 6.5.3.1; 6.5.3.2; 6.5.3.3;6.5.3.4; 6.5.3.5; 6.5.3.6 e 6.5.3.7 ANEXO I (000020812479)

2.2.5. Serviço De Assistência Especializada – SAE – (**GRUPO 12)** : Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

2.2.6. Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2 : Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional

2.2.7. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais	Meta Mensal
Total	120 procedimentos - equivalente á 80 horas mês

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2020.

2.2.8. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

004905

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT	**Meta Mensal**

Radiologia	600
Tomografia	600
Endoscopia	200
Colonoscopia	100
Citoscopia	40
Nasofibroscopia	60
Punção Aspirativa por agulha grossa	20
Punção Aspirativa por agulha fina (PAAF)	20
Urodinâmica	20
Mamografia	100
Colposcopia	80
Eletroencefalografia	100
Eletroneuromiografia	50
Ultrassonografia	360
Doppler Vascular	60
Ecocardiografia	60
Eletrocardiografia	200
Holter	60
MAPA	60
Teste ergométrico	80
Espirometria	200
Audiometria	200
Emissões Otoacústicas	40
Total	3310

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

2.2.9. Unidade Móvel: exames diagnósticos.

Carreta da Prevenção ao Câncer	**Meta Mensal**
Mamografia	720
Papanicolau	720
Total	1440

2.2.10 Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Consultas Odontológicas	**Meta Mensal**
Primeira Consulta	192
Consultas Subsequente	288
Total	480

2.2.11 Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade:

Especialidades Mínimas	**Meta Mensal**
Procedimentos Básicos	80

004906

Periodontia Especializada	60
Endodontia	35
Cirurgia Oral Menor	80
Diagnostico Bucal (ÊNFASE em câncer bucal)	-----

2.2.12 Clinica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal):

Meta Inicial:

Terapia Renal Substitutiva	**Meta Mensal**
Sessões Hemodiálise (Considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes)	480
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal (Considerando 9 dias de treinamento para cada paciente)	6

2.2.13 Serviço de Atenção as Pessoas Ostomizadas I:

Estimado inicialmente 05 pacientes para cada equipamento	**Quantidade**
Bolsa de Colostomia Fechada C/ Adesivo Microporoso	No máximo 60 por mês
Bolsa de Colostomia C/ Adesivo Microporo Drenável	No máximo 30 por mês
Conjunto de Placa e Bolsa P/ Estomia Intestinal	No máximo 10 por mês
Barreiras Protetoras de Pele Sintética e/ou Mista em forma de Pó/Pasta e/ou Placa	01 tubo/frasco ou 01 kit por mês
Bolsa Coletora p/ Urostomizados	No máximo 30 por mês
Coletor Urinário de Perna ou de Cama	No máximo 4 por mês
Conjunto de Placa e Bolsa para Urostomizados	No máximo 15 por mês

3. Atualização financeira da base de dados

Foi aplicado índice FIPE-Saúde (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%) para atualização dos custos de todas as linhas de serviços, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo (dado o Déficit inflacionário considerável). Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019.

A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pois o ano de 2020 reflete um ano atípico de pandemia com dados que podem sobrepor ao que se espera para o desempenho da unidade.

A utilização do ano de 2019, visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

Os recursos estimados estão adstritos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que não haja excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, bem como que o montante pecuniário estimado foi calculado obedecendo às necessidades de custeio dos serviços a serem prestados, estando, portanto, limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

Os valores da estimativa dos custos operacionais foram projetados pela Coordenação de Economia em Saúde – COES/GAOS/SUPER-SES/GO que utilizou o valor de mercado nacional praticado das Organizações Sociais em Saúde, conforme base de dados do Sistema de Informação de Custos utilizada pela SES/GO (*Key Performance Indic.ators for Health* – KPIH) da Consultoria Planisa e que possuem perfil de assistência e porte similar, a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA

Considerando a metodologia utilizada e cálculos, o custeio mensal estimado para a operacionalização do POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA, é de **R$ 1.860.741,56** (Um milhão, oitocentos sessenta mil, setecentos e quarenta e um reais e cinquenta e seis centavos), no Percentil 25; **R$ 2.165.604,84** (**Dois milhões, cento e sessenta e cinco mil, seiscentos e quatro reais e oitenta e quatro centavos).** O Custeio estimado no Percentil 50 para o período de **12 meses** consiste em **R$ 25.987.258,13 (Vinte e cinco milhões, novecentos e oitenta e sete mil, duzentos e cinquenta e oito reais e treze centavos).** O Custeio estimado no Percentil 50 para o período de **48 meses** consiste em **R$ 103.949.032,53 (Cento e três milhões, novecentos e quarenta e nove mil, trinta e dois reais e cinquenta e três centavos).**

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

004907

POLICLÍNICA: FORMOSA

DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADES	P25	P50	P25	P50
1 SERVIÇOS AMBULATORIAIS (c/HM e c/ Mat/Med)						
1.1 Consultas médicas						
Consultas médicas	Quantidades	5.748	116,26	116,26	668.262,48	668.262,48
		5.748			**668.262,48**	**668.262,48**
1.2 Consultas não médicas						
Consultas não Médicas	Quantidades	2.064	93,47	93,47	**192.922,08**	**192.922,08**
		2.064				
1.4 Cirurgia menor ambulatorial	Quantidade horas	80,00	969,50	1.409,10	**77.560,00**	**112.728,00**
1.5 Consultas / Procedimentos (Odontológicos)						
Consultas Odontologicas	Quantidades	480	93,10	133,12	44.688,00	63.897,60
Procedimentos básicos	Quantidades	80	93,10	133,12	7.448,00	10.649,60
Periodontia Especializada	Quantidades	60	93,10	133,12	5.586,00	7.987,20
Endodontia	Quantidades	35	93,10	133,12	3.258,50	4.659,20
Cirurgia Oral Menor	Quantidades	80	93,10	133,12	7.448,00	10.649,60
					68.428,50	**97.843,20**
1.6 Serviço de Atenção as Pessoas Ostomizadas						
1.6.1 Bolsa de Colostomia Fechada com Adesivo Microporoso	Quantidades	300	22,40	22,40	6.720,00	6.720,00
1.6.2 Bolsa de Colostomia com Adesivo Microporo Drenável	Quantidades	150	22,40	22,40	3.360,00	3.360,00
1.6.3 Conjunto de Placa E Bolsa para Estomia Intestinal	Quantidades	50	22,40	22,40	1.120,00	1.120,00
1.6.4 Barreiras Protetoras de Pele Sintética E/OU Miata em Forma de Pó / Pasta E/OU Placa	Quantidades	5	146,94	146,94	734,70	734,70
1.6.5 Bolsa Coletora Para Urostomizados	Quantidades	150	22,40	22,40	3.360,00	3.360,00
1.6.6 Coletor Urinário de perna Ou De Cama	Quantidades	20	22,40	22,40	448,00	448,00
1.6.7 Conjunto de Placa E Bolsa Para Urostomizado	Quantidades	75	22,40	22,40	1.680,00	1.680,00
1.6.7 Conjunto de Placa E Bolsa Para Urostomizado	Quantidades	75	22,40	22,40	1.680,00	1.680,00
		750			**17.422,70**	**17.422,70**
2 SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)						
2.1 SADT Interno						
Audiometria	Exame	200	26,38	48,02	5.275,39	9.603,50
Eletrocardiograma	Exame	200	28,66	34,33	5.731,92	6.866,33
Ultrassonografia	Exame	360	66,33	86,18	23.880,45	31.024,20
Ecocardiograma	Exame	60	87,79	109,86	5.267,30	6.591,45
Endoscopia	Exame	200	340,97	349,26	68.194,00	69.852,83
Colonoscopia	Exame	100	428,65	526,46	42.865,00	52.645,75
Colposcopia	Exame	80	127,28	213,15	10.182,27	17.052,33
Eletroencefalografia	Exame	100	102,35	127,86	10.235,38	12.785,92
Eletroneuromiografia	Exame	50	136,67	162,40	6.833,60	8.120,21
Holter	Exame	60	80,03	108,61	4.801,65	6.516,50
Raio X	Exame	600	43,29	58,71	25.976,50	35.228,25
Teste ergométrico	Exame	80	115,07	142,31	9.205,53	11.385,03
Tomografia	Exame	600	59,22	175,05	35.529,50	105.032,25
Mamografia	Exame	100	75,43	101,84	7.542,94	10.183,50
Urodinâmica	Exame	20	247,26	361,00	4.945,16	7.219,97
Espirometria	Exame	200	69,87	89,20	13.973,93	17.840,67
Punção Aspirativa PAAF	Exame	20	153,36	210,31	3.067,10	4.206,29
Punção Aspirativa por agulha grossa	Exame	20	153,36	210,31	3.067,20	4.206,20
Nasofibroscopia	Exame	60	77,34	107,64	4.640,40	6.458,40
Citoscopia	Exame	40	227,18	444,47	9.087,20	17.778,80
Doppler Vascular	Exame	60	87,79	109,86	5.267,40	6.591,60
MAPA	Exame	60	80,03	108,61	4.801,80	6.516,60
Emissões Otoacústicas	Exame	40	26,38	48,02	1.055,20	1.920,80
		3.310	2.840,68	3.933,47	**311.426,82**	**455.627,38**

004908

			3.310	2.840,68	3.933,47	311.426,82	455.627,38
	2.2 SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med) - com Observações pertinentes						
	Biópsias Gerais*[6]		520	44,47	44,47	23.124,40	23.124,40
	Análises Clínicas/Anatomia Patológica*[5]		1.724	7,02	9,04	12.102,48	15.584,96
						35.226,88	38.709,36
3	**Terapia Renal substitutiva (1º Mês)**						
	3.1 Hemodíalise	Sessões	480	266,17	299,08	127.761,60	143.558,40
	3.2 Pacotes de treinamento de Dialise Peritonial	Quantidade	54	266,17	299,08	14.373,18	16.150,32
						142.134,78	159.708,72
4	**CARRETA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER**						
	Mamografia	Exame	720	75,43	101,84	54.309,60	73.324,80
	Colpocitologia oncótica (Papanicolau)	Exame	720	43,30	106,10	31.176,00	76.392,00
			1.440			85.485,60	149.716,80
	Carreta (Mensal)	Unidade	1	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00
5	**MICROONIBUS**						
	Locação de microonibus		2	18.000,00	18.000,00	36.000,00	36.000,00
	VALOR MENSAL ESTIMADO					1.794.869,84	2.088.940,72
	Subtotal com atualização de tabela FIPE de 3,67%					65.871,72	76.664,12
						1.860.741,56	2.165.604,84

1 Base de custo encaminhada pela Consultoria Planisa contempla somente o Percentil 50.
2 Percentis de UBS e Centro Médico, enviados pela Consultoria Planisa.
3 Percentis referentes aos enviados pela Consultoria Planisa para a precificação do HGG, uma vez que não foi informado o custo desse exame para o perfil da Policlínica.
4 Replicado custos unitários da unidade fixa.
5 Valor cotado no Comprasnet. Encontrado apenas uma homologação para o objeto pesquisado: "locação de microonibus com acessibilidade". Fonte: www.paineldeprecos.planejamento.gov.br, acesso em: 09:56h do dia 25/05/2021.
6 Biopsias Gerais devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo.

Referência Bibliográfica:

RASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

ANEXO Nº V / 2021 - GAOS- 14421

SISTEMA DE REPASSE/2021 - GAOS- 14421

I – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 11 (onze) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, Especificações Técnicas GERAS (v.000020812479):

Para o funcionamento da **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA,** serão consideradas as **seguintes linhas de serviços e produção estimada, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios**:

2 . Atividades Mínimas a Realizar de acordo com os critérios estabelecidos no ANEXO TÉCNICO I, Especificações Técnicas GERAS (v.000020812479):

2.1) Consulta Médicas especializadas

2.2) Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)

2.3) Práticas Integrativas e Complementares – PIC

2.4) Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

2.5) Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

2.6) Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

2.7) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

2.8) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico

2.9) Unidade Móvel: Exames Diagnósticos.

2.10) Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

2.11) Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

2.12) Unidade Móvel: Exames Diagnósticos.

2.1) Consultas Médicas especializadas

Consulta Médica	Meta Mensal
Total	5.748

004909

2.2) Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)(excetuando o atendimento odontológico)

Consulta da Equipe Multiprofissional	Meta Mensal
Total	2.064

Odontologia* tem meta específica de consultas e procedimentos

2.3) Práticas Integrativas e Complementares – PIC

A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e sessões subsequentes.

2.4) Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. **Porém deverá ser precificado os insumos descritos nos itens 6.5.3; 6.5.3.1; 6.5.3.2; 6.5.3.3; 6.5.3.4; 6.5.3.5; 6.5.3.6 e 6.5.3.7** de acordo com ANEXO TÉCNICO I GERAS (000020812479), Especificações Técnicas GERAS (v.000020812479):.

2.5) Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

2.6) Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

2.7) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

Cirurgias Ambulatoriais -Cirurgia menor ambulatorial (CMA)	Meta Mensal
Total	120

2.8) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT inicial:

SADT Externo	Meta Mensal
Radiologia	600
Tomografia	600
Endoscopia	200
Colonoscopia	100
Cistoscopia	40
Nasofibroscopia	60
Punção aspirativa por agulha grossa	20
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20
Urodinâmica	20
Mamografia	100
Colposcopia	80
Eletroencefalografia	100
Eletroneuromiografia	50
Ultrassonografia*	360
Doppler Vascular	60
Ecocardiografia	60
Eletrocardiografia	200
Holter	60
MAPA	60
Teste Ergométrico	80
Espirometria	200
Audiometria	200
Emissões Otoacústica	40
Total	**3310**

*Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida.

**Exames Oftalmológicos – deverão ser em quantidade equivalente ao número de consulta oftalmológica;

***Biopsias Gerais – devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo;

***Patologia Clínica – o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade..

Os exames para apoio diagnóstico e terapêuticos aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

004910

2.9) Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo I), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodont ia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), de acordo com as Portarias 599/GM, 600/GM, e 1.464/GM.

Consultas odontológicas	**Meta Mensal**
Primeira Consulta	192
Consultas Subsequente	288
Total	**480**

Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade:

Especialidades Mínimas	**Meta Mensal**
Procedimentos Básicos*	80
Periodontia Especializada	60
Endodontia**	35
Cirurgia Oral Menor	80
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	----

* Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 – restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 – restauração de dente permanente posterior.

** Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 – obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 – retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

2.10) Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)

O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS, após implantado na Policlínica, deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais aportes necessários as respectivas terapias. Conforme descrito na portaria 1675 de, 07 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde. Seguindo minimamente a programação de produção descrita no quadro abaixo.

Meta inicial:

Terapia Renal Substitutiva	**Meta Mensal**
Sessões Hemodiálise Considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	480
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal Considerando o 9 dias de treinamento para cada paciente	6

2.11) Unidade Móvel: Prevenção ao Câncer

Meta inicial:

Carreta da Prevenção ao Câncer	**Meta Mensal**
Mamografia	720
Papanicolau	720
Total	**1440**

3. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

3.1. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços (v.000020812479).

4. Detalhamento das especificações referentes à Produção da Policlínica

4.1.1. Todas as primeiras consultas do SADT ofertadas para pacientes externos, as vagas da Unidade Móvel e as vagas para a Clínica de serviços dialíticos, devem ser ofertadas 100% para o Complexo Regulador do Estado de Goiás.

4.1.2.O quantitativo de especialidades (médicas e multiprofissionais), tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta) e tipos de exames, poderão sofrer mudanças de quantitativo, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 30 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

4.1.3. As especificações citadas no paragrafo anterior ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO.**

4.1.4. Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicas e/ou exclusivas para fins de habilitação no Ministério da Saúde, deverão estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

004911

4.1.5. As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado, e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

4.1.6 A produção de todas os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) realizados deverão ser **informados mensalmente ou sempre que solicitados**.

4.1.7. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

4.1.8 Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços (v.000020812479).

4.1.9 Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS II (v.000018479568) e III (v.000018523332) , o mesmo deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE POLICLÍNICA.**

4.1.10 De acordo os seguintes documentos abaixo citados as metas estão suspensas, entretanto o número de pacientes dia e as situações onde houver necessidade de ampliação ou redução de serviços deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO.** Reiteramos que a Gerência de Avaliação de Organizações Sociais (GAOS), permanecerá realizando os serviços de monitoramento, fiscalização e avaliação das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

4.1.11. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.1.12. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

4.1.13. As informações deverão ser enviadas até o dia 05 (cinco) dos mês subsequente a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

4.1.14. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelaPOLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

4.1.15. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

4.1.16. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

4.1.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela.

4.1.18. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais estimadas ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, acordada entre as partes nas respectivas reuniões de ajustes do Contrato de Gestão.

4.1.19. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

5. **PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Chamamento ao novo Contrato de Gestão.

5.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 253/2020** ou outra norma vigente.

5.4 Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

5.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

5.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

5.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Especificações Técnicas GERAS **(v.**000020812479).

5.8. O montante do orçamento econômico-financeiro do POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA é estimado repasse mensal para o período de **12 (doze) até 48 (quarenta e oito)** meses de acordo com Contrato de Gestão corresponde no Percentil 50 em **R$ 2.165.604,84 (dois milhões, cento e sessenta e cinco mil, seiscentos e quatro reais e oitenta e quatro centavos)**, **com adequação da tabela FIPE 3,67%.** Para tanto, está sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção,** consta então do montante de 90% da parte fixa mensal o valor **R$ 1.949.044,36 (Um milhão, novecentos e quarenta e nove mil, quarenta e quatro reais e trinta e seis centavos)** correspondem ao custeio da parte assistencial estabelecida no **Anexo Técnico I (v.**000020812479). Os 10% mensais restantes (dez por cento) correspondem a **R$ 216.560,48 (Duzentos e dezesseis mil, quinhentos e sessenta reais e quarenta e oito centavos)**, correspondem ao custeio da parte dos indicadores de desempenho e serão repassados mensalmente junto com as parcelas da parte assistencial mensal.

004912

5.9. Sendo o montante total anual no valor de **R$ 25.987.258,13 (Vinte e cinco milhões, novecentos e oitenta e sete mil, duzentos e cinquenta e oito reais e treze centavos),** ou de acordo com contrato de 48 (quarenta) parcelas mensais, cujo valor total de **R$ 103.949.032,53 (Cento e três milhões, novecentos e quarenta e nove mil, trinta e dois reais e cinquenta e três centavos),** o que ocorrer primeiro, de acordo com **TABELA I,** sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela II, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção, sendo que mensalmente serão distribuídos conforme TABELA II.**

6. Atualização financeira da base de dados

Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos de todas as linhas de serviços, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo (dado o déficit inflacionário considerável). Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2020. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pois o ano de 2020 reflete um ano atípico de pandemia com dados que podem sobrepor ao que se espera para o desempenho da unidade.

Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

5.11. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os indicadores de produção (modalidade de contratação das atividades assistenciais) e Indicadores de Desempenho, compondo assim os percentuais de repasse serão de acordo com a tabela abaixo:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO - POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMEN	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	**PORCENTAGEM (%)**
Consulta Médicas especializadas (inclui de acordo com Anexo I os itens 2.3, 2.4 ,2.5, 2.6 deste Anexo V)	33%
Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)(excetuando o atendimento odontológico) - (inclui de acordo com Anexo I os itens 2.3, 2.4 ,2.5, 2.6 deste Anexo V)	9%
Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I	1 %
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	5%
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT	24%
Centro Especializado em Odontologia (CEO I) - (inclui Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade)	5 %
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)	9%
Unidade Móvel: Prevenção ao Câncer	14%
TOTAL (Mensal)	**100%**

5.11. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.1. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no Anexo IV (v.000020998237).

5.12. Os pagamentos mensais dar-se-ão na seguinte conformidade:

TABELA II - ESTIMATIVA DE CUSTOS - POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSACRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO ANUAL (90%)

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS TABELA 3,67%	
CUSTEIO ANUAL 90%	
MÊS	VALOR R$
1	1.949.044,36
2	1.949.044,36
3	1.949.044,36
4	1.949.044,36
5	1.949.044,36
6	1.949.044,36
7	1.949.044,36
8	1.949.044,36
9	1.949.044,36
10	1.949.044,36
11	1.949.044,36
12	1.949.044,36

5.13. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime semestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio,** podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pela **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA.**

5.14. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o mesmo **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA.**

5.15. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

5.16. As informações deverão ser enviadas **até o dia 05 (cinco) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

004913

5.17. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e, em caso de não cumprimento, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto neste **Anexo Técnico V, ou ser alterado conforme portaria ou decreto vigente.**

5.18. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

5.19. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital Geral de Goiânia**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

5.20. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

5.21. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

5.22. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

5.23. A cada período de 06 (seis) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

5.24. A cada 06 (seis) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas** pelo PARCEIRO PRIVADO, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

5.25. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho:

5.25.1. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

5.25.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

5.26. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.**

5.27. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

5.28. **A análise referida deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.**

5.29. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

5.30. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

5.31. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente a gastos como: energia, telefonia, segurança armada, água e outros quando houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

1.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I -*Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento da* **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo I (v.**000020812479)onde irá gerar uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO**,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico V.**

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE FORMOSA

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Consulta Médicas especializadas (inclui de acordo com Anexo I os itens 2.3, 2.4 ,2.5, 2.6 deste Anexo V) **Peso 33 %**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendiment
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendiment
Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos) (excetuando o atendimento odontológico) - (inclui de acordo com Anexo I os itens 2.3, 2.4 ,2.5, 2.6 deste Anexo V)	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendiment
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendiment

004914

Peso 9 %		
Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I **Peso 1 %**	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais. **Peso 5 %**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedime
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedime
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedim
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedim
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT **Peso 24 %**	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado
Centro Especializado em Odontologia (CEO I) - (inclui Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade) **Peso 5 %**	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) **Peso 9 %**	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado
Unidade Móvel: Prevenção ao Câncer **Peso 14 %**	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado	Acima do volume contratado Entre 90% e 100% do volume contratado Entre 80 e 89,99% do volume contratado Menos que 80% do volume contratado

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

2.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho (v.**000020812479), para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 5.9. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

2.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM}=\frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

2.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM}= \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

2.4.Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

2.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

2.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

2.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações

004915

necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100 %
9 a 9,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

ANEXO VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, e o Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia - GO, CEP: 74810-100, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei estadual nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 03/2022, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde , em regime de 12 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, na **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA.**

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010000965, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão na **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA**, localizado nas Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara - Formosa - GO pela organização social de saúde.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 03/2022.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA**, localizado nas Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara - Formosa - GO , somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

004916

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o início da vigência do Contrato de Gestão nº 03/2022, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº 03/2022.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENT**E caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 03/2022.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 03/2022.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo as partes firmam o presente Instrumento para que surtam os efeitos legais.

004917

ANEXO VII

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, e o Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bem imóvel na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia - GO, CEP: 74810-100, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o disposto no Contrato de Gestão nº 03/2022, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto Cem - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA**, localizada nas Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara, Formosa - GO.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010000965, **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL,** nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel onde funciona **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA**, localizada nas Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara, Formosa - GO , com área total medindo 3.775,00 m².

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão nº 03/2022.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FORMOSA**, localizada nas Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara, Formosa - GO, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o início da vigência do Contrato de Gestão nº 03/2022, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº 03/2022, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 03/2022;

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

004918

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 03/2022.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo as partes firmam o presente Instrumento para que surtam os efeitos legais.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 11/01/2022, às 09:55, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 11/01/2022, às 10:43, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000026580158** e o código CRC **67F42F95**.

Referência: Processo nº 202100010000965

SEI 000026580158

004919

certificado

00420

Certificado: N° 1233-016-352 | Validade: 02/2025

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS - HUGO

CNPJ: 12.053.184/0006-41

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde - IBES, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Hospital sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 15 de Fevereiro de 2023

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IBES Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde

IEEA Accredited Organisation 2018-2020 | ISQua Institutional Member 2019-2020 | IEEA Accredited Standards 2017-2021

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed

004921

ONA
Organização Nacional de Acreditação

São Paulo, 15 de Fevereiro de 2023

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Hospital Estadual De Urgências De Goiás - Hugo, inscrito no CNPJ: 12.053.184/0006-41, foi certificado como ACREDITADO , com validade até 15/02/2025.

Fabio Gastal
Presidente

ONA - Rua Bela Cintra, 986 - Cj 101 | Consolação | São Paulo/SP - 01415-000
Telefone: (11)3121-3232 | E-mail: ona@ona.org.br

004922

004923

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
12.053.184/0006-41 FILIAL		30/11/2021

NOME EMPRESARIAL
INSTITUTO CEM

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
INSTITUTO CEM	DEMAIS

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
72.20-7-00 - Pesquisa e desenvolvimento experimental em ciências sociais e humanas
81.29-0-00 - Atividades de limpeza não especificadas anteriormente
82.99-7-99 - Outras atividades de serviços prestados principalmente às empresas não especificadas anteriormente
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.21-6-01 - UTI móvel
86.22-4-00 - Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências
86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos
86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
86.30-5-04 - Atividade odontológica
86.30-5-06 - Serviços de vacinação e imunização humana
86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente
86.40-2-01 - Laboratórios de anatomia patológica e citológica
86.40-2-02 - Laboratórios clínicos
86.40-2-03 - Serviços de diálise e nefrologia
86.40-2-04 - Serviços de tomografia
86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia
86.40-2-06 - Serviços de ressonância magnética
86.40-2-07 - Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO	2496	QUADRAB22 LOTE 4E SALA A-26/01 EDIF COM NEW BUSINESS STL

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
74.810-100	JD GOIAS	GOIANIA	GO

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
CONTATO@INSTITUTOCEM.ORG.BR	(62) 3157-0732

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	30/11/2021

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia **19/09/2023** às **11:43:38** (data e hora de Brasília).

004924

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
12.053.184/0006-41 **FILIAL**		**30/11/2021**

NOME EMPRESARIAL
INSTITUTO CEM

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
86.40-2-08 - Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos
86.40-2-09 - Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos
86.40-2-99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente
86.50-0-01 - Atividades de enfermagem
86.50-0-02 - Atividades de profissionais da nutrição
86.50-0-03 - Atividades de psicologia e psicanálise
86.50-0-04 - Atividades de fisioterapia
86.50-0-05 - Atividades de terapia ocupacional
86.50-0-06 - Atividades de fonoaudiologia
86.50-0-07 - Atividades de terapia de nutrição enteral e parenteral
86.50-0-99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente
86.90-9-01 - Atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana
86.90-9-03 - Atividades de acupuntura
88.00-6-00 - Serviços de assistência social sem alojamento

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO	**2496**	**QUADRAB22 LOTE 4E SALA A-26/01 EDIF COM NEW BUSINESS STL**

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
74.810-100	**JD GOIAS**	**GOIANIA**	**GO**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
CONTATO@INSTITUTOCEM.ORG.BR	**(62) 3157-0732**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**30/11/2021**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia **19/09/2023** às **11:43:38** (data e hora de Brasília).

004925

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato 39/2022 - SES

AJUSTE DE PARCERIA NA FORMA DE CONTRATO DE GESTÃO, EM CARÁTER EMERGENCIAL, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA, médico, portador da Cédula de Identidade nº 3788518 - DGPC/GO e CPF nº 699.515.191-72, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na Lei federal nº 12.527/2011, na Lei estadual nº 18.025/2013, na Resolução Normativa nº 013/2017-TCE/GO, no Despacho Governamental nº 238/2022 (000028579924), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.762, de 22/03/2022, no Ofício nº 46734-SES (000025752065), nos Ofícios - Instituto CEM/GO nº 292/2021 (000025762458) e nº 300/2021 (000025946926), no Despacho nº 147/2022-SUPER (000026785530), no Despacho nº 197/2022-SUPER (000026948868), no Termo de Referência - SUPER (000028882785), na Requisição de Despesa nº 6/2022-SUPER (000026797048), nos Anexos I/2021-GERAT (000026123836), II/2021-CRES (000025882675), III/2021-GGDP (000026037190), IV/2021-SUPER (000026948229) e V/2021-SUPER (000026796993), no Ato de Dispensa de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial - Declaração nº 29/2022-CLICIT (000028887429), ratificada pela Declaração nº 30/2022-CLICIT (000028888102), celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento no art. 24, inciso IV, da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e em conformidade com o processo administrativo nº 202100010054419, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e as políticas públicas nas áreas de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

004926

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto;

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO;**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05;

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração;

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme Termo de Referência e Anexos Técnicos;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, caput, da Lei Estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, compras e serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto;

2.20. As Organizações Sociais poderão utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para as atividades meio e fim do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde;

2.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta Técnica, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente;

2.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art.8º, II, ambos da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas posteriores alterações;

2.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional;

2.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:
a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no

004927

mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;
b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;
c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.32. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas;

2.33. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta Técnica;

2.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários a regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.36. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.37. Emitir e apresentar, a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO,** contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás –TCE;

2.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com envio de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.44. Publicar ao final da vigência do contrato o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução, atinentes às atividades realizadas;

2.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papeis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

004928

2.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.51. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras;

2.53. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº 13.800/2001;

2.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência;

2.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.56.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão emergencial;

2.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave;

2.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e às atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatórias;

2.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 15.503/2005;

2.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento;

2.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada;

2.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão emergencial a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** do recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago;

004929

2.77. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº 15.503/2005;

2.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9;

2.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.80. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e ao recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.9. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme o ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contendo, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas, os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

4.1.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

4.1.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.1.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

004930

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório.

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização.

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão.

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão emergencial.

5.3. Ao final da vigência do contrato a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53;

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão emergencial, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: 1) salários e benefícios previstos em norma coletiva; 2) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e 3) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será contada a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial e se dará até o dia 29/06/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do seu extrato no Diário Oficial do Estado.

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente instrumento, assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência e Anexos Técnicos, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** parcelas mensais estimadas em R$ 25.228.492,23 (vinte e cinco milhões, duzentos e vinte e oito mil, quatrocentos e noventa e dois reais e vinte e três centavos), totalizando R$

004931

151.370.953,38 (cento e cinquenta e um milhões, trezentos e setenta mil, novecentos e cinquenta e três reais e trinta e oito centavos), conforme Requisição de Despesa nº 6/2022-SUPER (000026797048), observadas as disposições da Cláusula Oitava deste instrumento, assim discriminados:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Repasse de recursos financeiros referente ao Contrato de Gestão Emergencial a ser firmado entre o Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto CEM, para o gerenciamento, operacionalização e execução dos atendimentos em saúde no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).	180 dias	R$ 21.953.716,31	R$ 131.722.297,86
Aporte de recursos financeiros referente ao custeio mensal com o Programa de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no HUGO, conforme Anexo II.	180 dias	R$ 247.216,71	R$ 1.483.300,26
Aporte de recursos financeiros referente ao pagamento de servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar, conforme Anexo III.	180 dias	R$ 3.027.559,21	R$ 18.165.355,26
TOTAL		**R$ 25.228.492.23**	**R$ 151.370.953,38**

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas.

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros.

c) venda de espaço publicitário.

d) exploração comercial das instalações.

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

004932

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar.

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos.

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos.

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão Emergencial.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**
00034	07/03/2022	000028092665	R$ 4.800.000,00
00035	07/03/2022	000028092958	R$ 269.434,68
00036	07/03/2022	000028094044	R$ 1.576.800,00
00037	09/03/2022	000028164368	R$ 525.600,00
00038	09/03/2022	000028167311	R$1.051.200,00
00070	24/01/2022	000026886314	R$ 116.165.472,86
00071	24/01/2022	000026886372	R$ 1.483.300,26
00006	24/01/2022	000026886339	R$ 15.556.825,00
TOTAL			R$ 141.428.632,80

SEQUENCIAL: 053	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde

004933

Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	15000 100	Receitas não Vinculadas de Impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

SEQUENCIAL: 054	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	16000 232	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS.
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

SEQUENCIAL: 073	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000028536011)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2167	Estratégia de Implantação e Implementação ao Enfrentamento do Novo Coronavirus - Federal
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	16000 238	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS.
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

8.1. Caberá à Gerência Financeira - GEFIN/SGI/SES proceder a emissão do complemento das respectivas Notas de Empenho, referente ao exercício de 2022, à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, passando os referidos documentos a fazerem parte integrante do presente ajuste.

8.2. Durante a vigência do presente ajuste, o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** compreenderá parcelas mensais estimadas em R$ 25.228.492,23 (vinte e cinco milhões, duzentos e vinte e oito mil, quatrocentos e noventa e dois reais e vinte e três centavos), totalizando R$ 151.370.953,38 (cento e cinquenta e um milhões, trezentos e setenta mil, novecentos e cinquenta e três reais e trinta e oito centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do **PARCEIRO PÚBLICO** e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. A Organização Social, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74;

004934

9.2. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade;

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do PARCEIRO PÚBLICO à disposição do PARCEIRO PRIVADO serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este;

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

9.6. **O PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO;

9.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados;

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual;

9.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos;

9.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas, poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico;

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário;

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa;

9.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade;

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar à disposição, os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso;

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei;

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir a apuração dos fatos praticados pelo referido profissional;

9.19. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.7 e 9.8, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.9.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência e aos Anexos Técnicos, conforme o § 1° do art. 8°-A da Lei Estadual n° 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

004935

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações.

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

004936

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente, nos critérios estabelecidos pelo PARCEIRO PÚBLICO, com a finalidade de atender as exigências dispostas em atos normativos.

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO.**

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) Termo de Referência;

b) Anexos I, II, III, IV e V;

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e,

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis, que contemplam, inclusive, os bens objeto do Contrato nº _____SES/GO 1 – De Entrega de Bens Móveis e Imóveis, serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei Estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, será providenciada imediatamente, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

0004937

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde, visando à celebração de Contrato de Gestão Emergencial para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia/GO, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas).

1.2. Considerando:

a. O Despacho nº 4142/2021 - GAB (v. 000025846901) de lavra do Senhor Secretário de Saúde, no qual determina a abertura de procedimento de contratação emergencial com o Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas – Instituto CEM, visando à celebração de Contrato de Gestão Emergencial para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:

2.1. A presente contratação se justifica em face da rescisão do Contrato de Gestão nº 36/2019-SES/GO (000010399134), por ocasião de indícios de graves irregularidades averiguado pela Pasta nos Processos nºs 202100010040917, 202100010039195 e 202100010002698, do INTS - Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde, no HUGO.

2.2. Por consequência, considerando a impossibilidade desta Pasta em assumir diretamente o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no Hospital, visto que o Poder Público além de não dispor de tempo hábil para formalização de licitações para aquisições de medicamentos, insumos, equipamentos, correlatos e outros, fundamentais ao abastecimento da Unidade Hospitalar, bem como ante a impossibilidade de proceder por contratação de serviços essenciais ao funcionamento da Instituição, e, ainda, em razão da inexistência de recursos humanos efetivo para atender a demanda, foi dado início ao procedimento em tela, a partir do Despacho nº 4142/2021 - GAB (v. 000025846901) de lavra do Senhor Secretário de Saúde, no qual determina a abertura de procedimento de contratação emergencial do Instituto CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, entidade qualificada como Organização Social em Saúde no âmbito deste Estado, por meio de dispensa de chamamento público fundamentada no **inciso IV do art. 24 da Lei n. 8.666/93**, tendo como objeto a formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em regime de 24 horas / dia no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, com prazo de vigência até o dia 29/06/2022, a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial, ou até a conclusão de chamamento público, o que ocorrer primeiro.

004938

2.3. Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria (Lei Estadual nº 15.503 de 28 de dezembro de 2005, e alterações posteriores).

2.4. A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

2.5. A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

2.6. Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

a) Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;

b) Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;

c) Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;

d) Agilidade na tomada de decisões.

e) Menores gastos com recursos humanos;

2.6.1 Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que muitas vezes não atingem as atividades prestadas por uma Organização Social.

2.7. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

2.8. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que:

*O administrativista **contemporâneo** tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder, **deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas**. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em **constante mudança** (ênfase acrescida).*[1]

2.9. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

2.10. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

2.11. A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SES/GO.

2.12. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

2.13. A Instituição responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na referida unidade deverá observar as seguintes premissas:

a) Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;

b) Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;

c) Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;

d) Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);

004939

e) Busca de certificação de qualidade em saúde;

f) A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;

g) A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

3. ANEXOS TÉCNICOS

3.1. A gestão por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir às condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

ANEXO TÉCNICO I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO (v. 000026123836);

ANEXO TÉCNICO II - ENSINO E PESQUISA (v. 000025882675);

ANEXO TÉCNICO III – GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS (v. 000026037190);

ANEXO TÉCNICO IV – ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (v. 000026948229);

ANEXO TÉCNICO V - SISTEMA DE REPASSE (v. 000026796993).

4. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

4.1. O **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4.2. Além das diretrizes determinadas pelo Anexo I (v. 000026123836) deverá, também, o **PARCEIRO PRIVADO** observar os seguintes tópicos:

4.3. **Da Vigilância em Saúde**

4.3.1. **O PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir os seguintes preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

a) Os laboratórios prestadores de serviços aos hospitais da Rede do Estado de Goiás devem seguir o fluxo de monitoramento de bactérias multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.

b) Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.

c) Alimentar os sistemas relacionados à segurança do paciente (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária - NOTIVISA), ao controle de infecção hospitalar (Sistema FORMSUS) e ao controle de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas (Sistema VIGIMED).

d) Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017, sobre Critérios de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificações dos Indicadores Nacionais.

e) Garantir às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução n° 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

f) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

4.4. Da Tecnologia de Informação

4.4.1.A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, pela equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

4.4.2. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

4.4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SES-GO acessar via *Internet* e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.

4.5. Da Gestão Integrada

4.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral (NMG), que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, e manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

004940

4.5.2. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

4.6. Da Integridade e Transparência

4.6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir o acesso à informação, conforme previsto nas Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e Lei nº 18.025, de 22 de maio de 2013, respectivamente.

4.6.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar a informação relativa à Transparência das OSS, observando sempre o dever de transparência ativa, o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link* (este gerado pela OSS) a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

4.6.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar serviço de OUVIDORIA destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite à Secretaria do Estado da Saúde melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário. Providenciar resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

4.6.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

5. MODELO DE GESTÃO E METAS

5.1. O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em parceria com Organizações Sociais deverá respeitar os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, além de quantificar as metas alcançadas, por meio de sistema informatizado que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.3. As metas de produção do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** serão estimadas para o período de vigência do Contrato de Gestão, e compõem ANEXO TÉCNICO I – Especificações Técnicas, Descritivo de Serviços, Indicadores e Metas de Produção e Desempenho (v. 000026123836), deste documento.

6. VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL será contada a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial e se dará até o dia 29/06/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de chamamento público em andamento, o que ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação do seu extrato no Diário Oficial do Estado.

7. DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO E DO SISTEMA DE REPASSE

7.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

7.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para o período de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde, sem o custo com servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar e o valor de Residência Médica.

7.3. O pagamento será efetivado mediante a liberação de **6 (seis) parcelas mensais**, conforme descrito no ANEXO TÉCNICO V – (v. 000026796993) - Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse), sendo o valor composto de uma parte fixa correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal e uma parte variável correspondente a 10% (dez por cento), com base na avaliação de indicadores de desempenho, conforme Programação de Desembolso Financeiro - PDF.

8. DOS INDICADORES DE METAS E DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. A avaliação mensal será efetivada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial até o dia 10 (dez) do mês subsequente. As informações mencionadas serão encaminhadas por meio de formulários definidos pela Secretaria de Estado da Saúde e por meio de registros no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

8.2. A cada trimestre será realizada a consolidação dos dados do período com análise conclusiva para avaliação e pontuação dos indicadores inerentes à parte fixa das metas de produção e à parte variável do contrato de gestão, quais sejam os indicadores de qualidade, ressalvadas previsões normativas em contrário.

8.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

8.4. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

0 004941

8.4.1. O Quadro - Síntese de Metas de Desempenho, que apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre, está disposto no Anexo Técnico I (v. 000026123836).

8.5. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio ao PARCEIRO PRIVADO.**

8.6. Em caso de previsão normativa, as metas contratuais (qualitativas e quantitativas) poderão ser suspensas ou compensadas com os atendimentos decorrentes da pandemia do novo coronavírus,

8.7. Nos casos que corresponderem à previsão do item anterior, não será gerado ajuste financeiro a menor decorrente do não cumprimento das metas pactuadas. Em caso diverso, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto no Anexo Técnico V (v. 000026796993), a depender do percentual de alcance de cada indicador, conforme a avaliação citada no item 8.5.

8.8. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o PARCEIRO PRIVADO **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.

8.9. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

8.10. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

8.11. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

8.12. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

8.13. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

8.14. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Termo de Referência e seus Anexos.

8.15. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

8.16. A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

8.17. A cada 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

8.18. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

8.18.1.. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

8.18.2.. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

8.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

8.20. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

8.21. **A análise referida no item 8.19 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.**

8.22. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

8.23. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

ANEXO Nº I

004942

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2021 - GERAT- 18352

INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de Produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7. Serão de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP;

1.7.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.11.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme

004943

Termo de Permissão de Uso;

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

· Nome do usuário.

· Nome do Hospital.

· Localização do Hospital (endereço, município, estado).

· Motivo da internação (CID-10).

· Data de admissão e data da alta.

· Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

· Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.

· O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

· Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

· Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.16. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.18. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata;

1.19. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

1.20. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde;

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do HOSPITAL, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.24. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

004944

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.29. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrututra de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.34. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por

004945

parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.35. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

· Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

· Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

• Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

• Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

• Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

• Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

• Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

• Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),

• RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

• RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

• Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;

• Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

• PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

• PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

• Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

• RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

• RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

• Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

• RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).

• Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

• Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.

• Programa Nacional de Avaliação dos Serviçoos de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde-Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.

• Portaria de Consolidação Nº 6,de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde-Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD),Seção V.

• Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

004946

- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria nº1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.37 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.38 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação;

1.39. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiganóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar semestralmente uma auditoria independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- **Nome**: Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
- **CNES**: 2338262
- **Endereço**: Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial
- **Tipo de Unidade**: Hospital Geral de esfera pública que prestará atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.
- **Gerência da Unidade**: Secretaria Estadual de Saúde
- **Funcionamento**: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. **possui 288 (duzentos e oitenta e oito) leitos gerais e 57 (cinquenta e sete) leitos complementares sendo todos leitos de UTI adulto e disponíveis ao SUS**, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

004947

Quadro 01.Capacidade Atual Instalada do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação	**Quantidade**
UTI Adulto	57 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	60 leitos
Enfermaria Adulto Neurologia	10 Leitos
Enfermaria Cirúrgica	212 leitos
Leito Carcerários	06 leitos
Leito Dia	20 Leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	12

3.2.1.2 A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, sempre com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

3.3. Perfil da Unidade

3.1. O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia

a.e) Internações em leitos de UTI adulto

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. Assistência Hospitalar

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO** o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

004948

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO.**

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

n) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

p) Sangue e hemoderivados.

q) Fornecimento de roupas hospitalares.

r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

s) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

t) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.2.5. O Hospital de Urgências de Goiânia possui Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

4.2.5.1 O suprimento de hemocomponentes a esta Agência Transfusional é realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

4.2.5.2 O serviço de hemoterapia da unidade integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

4.2.5.3 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

4.2.6 As obrigações do PARCEIRO PRIVADO quanto à agência transfusional (Serviço de Hemoterapia):

- Manter, ou providenciar a inclusão, do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);
- Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;

004949

- Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).
- Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.
- Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.
- Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.
- Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.
- Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.
- Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).
- Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.
- Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.
- Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.
- Executar os procedimentos necessárias para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.
- A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.
- Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.
- Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expugo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.
- Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.
- Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.
- Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.
- Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.
- Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.
- Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.
- Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.
- A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas Comissões /Comitês.
- Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

004950

- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.
- Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.
- Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.
- Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.
- Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.
- Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio do Complexo Regulador Estadual.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Quadro 02. Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia
Neurocirurgia
Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.4. Atendimento Ambulatorial

004951

4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

4.4.1.1 O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as primeiras consultas de egressos devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

4.4.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição. Todas as interconsultas devem ser informadas ao Complexo Regulador Esatdual.

4.4.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

4.4.1.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

4.4.1.8. Outros serviços ambulatoriais de nível superior multiprofissionais contemplados na instituição incluem:

- Farmácia Ambulatorial,
- Psicologia,
- Consulta de Enfermagem
- Serviço Social,
- Fisioterapia,
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiologia
- Nutrição.

4.4.1.9. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.4.1.10. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadros 03 e 04, abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Clínica Médica
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Geriatria
Hematologia
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Pneumologia
Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

004952

Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 04. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Multiprofissionais da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Enfermagem (egresso)
Fisioterapia (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)
Nutrição (egresso)
Psicologia (egresso)
Serviço Social (egresso)
Terapia ocupacional (egresso)

4.4.2. Cirurgias Programadas

4.4.2.1. Consideram-se as Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

4.4.2.2. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias programadas devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 05. Especialidades Médicas para cirurgias programadas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades Médicas para cirurgias eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Geral
Gastroenterologia
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia
Proctologia
Urologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

4.5. SADT Externo

4.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.6. Leito Dia

4.6.1. O Leito Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas, procedimentos esses devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.7. Serviços de Apoio

004953

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

4.7.6. Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 253/2020 ou outra norma vigente.

6.2. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

6.3. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

6.4. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.5. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

7. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

7.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados.

a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

7.2. PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

7.3. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

8. ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

8.1.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no HUGO está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de

004954

Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos;

8.1.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Goiás - GETRANS subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

8.1.3. A avaliação da OPO será realizada pela GETRANS e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do HUGO e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela GETRANS.

II - METAS DE PRODUÇÃO

9. REGRA GERAL

9.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados com o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário.

9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

9.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

9.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, os seguintes critérios:

9.4.1. Internações Hospitalares

a) saídas de Clínica Médica

b) saídas cirúrgicas

c) saídas cirúrgicas programadas

d) saídas leito dia

9.4.2. Procedimentos Ambulatoriais

9.4.3. Consultas Ambulatoriais

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

9.4.4. SADT Externo

9.4.5. Hospital Dia

9.4.4. Serviço de Hemodinâmica: Procedimentos de hemodinâmica

9.5. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

9.6. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

9.7. DETERMINANTES DA PARTE FIXA

9.7.1. Internações Hospitalares

9.7.1.1 A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 1921 saídas hospitalares, sendo 362 saídas de Clínica Médica, 691 saídas cirúrgicas, 868 saídas cirúrgicas programadas, com variação de ± 10%, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal
Clínica Médica	362

004955

Saídas Cirúrgicas	691
Saídas Cirúrgicas programadas (eletivas)	868
Total	1921

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias; e os tempos médios de permanência (TMP) para clínica médica 5 dias, cirúrgica 4 dias, cirúrgicas programadas 60% 5 dias e 40% 2 dias.

9.7.1.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

9.7.1.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

9.7.1. Internações Hospitalares

9.7.2. Procedimentos Ambulatoriais

9.7.2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 520 procedimentos ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até ± 10%. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

9.7.2.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 07. Metas de cirurgias ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Procedimentos Ambulatoriais	**Meta mensal**
Cirurgias ambulatoriais	286
Outros Procedimentos	234

Obs.: Para o cálculo das cirurgias ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

9.7.2.3. Os procedimentos ambulatoriais são interpretadas como aquelas que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), a urologia (exemplo: ureterolitotripsia).

9.7.3. Consultas Ambulatoriais

9.7.3.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de 3500 consultas médicas e 1500 consultas multiprofissionais, com variação de até ±10%.

Quadro 8. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Ambulatório	**Meta mensal**
Consulta médica na atenção especializada	3.500
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1.500
Total	5.000

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento.

9.7.3.2. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais.

9.7.3.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

9.7.3.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde.

004956

9.7.4. SADT Externo

9.7.4.1. A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 60 colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), 100 eletrocardiograma, 60 endoscopia digestiva, 60 endoscopia das vias urinárias, 60 endoscopia das vias respiratórias, 1000 raio-x, 250 de ressonância magnética, 450 tomografia computadorizada, 200 ultrassonografia e 120 ultrassonografia /doppler, para pacientes externos, com variação de até ±10%, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

9.7.4.2. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), eletrocardiograma, endoscopia digestiva, endoscopia das vias urinárias, endoscopia das vias respiratórias, raio-x, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler, a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 9. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Exame	mensal
colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	60
colonoscopia	60
eletrocardiograma	600
endoscopia digestiva	60
endoscopia das vias urinárias	60
endoscopia das vias respiratórias	60
raio-x	1000
ressonância magnética	250
tomografia computadorizada	450
ultrassonografia	200
ultrassonografia /doppler	120

9.7.5. Hospital Dia

9.7.5.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 520 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até ±10%.

9.7.5.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Quadro 10. Metas de atendimentos para o Hospital Dia do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Hospital Dia	Meta mensal
Atendimentos	520

9. 7.6 Serviço de Hemodinâmica

9.7.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 126 procedimentos/mês, com variação de até 10%.

Quadro 11. Metas de atendimentos do serviço de hemodinâmica para o do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Serviço de Hemodinâmica	Meta Mensal
Procedimentos de Hemodinâmica	126

10. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS

004957

10.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

10.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

10.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

10.3.1. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

10.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

11.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

11.2. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

tre:

Quadro 12 -Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	**Meta**
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Taxa Média de Permanência Hospitalar	≤ 6 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 26
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais - (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

11.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

11.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

004958

11.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

11.2.4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

11.2.5. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

11.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

11.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

11.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

12.2.9 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

12.2.10 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

12.2.11 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

004959

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

12.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

Importante: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

ANEXO Nº II

ENSINO E PESQUISA/2021 - CRES- 19504

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.

2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

2.14. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.15. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.16. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

2.17. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

004960

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

3.11. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

004961

4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica listados no Quadro 01, bem como o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Quadro 01. Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do HUGO

Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO	**Nº de Coordenador**	**Nº de Supervisores**	**Nº Preceptores**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**
Anestesiologia	1	1	6	9	0
Área Cirúrgica Básica		1	4	6	0
Cirurgia Geral		1	4	6	0
Clínica Médica		1	14	20	0
Geriatria		1	6	8	8
Neurologia		1	4	6	0
Cirurgia do Trauma		1	1	2	0
Cardiologia		1	3	4	4
Medicina Intensiva		1	6	8	2
Ortopedia e Traumatologia		1	10	15	3
Total	1	**10**	**58**	**84**	**17**

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

004962

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores descrito no Quadros 02 e 03.

Quadro 02. Programa de Residência e em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Trauma – HUGO

Programa de Residência em Urgência e Trauma	**Coordenador**	**Tutor**		**Preceptor**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**
		Campo	**Núcleo**			
Enfermagem	01	01	01	04	06	0
Farmácia			01	04	06	0
Fisioterapia			01	04	06	0
Fonoaudiologia			01	04	06	0
Nutrição			01	04	06	0
Psicologia			01	04	06	0
Serviço Social			01	04	06	0
TOTAL	**01**	**08**		**28**	**42**	**0**

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

Quadro 03 – Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Uniprofissional, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HUGO

Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	**Coordenador**	**Tutor**	**Preceptor**	**Nº de Residentes**	**Bolsa SES/GO**

004963

		Campo	Núcleo			
Odontologia	01	01	01	04	06	0
TOTAL	**01**	**02***		**04**	**06**	**0**

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria nº 1313/2020 – SES.

5.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas, o valor referente ao Residente ou às vagas residuais será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, 65 (sessenta e cinco) bolsas são financiadas pelo MS e 19 (dezenove) bolsas pela SES-GO. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (Quadros 04 e 05).

Quadro 04. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO (até 31/12/2021).

Discriminação da despesa	**Número**	**Valor unitário (R$)**	**Valor total (R$)**
***Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 3.330,43 cada + 20% INSS)	18	3.996,52	71.937,36
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME.	69	474,78	32.759,82
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU	44	474,78	20.890,32
**Executor Administrativo COREME	01	6.721,15	6.721,15
**Executor Administrativo COREMU	01	6.721,15	6.721,15
****Despesa de custeio diverso por Residente	132	730,00	96.360,00
Total Geral		-	**235.389,80**

Observações:

Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

***Custo de 01 (um) profissional Executor Administrativo, cálculo com o valor do salário básico, mais acréscimo de 100% de prêmio de incentivo, 20% de gratificação local insalubre e 35,56% de encargos sociais, totalizando R$ 6.721,15.*

****Custo da Bolsa Residente da SES é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde acrescido de 20% de INSS.*

*****As despesas de custeio diversos para o residente e para os PRAPS e PRM são para aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, alimentação do residente, assinatura de periódico e jornada científica, impressora, computadores, Tablets, Datashow, Material de uso individual para o residente como (estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna, entre outros) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa. Ex.: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, Manequins para aulas práticas entre outros.*

Quadro 04. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO **(a partir de 01/01/2022)**.

Discriminação da despesa	**Número**	**Valor unitário (R$)**	**Valor total (R$)**

004964

***Custos com bolsas da Residência Médica (R$ 4.106,09 cada + 20% INSS) ***	17	4.927,31	83.764,27
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREME	69	474,78	32.759,82
*Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor - COREMU	44	474,78	20.890,32
**Executor Administrativo COREME	01	6.721,15	6.721,15
**Executor Administrativo COREMU	01	6.721,15	6.721,15
****Despesa de custeio diverso por Residente COREME	84	730,00	61.320,00
****Despesa de custeio diverso por Residente COREMU	48	730,00	35.040,00
Total Geral		-	**247.216,71**

Observações:

Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

***Custo de 01 (um) profissional Executor Administrativo, cálculo com o valor do salário básico, mais acréscimo de 100% de prêmio de incentivo, 20% de gratificação local insalubre e 35,56% de encargos sociais, totalizando R$ 6.721,15.*

****Custo da Bolsa Residente da SES é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde acrescido de 20% de INSS.*

*****As despesas de custeio diversos para o residente e para os PRAPS e PRM são para aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, alimentação do residente, assinatura de periódico e jornada científica, impressora, computadores, Tablets, Datashow, Material de uso individual para o residente como (estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna, entre outros) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa. Ex.: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, Manequins para aulas práticas entre outros.*

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 22 de fevereiro de 2021, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **semestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **trimestralmente**.

ANEXO Nº III

GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021 - GGDP- 03087

Este anexo constitui parte integrante ao Contrato de Gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** . Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas,** que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

004965

1.O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.2 Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

1.3 Disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

1.4 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.5 Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

1.6 Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

1.7 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

1.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

1.9 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.10 Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .

1.11 Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO, será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

1.12 Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

1.13 Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

1.14 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.15 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

1.16 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

1.17 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

1.18 O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.19 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

1.21 O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

1.22 O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

004966

1.23 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

1.24 Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

1.25 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

1.26 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que previsão legal e houver compatibilidade de horários, **assim entendida, a comprovação da viabilidade do efetivo e integral cumprimento da carga horária, tanto no cargo público quanto no emprego privado.**

1.27 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

1.28 O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

1.29 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

1.30 Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO** - Nov/2021.

Cargos	Total de Servidores cedidos*	Valor estimado por cargo
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	1	R$ 6.179,19
Auxiliar de Enfermagem - QT - 18.464	42	R$ 199.626,36
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	7	R$ 33.658,01
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	2	R$ 9.011,91
Cirurgião-Dentista - 18.464	13	R$ 142,078,45
Enfermeiro - 18.464	1	R$ 8.341,38
Fonoaudiólogo - 18.464	1	R$ 11.958,38
Médico - 18.464	103	R$ 1.481.185,15
Médico AS4 - 15.337	1	R$ 7.324,15
Odontólogo - M SAÚDE	2	R$ 5.997,72
Técnico em Enfermagem - 18.464	115	R$ 791.380,30
Técnico em Imobilização Ortopédica - 18.464	3	R$ 17.218,78
Técnico em Necrópsia - 18.464	1	R$ 6.081,34
Técnico em Radiologia - 18.464	43	R$ 304.246,61
Técnico em Radiologia - M SAÚDE	2	R$ 3.271,48

004967

TOTAL GERAL	337	R$ 3.027.559,21
Custo Total Mensal Estimado **	**R$ 3.027.559,21 (três milhões, vinte e sete mil ,quinhentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos)**	
Fonte: RHNet Ref: Nov/2021		

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

ANEXO Nº IV

ESTIMATIVA DE CUSTEIO - HUGO/2022 - SUPER- 03082

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** o qual será objeto de contratação emergencial de Organização Social de Saúde para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na Unidade, 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

1.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

1.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I (000026123836), o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR.**

1.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.6. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.7. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Parceiro Privado** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO),** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* de outras unidades, e inserção de serviços que a unidade não realiza;

c) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

004968

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Tomar conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3 Para o cálculo, a Planisa forneceu percentis (ver em item 3.2) relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performace Indicators for Health* (KPIH), com referência de 2019 e de 2020.

3.1.4 A consultora disponibilizou dados referentes ao ano de 2020 somente para os serviços de UTI Covid e Unidade Semicríticas COVID, o que não compõe a linha de serviços desta Unidade. NãoSalienta-se, deste modo que o órgão buscou selecionar as bases de dados mais atualizadas, conforme as limitações fáticas envolvidas.

3.1.5. Para os demais itens da tabela de precificação, foram utilizados dados fornecidos do *benchmark* de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67%. A Planisa não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

3.1.6. A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que o ano de 2020 foi cercado de atipicidade, sendo inteiramente marcado por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

3.1.7. A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

3.1.8. Importa, ainda, destacar que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato emergencial pretérito, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.1.9. Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial.

3.1.10. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

3.2.2. O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidades possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

3.2.4. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1. O critério usado para o custeio das "**Internações Hospitalares**" é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. O custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária. Média de permanência de 7 dias UTI.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
UTI Adulto	57	90%	30,4	1560
Enfermaria Adulto Clínico	60	85%	30,4	1550
Enfermaria Adulto Neurologia	10	85%	30,4	258
Enfermaria Cirúrgica	212	85%	30,4	5478

004969

Leitos carcerários	06	85%	30,4	155

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.2. O custeio do "**Hospital dia**" foi estimado multiplicando a quantidade de atendimentos previstos pelo custo unitário praticado pela própria unidade, exclui-se o custeio dos "**Procedimentos ambulatoriais**", já precificados nos atendimentos emergenciais e ambulatoriais.

Serviço	**Média mensal de leitos-dia**	**Nº de atendimentos projetados/mês**
Hospital dia	20	520

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.3. O custeio das ***cirurgias***

3.3.3.1 O custeio das ***cirurgias*** foi estimado multiplicando o número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica. Dados extraídos do relatório "Demonstração dos custos unitários dos centros cirúrgicos" do Sistema KPIH, com referência de janeiro a dezembro de 2019 de unidades de saúde com perfil semelhante, estes mostram que a Unidade realizará uma média de 1.641cirurgias/mês em 2.461,5h, o equivalente a 1,5 horas por cirurgia. Foram projetadas 155 cirurgias eletivas/mês para o perfil do hospital.

Serviço	**Nº de cirurgias projetados/mês**
Cirurgias Eletivas	1.200
Cirurgias de Urgência	4.288

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.4. O custeio das **"Consultas Ambulatoriais"** foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**. Os custos unitários das consultas médicas e multiprofissionais foram obtidos de base externa.

Serviço	**Nº de consultas médicas projetadas/mês**
Consulta médica na atenção especializada	3500
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1500

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.5. O critério para o "**Atendimento de Urgência na Atenção Especializada**" envolve o número de atendimentos, e seu custeio foi estimado multiplicando-se a meta estabelecida (a qual pondera pela série histórica e pela demanda), pelo respectivo custo unitário, dados obtidos de base externa, não sendo considerado um uma dado a ser considerado como meta e sim quantificado.

Serviço	**Nº de atendimentos projetadas/mês**
Emergências	2700

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.

3.3.6. O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)" externo** foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante, a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT, sendo estes dados obtidos de bases externas.

Serviço	**Nº de atendimentos projetadas/mês**
Agência Transfusional	1.135
Análises Clínicas	54.396
Colonoscopia	120
Colangiopancretografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)	120

004970

Eletrocardiograma	660
Endoscopia	360
Hemodiálise	60
Raio X	2.000
Ressonância Nuclear Magnética	500
Tomografia Computadorizada	900
Ultrassonografia	400
Ultrassonografia Doppler	240

3.4. Atualização de Valores

3.4.1. Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos das linhas de serviço em que não foi aplicado o *benchmark* de 2020, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável), e não aos valores do Hospital, que teve alteração em seu perfil assistencial. Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

3.4.2. A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pela incompletude dos dados relativos às linhas de serviço do ano de 2020, pela Planisa.

3.4.3. A utilização do *benchmark* de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no *benchmark* de 2020 visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

3.4.4. Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

4.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para os 180 (cento e oitenta) dias da vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

004971

HUGO								
DESCRIÇÃO								
1. SERVIÇOS HOSPITALARES		META	PERCENTIL 25	PERCENTIL 50	PERCENTIL 75	PERCENTIL 25	PERCENTIL 50	PERCENTIL 75
1.1 Paciente Dia (c/HM e c/ Mat/Med)		Quantidade						
UI Clínica Cirúrgica	Pcte dia	5.478	530,52	568,98	637,59	2.906.188,56	3.116.872,44	3.492.718,02
UI Clínica Médica	Pcte dia	1.550	640,06	684,19	739,88	992.093,00	1.060.494,50	1.146.814,00
UTI Adulto	Pcte dia	1.560	1.840,55	1.928,20	2.059,46	2.871.258,00	3.007.992,00	3.212.757,60
Enfermaria Adulto Neurologia	Pcte dia	258	640,06	684,19	739,88	165.135,48	176.521,02	190.889,04
Leitos Carcerários	Pcte dia	155	640,06	684,19	739,58	99.209,30	106.049,45	114.681,40
hospital Dia	Pcte dia	520	367,09	367,09	367,09	190.886,80	190.886,80	190.886,80
						7.224.771,14	7.658.816,21	8.348.746,86
1.2 Unidade Cirúrgica (c/HM e c/ Mat/Med)								
Horas Cirurgicas urgência	horas	4.288	1.641,94	1.791,52	2.484,56	7.040.638,72	7.682.037,76	10.653.793,28
Horas Cirurgicas eletivas	horas	1.200	1.641,94	1.791,52	2.484,56	1.970.328,00	2.149.824,00	2.981.472,00
						9.010.966,72	9.831.861,76	13.635.265,28
2. SERVIÇOS EMERGENCIAIS E AMBULATORIAIS								
2.1 Emergência (c/HM e c/ Mat/Med)								
Pac Atend. consulta	Atendimento	2.700	113,36	191,94	257,82	306.072,00	518.238,00	696.114,00
2.2 Ambulatorial (c/HM e c/ Mat/Med)								
Ambulatório Médico	Consulta	3.500	76,74	94,89	111,66	268.590,00	332.115,00	390.810,00
Ambulatório Multiprofissional	Consulta	1.500	36,57	38,16	50,67	54.855,00	57.240,00	76.005,00
Consulta odontológica	Atendimento	336	97,11	135,40	255,33	32.628,96	45.494,40	85.790,88
						662.145,96	953.087,40	1.248.719,88
3. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)								
Agencia Transfusional	Bolsa transfundidas	1.135	202,24	300,02	397,00	229.566,56	340.558,54	450.642,42
Eletrocardiograma	Exame	660	12,03	19,35	25,62	7.939,80	12.771,00	16.909,20
Endoscopia	Exame	360	238,25	314,90	796,95	85.770,00	113.364,00	287.622,00
Colonoscopia	Exame	120	139,40	246,70	322,10	16.728,00	29.604,00	38.652,00
CPRE	Exame	120	238,25	314,90	798,95	28.590,00	37.788,00	95.874,00
Fisioterapia	Sessão	15.488	14,30	22,00	48,10	221.478,60	340.736,31	744.973,48
Psicologia	Sessão	11.741	25,20	41,40	68,10	295.880,94	486.090,12	799.583,02
Fonoaudiologia	Sessão	1.252	22,60	32,10	48,10	28.286,42	40.176,73	60.202,51
Odontologia	Atendimento	1.697	97,11	135,40	255,33	164.821,01	229.809,13	433.361,64
Hemodiálise	Sessão	60	217,40	326,70	604,20	13.044,00	19.602,00	36.252,00
Ultrassonografia	Exame	400	23,19	58,07	87,84	9.276,00	23.228,00	35.136,00
Ultrassonografia / Doppler	Exame	240	79,20	104,00	115,30	19.008,00	24.960,00	27.672,00
Raios X	Exame	2.000	33,80	50,83	61,62	67.600,00	101.660,00	123.240,00
Tomografia	Exame	900	33,80	50,83	61,62	30.420,00	45.747,00	55.458,00
Análises Clínicas	Exame	54.396	6,00	8,50	11,90	326.378,00	462.368,83	647.316,36
Ressonância Magnética	Exame	500	332,36	347,07	354,51	166.180,00	173.535,00	177.255,00
Hemodinâmica	Sessão	126	2.336,40	2.559,60	3.014,10	294.386,40	322.509,60	379.776,60
						2.005.353,73	2.804.508,26	4.409.926,24
TOTAL S/ FIPE						18.903.237,55	21.248.273,63	27.642.658,26
FIPE SAUDE ACUM. 2020 (JAN-DEZ) EM 3,32 %						627.587,49	705.442,68	917.736,25
TOTAL C/ FIPE						19.530.825,04	21.953.716,31	28.560.394,51
OBSERVAÇÕES								
1 Indice FIPE SAUDE (fonte: (https://www.strategyconsultoria.com.br/index.php?p=indicadores.php&G=1) acessado em 06.09.2021)								

Referência Bibliográfica:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

ANEXO Nº V

SISTEMA DE REPASSE - HUGO/2022 - SUPER- 03082

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO):**

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia

a.e) Internações em leitos de UTI adulto

004972

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

1.4. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

2.1. Caso ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 426/2021** ou outra norma vigente.

2.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

2.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I (000026123836), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R$21.953.716,31 (vinte e um milhões, novecentos e cinquenta e três mil setecentos e dezesseis reais e trinta e um centavos)**, no percentil P50.

3.2. O montante global a ser repassado é de **R$131.722.297,86 (cento e trinta e um milhões, setecentos e vinte e dois mil duzentos e noventa e sete reais e oitenta e seis centavos),** para os 180 (cento e oitenta) dias da vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

3.3. Do montante estimado mensalmente, a **parte fixa, 90% (noventa por cento),** corresponde ao valor de **R$19.758.344,68 (dezenove milhões, setecentos e cinquenta e oito mil trezentos e quarenta e quatro reais e sessenta e oito centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 1:**

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	**PORCENTAGEM (%)**
Unidade de Internação	42

004973

Unidades de Terapia intensiva	17
Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais	10
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada	5
Atendimento Ambulatorial - SADT Externo	18
Leito Dia	8
TOTAL	

3.4. Do montante estimado mensalmente, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R$2.195.371,63 (dois milhões, cento e noventa e cinco mil trezentos e setenta e um reais e sessenta e três centavos),** sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000026797014).

3.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio,** podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).**

3.7. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).**

3.8. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

3.9. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

3.10. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

3.11. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.12. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

3.13. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

3.14. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

3.15. A cada período de 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.16. A cada 03 (três) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas** pelo PARCEIRO PRIVADO, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

004974

3.17. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

3.18. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

3.19. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.20. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.**

3.21. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

3.22. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

3.23. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

3.24. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

4.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I -*Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do* **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000026123836) e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II, deste Anexo Técnico V.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Unidades de Internação – Clínicas **Peso 42%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Unidades de Terapia Intensiva - UTI **Peso 17%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do	70% do orçamento destinado aos

0004975

	volume contratado	atendimentos
Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais **Peso 10%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada **Peso 5%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas e multiprofissionais
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas e multiprofissionais
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas e multiprofissionais
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas e multiprofissionais
SADT Externo **Peso 18%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado exames / procedimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado exames / procedimentos
Leito Dia **Peso 8%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

5.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL** ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

004976

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= Valor da Meta.

5.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

5.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Tabela 3 - Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

5.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

5.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

004977

Tabela 4 - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
9 a 10 pontos	100%
9 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

ANEXO – VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010054419, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão emergencial e antes do início da gestão no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Av. 31 de março, s/nº, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), somente podendo remanejá-los com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

0047978

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos.

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento, independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

004979

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO – VII

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto estadual nº 9.898/2021 c/c art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

INSTITUTO CEM - CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010054419, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, onde funciona o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Av. 31 de março, s/nº, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

004980

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder a vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 39/2022-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

004981

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira, Usuário Externo**, em 16/05/2022, às 16:26, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA, Secretário (a) de Estado**, em 17/05/2022, às 06:33, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000030098399** e o código CRC **66E9E5C6**.

Referência: Processo nº 202100010054419

SEI 000030098399

004982

U04983



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

ANEXO – ESTRUTURA DIREÇÃO

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

Santa Helena de Goiás -2023

ANEXO – Estrutura e experiência da Diretoria

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

004983

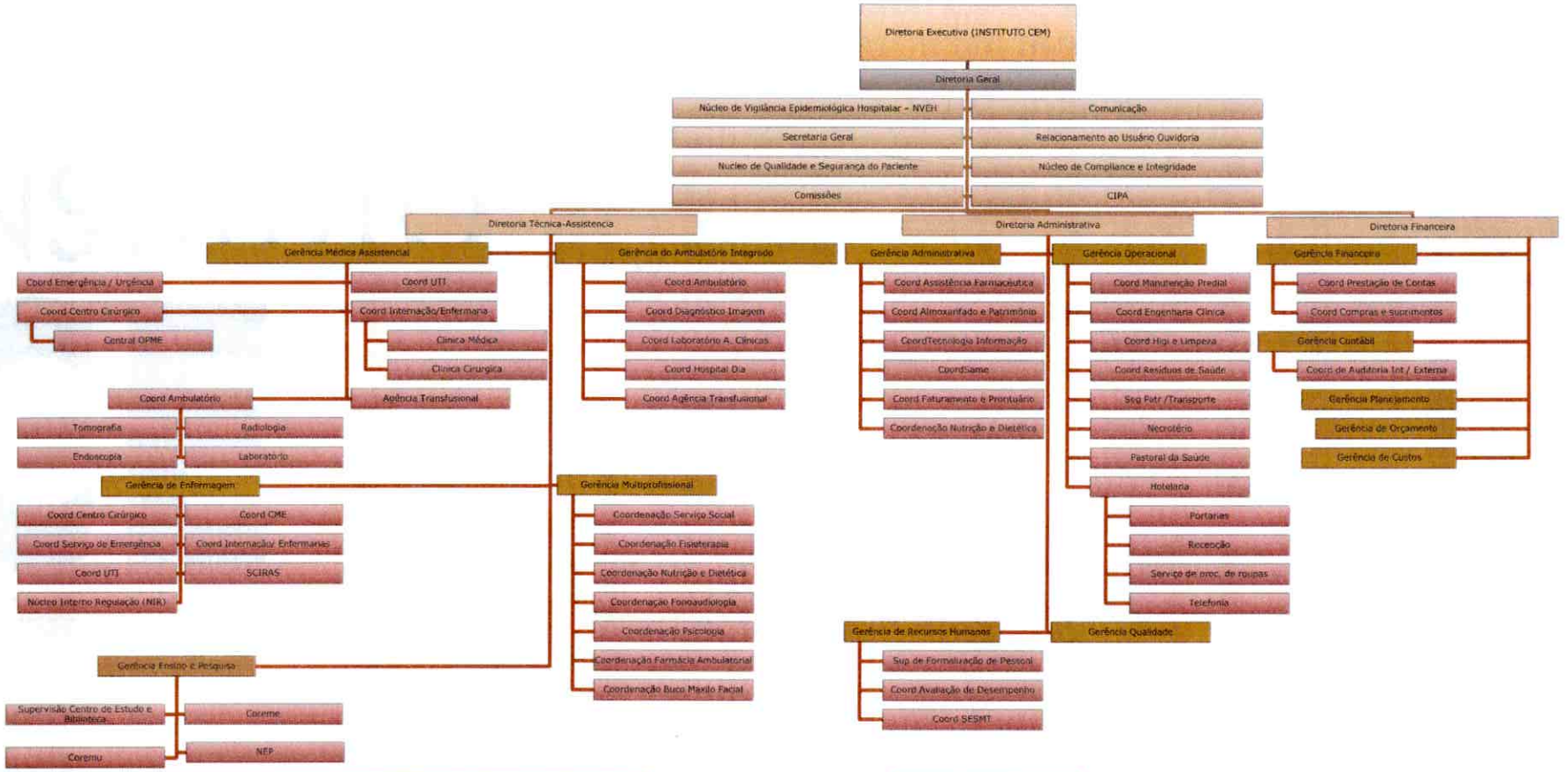
1 Estrutura e experiência da Diretoria

1.1 Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

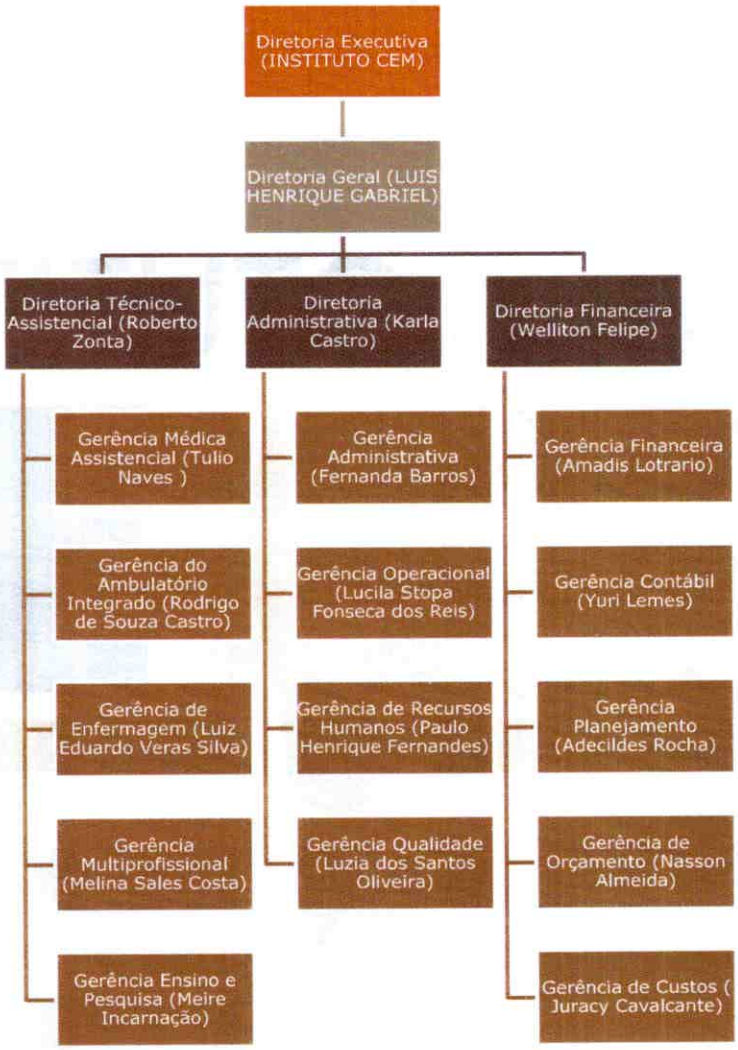
Em observância ao disposto no Instrumento de Chamamento nº 04/2023, encontra-se descrito organograma com a estrutura diretiva proposta para gestão do hospital, onde a estrutura mais elevada desempenha a função de **Diretoria Geral**, apoiado por diretores de área, a saber: **Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira,** onde cada Diretoria está estruturada a fim de melhor atender as necessidades específicas de cada uma, apoiada pelas Gerências e Coordenações.

004984

Estrutura e experiência da Diretoria



Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

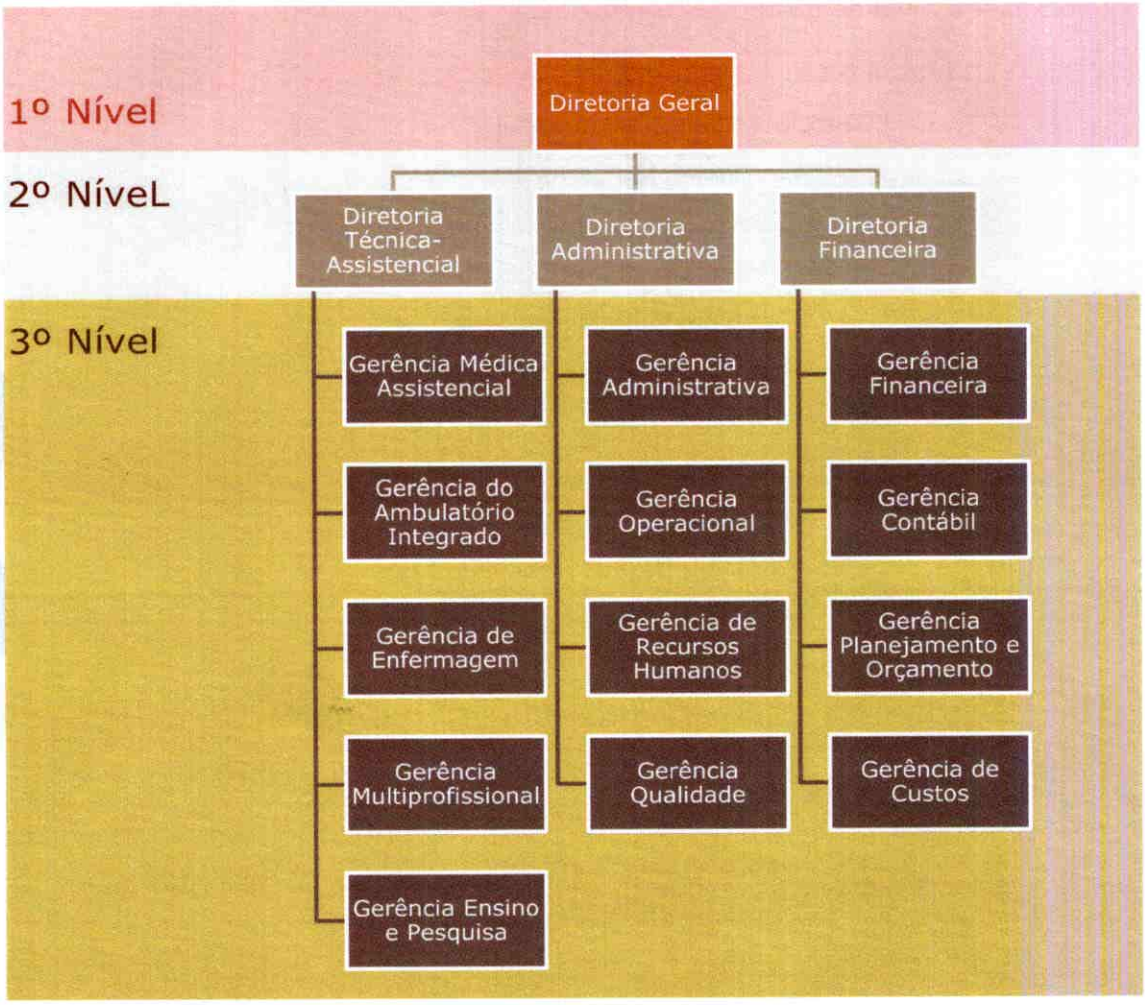

Diretoria Executiva (INSTITUTO CEM)
Diretoria Geral (LUIS HENRIQUE GABRIEL)
Diretoria Técnico-Assistencial (Roberto Zonta)
Diretoria Administrativa (Karla Castro)
Diretoria Financeira (Welliton Felipe)
Gerência Médica Assistencial (Tulio Naves)
Gerência do Ambulatório Integrado (Rodrigo de Souza Castro)
Gerência de Enfermagem (Luiz Eduardo Veras Silva)
Gerência Multiprofissional (Melina Sales Costa)
Gerência Ensino e Pesquisa (Meire Incarnação)
Gerência Administrativa (Fernanda Barros)
Gerência Operacional (Lucila Stopa Fonseca dos Reis)
Gerência de Recursos Humanos (Paulo Henrique Fernandes)
Gerência Qualidade (Luzia dos Santos Oliveira)
Gerência Financeira (Amadis Lotrario)
Gerência Contábil (Yuri Lemes)
Gerência Planejamento (Adecildes Rocha)
Gerência de Orçamento (Nasson Almeida)
Gerência de Custos (Juracy Cavalcante)

004986

1.1.1.1 Definição De Competências De Cada Membro Do Corpo Diretivo



004987



Em observância ao disposto no Instrumento de Chamamento nº 04/2023, encontra-se descrito a estrutura diretiva proposta para gestão do hospital até o terceiro nível hierárquico organizacional.

De conformidade com o organograma, propõe-se a estrutura diretiva já estabelecida pela configuração em três níveis, onde a estrutura mais elevada desempenha a função de **Diretoria Geral**, apoiado por diretores de área, a saber: **Diretoria Técnica**

Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, onde cada Diretoria está estruturada a fim de melhor atender as necessidades específicas de cada uma, possuindo o terceiro nível de gestão, as Gerências.

- Diretoria Geral
  - Diretoria Técnica-Assistencial
    - Gerência Médica Assistencial
    - Gerência do Ambulatório Integrado
    - Gerência de Enfermagem
    - Gerência Multiprofissional
    - Gerência Ensino e Pesquisa
  - Diretoria Administrativa
    - Gerência Administrativa
    - Gerência Operacional
    - Gerência de Recursos Humanos
    - Gerência Qualidade
  - Diretoria Financeira
    - Gerência Financeira
    - Gerência Contábil
    - Gerência Planejamento
    - Gerência de Orçamento
    - Gerência de Custos

1º NÍVEL

DIRETORIA GERAL, COMPETE:

- Organizar e Administrar toda estrutura Hospitalar.
- Gerenciar e controlar as atividades do hospital, visando à eficiência da assistência.
- Atuar no planejamento estratégico da organização e no gerenciamento do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS

004989

MACHADO - HERSO.

- Manter a infraestrutura do espaço físico, determinando o melhor uso para ele.
- Planejar, dirigir e responder pela gestão dos serviços de atendimento realizados no Hospital.
- Estabelecer através das unidades integrantes da Diretoria, as atividades relacionadas com assistência hospitalar, recursos humanos, financeiro, contabilidade e serviços administrativos em geral.
- Assegurar condições de atendimento no Hospital, sem prejuízo da apuração penal ou civil, assim como junto ao Centro de Vigilância Sanitária do Estado, dispondo para isso dos meios adequados para o exercício desta gestão.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Dirigir, supervisionar e controlar a operacionalização dos serviços realizados no hospital, a fim de que o hospital atinja a sua finalidade, ministrando um atendimento eficiente a todos os cidadãos.
- Propor e viabilizar programas e cumprimento de metas para o desenvolvimento da Unidade, opinando sobre a melhoria da funcionalidade das instalações existentes e sobre as linhas de serviços referente ao atendimento do paciente.
- Estabelecer rotinas para o bom funcionamento do hospital e eficiência operacional, administrativa e financeira
- Controlar quadro de servidores lotados em sua unidade hospitalar,
- Elaborar relatórios técnicos e emitir pareceres em assuntos de natureza administrativa
- Promover e zelar pela qualidade do atendimento e dos serviços produzidos no Hospital.
- Analisar e propor a aplicação de novos métodos e sistemas de trabalho, bem como fiscalizar o cumprimento e resultados obtidos.
- Convocar reuniões periódicas com os Diretores e Gerentes subordinados, com vistas à discussão de assuntos técnicos e administrativos das áreas e o

estabelecimento de planos e normas de modo a prestar adequado padrão de atendimento e resolutividade dos mesmos, analisando e avaliando a qualidade dos serviços prestados ao usuário da Instituição.

- Avaliar e acompanhar desempenhos funcionais
- Coordenar e orientar, junto à área de Recursos Humanos, a execução do programa de treinamento da equipe sob sua subordinação, com o objetivo de promover o aprimoramento profissional, tanto tecnicamente como no atendimento ao usuário.
- Assessorar a Diretoria Executiva do Instituto CEM na formulação, estabelecimento e implementação das diretrizes e política de funcionamento dos serviços prestados e da Unidade, objetivando um atendimento de qualidade, adequado e diferenciado ao usuário.
- Propor à Diretoria Executiva do Instituto CEM o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e o planejamento da implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos da Instituição.
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do Corpo Diretivo do INSTITUTO CEM. Cumprir e fazer cumprir as normas do Regimento Interno.
- Elaborar e submeter à apreciação da Comissão de Avaliação de Contrato de Gestão da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e outros a quem ela determinar, os relatórios e informações preconizados no Contrato de Gestão.
- coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria do Serviço de Pronto Socorro, Diretoria do Ambulatório Integrado e Gerência de Enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
- coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos:

    a. Comissão de Ética Médica

    b. Comissão de Ética em Enfermagem

c. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
d. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA
e. Comissão de Documentação Médica e Estatística
f. Comissão de Farmácia e Terapêutica
g. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde
h. Comitê Transfusional
i. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar
j. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)
k. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
l. Comissão Interna de Qualidade
m. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários
n. Comissão de Verificação de Óbitos
o. Comissão de Residência Médica(COREME)
p. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho
q. Comissão de Residência Multiprofissional(COREMU)
r. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
s. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)
t. Comissão de Proteção Radiológica
u. Comissão de Biossegurança
v. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde
w. Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele
x. Núcleo Interno de Regulação (NIR)

y. Comissão de Acidentes com Material Biológico(CAMB)

z. Comitê de investigação do óbito materno e infantil

aa. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes –CIHDOTT

bb. Comitê de Compliance

2º. NÍVEL

DIRETORIA TÉCNICA - ASSISTENCIAL, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Geral

- Dirigir e coordenar o Corpo Clínico e supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Unidade.
- Assumir a responsabilidade técnica da Unidade e representá-lo junto às autoridades, conforme a legislação.
- Tomar ciência e desencadear as medidas para implantações das recomendações emanadas dos Órgãos do Corpo Clínico, da Legislação e das Entidades Médicas.
- Planejar, organizar e dirigir administrativamente as clínicas, serviços e unidades do hospital, determinando a destinação de recursos físicos, financeiros e humanos, assegurando condições dignas de trabalho para melhorar o desempenho do corpo clínico, em benefício dos pacientes usuários da instituição.
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.
- Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Dirigir e coordenar as atividades médicas do Corpo Clínico da Unidade, zelando pela garantia do exercício da medicina, no atendimento aos pacientes.
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica desenvolvidas no Hospital, envolvendo as condições materiais e humanas para a prestação dos

004993

serviços.

- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento do Corpo Clínico.
- Contribuir para o desempenho profissional adequado dos médicos do Corpo Clínico da Instituição.
- Promover e colaborar com o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição.
- Promover e estimular o ensino e a produção científica dentro da Instituição.
- Colaborar com a administração da Unidade visando à melhoria da assistência prestada aos pacientes.
- Pautar sua atuação em obediência ao Código de Ética Médica, aos Estatutos, ao Regimento do Corpo Clínico e ao Regimento Interno da Unidade.
- cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;
- planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:
    - Gerência Assistencial
        - Coordenação do Centro Cirúrgico
            - Central OPME
        - Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva
        - Coordenação do Pronto Socorro
        - Coordenação Internação/Enfermaria
            - Clinica Médica
            - Clinica Cirurgica
            - Obstetricia
            - Pediatria

904994

- Núcleo Interno de Regulação (NIR)
- Gerência do Ambulatório Integrado
  - Coordenação do Ambulatório
  - Coordenação Diagnóstico Imagem
  - Coordenação Laboratório A. Clínicas
  - Coordenação Hospital Dia
  - Coordenação Ag Transfusional
- Gerência de Enfermagem
  - Coordenação do Ambulatório
  - Coordenação do Centro Cirúrgico
  - Coordenação da CME
  - Coordenação do Laboratório de Análises Clínicas
  - Coordenação do Serviço de Pronto Socorro
  - Coordenação Internação/Enfermarias
  - Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva
- Gerência Multiprofissional
  - Coordenação Serviço Social
  - Coordenação Fisioterapia
  - Coordenação Nutrição e Dietética
  - CoordenaçãoTerapia Ocupacional
  - Coordenação Psicologia
  - Coordenação Especialidades Médicas
    - Trauma/Ortopedia

004995

- Ginecologia /Obstetricia
- Pediatria
- Clínica Médica
- Clínica Cirurgica
- Otorrinolaringologia
- Urologia

- coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- estabelecer, junto aos Coordenadores e Supervisores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços do hospital que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
- estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina, Conselho Federal e Regional de Nutrição; Conselho Federal e Regional de Farmácia e

30/4996

Bioquímica e Conselho Federal e Regional de Serviço Social.

DIRETORIA ADMINISTRATIVA, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Geral

- Ter visão estratégica, ter coerência e conhecimento dos processos, visão integral das partes e do todo para ser possível conduzir e alcançar todos os resultados do planejamento;
- Ter habilidades Analíticas, estar apto a desenvolver a capacidade empreendedora, analítica e sistêmica através do planejamento integrado dos diferentes serviços com uso de tecnologias adequadas;
- Ter capacidade de liderar e inspirar pessoas – o executivo deve conhecer as potencialidades de sua equipe e seus talentos, de modo que, por meio do seu conhecimento e suas competências, possa potencializar e melhor aproveitar as habilidades do grupo;
- Ter Criatividade e Comunicação, pois em determinados momentos os problemas não serão resolvidos de maneira convencional. E para isso, devem ser eficazes como oradores de maneira a expor os seus pontos de forma clara e transmitir mensagens escritas;
- Observar e empenhar na transformação e aproveitamento dos conhecimentos, habilidades e aptidões das pessoas para fazer se fazer uma boa gestão;
- Aplicar seu conhecimento técnico da administração para coordenar, chefiar ou supervisionar os diversos serviços de saúde;
- Ser ético e íntegro em relação aos seus valores e ter capacidade em difundir seu conhecimento aos demais colaboradores, praticando sempre o autodesenvolvimento e o desenvolvimento dos colaboradores.
- Coordenar e executar, através das equipes específicas, as atividades relacionadas com, RH, ouvidoria, hotelaria, manutenção, compras e TI, almoxarifado, controle patrimonial.

004997

- Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência.
- Coordenar e controlar as atividades da área de informática zelando para a eficiência e segurança das informações geradas e armazenadas.
- Apresentar ao Diretor-Geral, até o final do primeiro mês de cada ano, relatório das atividades da diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente
- Autorizar, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoal e propor contratação e desligamento de acordo com a legislação vigente.
- Assinar folhas de pagamento de serviços extraordinários dos colaboradores médicos e técnicos da equipe de retaguarda das unidades assistenciais de saúde.
- Delegar atribuições aos responsáveis pelos serviços ligados à sua gerência e definir normas e determinações de serviços, no âmbito administrativo.
- Fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal administrativo, bem como executar estratégias para treinamento dos colaboradores.
- Determinar e controlar demais serviços de acordo com o organograma.
- Coordenar atividades correlatas

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades da área administrativa em geral, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com os demais Gestores, e em rigorosa obediência às decisões fixadas pela Diretoria Geral e Diretoria Executiva do Instituto CEM.
- Participar, juntamente com o Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos relacionados com a Unidade.
- Formular, incrementar, controlar e avaliar, as ações e os serviços relacionados à sua área de atuação, observando os princípios da moralidade, transparência, impessoalidade, legalidade e eficiência.

904998

- Assistir o Diretor Geral, em assuntos administrativos relacionados com os objetivos da Unidade;.
- Propor à Diretoria Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e o planejamento da implantação de sistemas funcionais e gerenciais da Instituição através de TI.
- Submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros.
- Outras atividades afins.

Principais funções:

- Determinar o número de especialistas, médicos, enfermeiros e demais profissionais, de acordo com as demandas da população;
- Controlar a manutenção dos equipamentos;
- Administrar o estoque de materiais, lidando com a compra deles;
- Garantir a higiene e o correto descarte do lixo hospitalar;
- Evitar falhas na comunicação;
- Diminuir gastos e despesas, buscando reduzir os custos de produção;
- Administrar situações de crise;
- Determinar metodologias de trabalho e processos;
- Acompanhar os dados do Serviço de Atendimento a Clientes (SAC) para propor melhorias baseadas nas críticas e reclamações feitas por pacientes;
- Gerenciar os serviços oferecidos por meio de feedbacks de funcionários e trabalhar em melhorias;
- Acompanhar o fluxo de processos recomendados por órgãos de acreditação hospitalar;
- Estabelecer manutenções preventivas em equipamento e maquinários.

004999

DIRETORIA FINANCEIRA, COMPETE

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Geral

- A Diretoria Financeira compete gerenciar os departamentos contábeis e financeiros, desenvolvendo normas internas, processos e procedimentos de finanças.

Principais Atividades:

- Supervisionar toda parte das funções de suporte administrativo e financeiro.
- Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades financeiras da empresa,
- Fixar políticas de ação acompanhando seu desenvolvimento, para assegurar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos,
- Realizar o gerenciamento completo da área administrativa e financeira da empresa, contemplando as atividades de planejamento financeiro, contas a pagar e conta a receber, cobrança, gestão do patrimônio da empresa, compras administrativas, gerenciamento das atividades de recursos humanos, gerenciamento das atividades de tecnologia da informação, coordenar as atividades da tesouraria e da controladoria,
- Planejar, analisar e acompanhar as execuções orçamentárias, de custo e estudos econômico-financeiros,
- Executar o faturamento dos serviços prestados e controlar o recebimento das verbas orçamentarias ou extraordinárias, prestando contas conforme definido no contrato de gestão e a diretoria-geral.
- Gerir as áreas contábil, financeira e fiscal, realizar análise e apuração de impostos,
- Acompanhar rotinas fiscais, contábil, obrigações trabalhistas e previdenciárias,
- Manter relacionamento com bancos e execução das operações financeiras,
- Dar suporte às áreas de negócios, com a criação e análise de relatórios gerenciais e indicadores de performance, realizar estudos de viabilidade econômica para novos projetos e produtos, mantendo interação com o departamento jurídico

005050

- Apresentar à Diretoria Geral, para apreciação e encaminhamento, os resultados financeiros devidamente contabilizados.
- Encaminhar anualmente, através da Diretoria Geral, o balanço bem como os demais demonstrativos financeiros e contábeis, para a Gestão Superior do INSTITUTO CEM.

3º NÍVEL

DIRETORIA TÉCNICA - ASSISTENCIAL

GERÊNCIA MÉDICA ASSISTENCIAL, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Técnica-Assistencial

- Planejar, organizar, normatizar, dirigir, supervisionar e avaliar todas as atividades de MÉDICAS da Unidade, tanto na área de assistência ao paciente como nas demais atividades nas quais há atuação, tais como: cuidado ao paciente, atividades científicas, treinamentos, seleção, capacitação, pesquisas, programas de qualidade, etc.
- gerenciar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados a todos os pacientes, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- A Gerência assistencial será subordinada à Diretoria Técnico Assistencial e será o órgão que representará a operação Médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

- Gerência Médica Assistencial
    - Coordenação do Centro Cirúrgico
        - Central OPME
    - Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva

005001

- Coordenação do Pronto Socorro
- Coordenação Internação/Enfermaria
  - Clinica Médica
  - Clinica Cirurgica
  - Obstetricia
  - Pediatria
- Núcleo Interno de Regulação (NIR)

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

I. Observar e seguir o presente Regimento e o Regulamento do Corpo Clínico;

II. participar de Comissões para as quais foram escolhidos;

III. Zelar pela perfeita ordem e preencher com letra legível os prontuários dos pacientes, bem como os impressos exigidos pela legislação vigente e as normas do Hospital, prescrevendo e assinando pessoalmente, não se admitindo prescrições por telefone;

IV. Seguir a padronização de materiais e medicamentos existente no Hospital;

V. Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional, as funções administrativas e as atribuições das chefias fixadas neste Regimento;

VI. Manter atualizado seu registro no conselho de classe;

VII. Fazer cumprir com o código de ética médica.

GERÊNCIA DO AMBULATÓRIO INTEGRADO, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Técnica-Assistencial

- P
- A Gerência do Ambulatório Integrado será subordinada à Diretoria Técnico - Assistencial e será o órgão que representará a operação Médica no hospital para ambulatório, diagnostico, analsies clincias hospital dia e agencia transfusional. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:
  a. Coordenação do Ambulatório

b. Coordenação Diagnóstico Imagem

c. Coordenação Laboratório A. Clínicas

d. Coordenação Hospital Dia

e. Coordenação Agência Transfusional

- planejar, organizar, normatizar, dirigir, supervisionar e avaliar todas as atividades de MÉDICAS da Unidade, tanto na área de assistência ao paciente como nas demais atividades nas quais há atuação, tais como: cuidado ao paciente, atividades científicas, treinamentos, seleção, capacitação, pesquisas, programas de qualidade, etc.
- gerenciar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados a todos os pacientes, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das Coordenações : Coordenação do Ambulatório, Coordenação Diagnóstico Imagem, Coordenação Laboratório Análises. Clínicas, Coordenação Hospital Dia e Coordenação Agência Transfusional

III. estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e Supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;

IV. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

V. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação de Odontologia, Coordenação Multidisciplinar, Coordenação de Fisioterapia (Supervisão de Fisioterapia Hospitalar) e Supervisão Administrativa;

VI. proporcionar ao SAME, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística, jurídicos e outros;

VII. desenvolver ações de saúde pública e colaborar com programas de medicina comunitária;

VIII. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

IX. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

X. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XIII. manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Técnica-Assistencial

- Planejar, organizar, normatizar, dirigir, supervisionar e avaliar todas as atividades de enfermagem da Unidade, tanto na área de assistência ao paciente como nas demais atividades nas quais há atuação de profissionais da enfermagem, tais como: cuidado ao paciente, atividades científicas, treinamentos, seleção, capacitação, pesquisas, programas de qualidade, etc.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Planejar, organizar, dirigir e avaliar o Serviço de Enfermagem.
- Organizar, orientar, supervisionar e avaliar as atividades de enfermagem.
- Definir quadro de pessoal necessário para o adequado funcionamento de cada serviço de enfermagem.
- Definir as atribuições do pessoal de enfermagem.
- Distribuir os Enfermeiros e Técnicos de enfermagem de acordo com suas atribuições.
- Participar do processo de seleção do pessoal de enfermagem.
- Realizar avaliações de desempenho dos profissionais de enfermagem, em conjunto com os coordenadores de áreas.
- Elaborar escala de férias anuais dos profissionais de enfermagem, em conjunto com

005004

os coordenadores de áreas.

- Definir o regime de trabalho mais adequado para as necessidades da Unidade, de acordo com a legislação vigente.
- Elaborar normas e rotinas para o serviço de enfermagem.
- Promover e colaborar com o aperfeiçoamento técnico do corpo de enfermagem, com vistas à qualificação do cuidado.
- Cooperar no planejamento, implementação, avaliação dos programas de educação em serviço, específicos de enfermagem e de outras áreas
- Desenvolver atividades de estudos e pesquisas em assuntos de enfermagem.
- Promover e assegurar condições necessárias para os profissionais de enfermagem desempenhar com qualidade suas funções.
- Promover reuniões periódicas com a equipe de enfermagem.
- Apresentar relatório periódico, das atividades da Coordenação de Enfermagem à Diretoria Técnica.
- Representar junto à administração e outros órgão oficiais, a Coordenação da Enfermagem, quando solicitado.
- Responder perante o Conselho Regional de Enfermagem, seção Goiás, pelo cumprimento dos princípios éticos de enfermagem, na Instituição.
- Cumprir e fazer cumprir normas e regulamentos da Unidade.

Compete:

I. Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Diretoria Técnica-Assistencial do hospital;

II. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas pelas seguintes áreas: Unidade de Internação; UTI's; Unidade de Urgência e Emergência; Unidade Ambulatorial/SADT; Centro Cirúrgico; Agencia Transfusional/banco de sangue; Qualidade e Segurança do Paciente.

III. Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;

IV. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a

lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;

V. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;

VI. Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade do hospital;

VII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX. Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro/técnico de enfermagem;

X. Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;

XI. Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;

XII. Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;

XIII. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XIV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XV. Manter contato com a Direção Geral e diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVI. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem;

XVII. Representar a instituição hospitalar junto ás órgãos competentes sempre que lhe for solicitado pela Diretoria Geral e Diretoria Técnica;

XVIII. Responder aos serviços de comunicação, interna e externa, sempre em questões relativas a assistência da enfermagem do hospital;

XIX. Exercer outras atribuições que lhe forem solicitada pela SES e/ou gestor do contrato sempre em observância da lei vigente.

Parágrafo Único - a função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

GERÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Técnica-Assistencial

- Planejar, organizar, normatizar, dirigir, supervisionar e avaliar todas as atividades de PACIENTES da Unidade, tanto na área de assistência ambulatorial, o paciente como nas demais atividades nas quais há atuação de profissionais da

enfermagem, tais como: cuidado ao paciente, atividades científicas, treinamentos, seleção, capacitação, pesquisas, programas de qualidade, etc.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes ambulatoriais, visando um melhor nível de assistência;

II. prestar assistência ambulatorial nas áreas médica, psicológica, nutricional, enfermagem e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. organizar e normatizar o atendimento ambulatorial dos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas;

V. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

VIII. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XI. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

XII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

XIII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

XV. manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

005007

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Técnica-Assistencial

- Planejar, organizar, normatizar, dirigir, supervisionar e avaliar todas as atividades de Ensino da Unidade, tem a responsabilidade de gerar e disseminar o conhecimento, qualificar de novos profissionais e prover um ambiente que favoreça a atração e retenção de talentos. O papel de ator no avanço da assistência, capaz de criar, testar, criticar, melhorar, e só então implantar novas drogas ou novas tecnologias.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

I Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das atividades de Ensino, visando um melhor nível de assistência;

III fazer registro diário dos serviços prestados;

IV organizar e normatizar o atendimento ambulatorial dos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas;

V preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VI Criar condições materiais e institucionais, para que possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população

VII proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VIII coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

IX coordenar e supervisionar todas as atividades da Equipe Multiprofissonal, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

X fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as

atividades técnicas e administrativas de sua área;

XI estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XIII colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

XIV desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

XV defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

XVII manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

Parágrafo Único – As atividades serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

GERÊNCIA ADMINISTRATIVA, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Administrativa

- Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de contratação, demissão, folgas, férias, substituição, planos de benefícios e demais processos, obedecendo determinações legais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;

I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

   a. Coordenação Assistência Farmacêutica

005009

b. Coordenação Almoxarifado

c. Coordenação Tecnologia da Informação

d. Coordenação Same/Faturamento

II. Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

III. Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

IV. Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

V. Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

GERÊNCIA OPERACIONAL, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Administrativa

- Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de contratação, demissão, folgas, férias, substituição, planos de benefícios e demais processos, obedecendo determinações legais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Manutenção Predial

b. Coordenação Engenharia Clínica

c. Coordenação Resíduos de Serv. de Saúde

d. Coordenação Lavanderia

e. Coordenação Higienização e Limpeza

005810

III. Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

IV. Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

V. Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

VI. Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

VII. Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos profissionais;

VIII. Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;

IX. Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

X. Propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos profissionais subordinados;

XI. Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

XII. Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

XIII. Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

XIV. Requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material

XVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XVII. As atividades da Gerente de Operações serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Administrativa

- Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de contratação, demissão,

folgas, férias, substituição, planos de benefícios e demais processos, obedecendo determinações legais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Manusear e adequar produtivamente recursos a partir da política – administrativa da Instituição.
- Apresentar pontualmente o registro, o protocolo e o arquivo de informações, mantendo-o atualizado.
- Desenvolver ações práticas, minimizando ou extenuando problemas relativos à procedimentos, avaliando os riscos e as oportunidades.
- Proceder a alterações e/ou implementar ações pautadas por estudo minucioso e embasamento técnico e legal.
- Observar a necessidade de atualização e quaisquer alterações necessárias quanto a remuneração funcional (mercado); remuneração por habilidades (segundo descrição de cargos) e remuneração indireta (benefícios).

INSTRUÇÃO:

Nível Superior.

DADOS CONFIDENCIAIS:

Informações registradas de caráter sigiloso, pertinente a recursos financeiros da Instituição e projetos implantados ou em curso.

ERROS:

Medidas administrativas equivocadas, armazenamento e manuseio inadequado de informações, previsão de recursos incompatíveis com a realidade da instituição.

CONTATOS:

- Internos: colaboradores da Instituição.
- Externos: pesquisas de campo em Organizações, Instituições de Ensino.

FORMAÇÃO ESCOLAR:

- Graduação em Administração ou Administração em Recursos Humanos ou Psicologia.
- Registro no Conselho da classe professional

CONHECIMENTOS TÉCNICOS:

- Administração Hospitalar e/ou de Sistemas de Saúde.
- Capacitação em ferramentas de RH

- Informática

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

- Mínimo de seis meses em chefia de serviços na área Hospitalar.
- Atuação como enfermeiro em Instituições de Saúde, por pelo seis meses.

ASPECTOS PESSOAIS PARA EXECUÇÃO DA FUNÇÃO:

- Dinamismo e iniciativa
- Habilidade na condução de equipes.
- Habilidade para relacionamento pessoal em diferentes níveis.
- Visão de planejamento estratégico e situacional.
- Visão de organização voltada para o geral e o detalhe.
- Iniciativa para administração de conflitos e solução de problemas.
- Emitir relatórios mensais das atividades desenvolvidas e enviar ao superior imediato para análise e posterior encaminhamento à Diretoria Geral da Unidade.
- Cumprir e zelar pelo cumprimento das normas, rotinas, regulamentos e dos Regimentos do Corpo Clínico e Interno do HURSO.
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do superior imediato.
- Habilidade em orientar e esclarecer.

GERENCIA QUALIDADE, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Administrativa

- Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de qualidade, obedecendo determinações legais.

- O Gerenciamento da qualidade tem como objetivo principal assegurar a qualidade das entregas do projeto de modo a satisfazer as necessidades das áreas do hospital, o que envolve todas as atividades do projeto por todo o seu ciclo de vida.

- Implantar, gerenciar, auditar os fundamentos e os processos necessários para não só otimizar seus processos conforme as melhores práticas de mercado, mas, também para aperfeiçoá-los de forma contínua.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção

administrativa do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas;

III. Implantar, gerenciar, auditar os fundamentos e os processos necessários para não só otimizar

IV. Gerenciar e Controlar os processos conforme as melhores práticas de mercado, mas, também para aperfeiçoá-los de forma contínua.

V. Planejar o gerenciamento da qualidade, cujo objetivo é identificar os requisitos e/ou padrões da qualidade do projeto e do produto, bem como documentar de que modo o projeto demonstrará a conformidade.

VI. Gerenciar a qualidade, onde será executado aquilo que foi detalhado no plano de gerenciamento da qualidade de modo a certificar que os padrões da qualidade e definições operacionais apropriadas estão sendo utilizados.

VII. Controlar a qualidade a execução do plano, com o intuito de monitorar e registrar os resultados da execução das atividades da qualidade para avaliar o desempenho e recomendar mudanças necessárias.

VIII. Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

IX. Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

X. Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

XI. Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

DIRETORIA FINANCEIRA

GERÊNCIA FINANCEIRA, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Financeira

- Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de contratação, demissão, folgas, férias, substituição, planos de benefícios e demais processos, obedecendo determinações legais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

005014

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

XII. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Prestação de Contas/control interno

b. Coordenação Compras/suprimentos

c. Tesouraria

XIII. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;

005015

GERÊNCIA CONTÁBIL, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Financeira

- Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de contratação, demissão, folgas, férias, substituição, planos de benefícios e demais processos, obedecendo determinações legais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Financeira

- Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações orcamentarias desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

II. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

III. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação de Custos

IV. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;

V. após um estudo da realidade e exame de perspectiva, sugerir definição de metas e prioridades para o planejamento da política de ação do Hospital;

VI. analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais do Hospital e sugerir medidas para um adequado funcionamento;

VII. elaborar planos, programas e projetos de trabalho do Hospital;

VIII. avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XI. estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;

XII. acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar, desenvolvido e implantado pelo Serviço de Apuração de Custo (Planisa);

XIII. controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer

informações aos diversos níveis hierárquicos do hospital, que servem para:

a. determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços do hospital;

b. auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento dasatividades; e a tomada de decisões.

XIV. avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços do hospital, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

XV. emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

XVI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e materia utilizado;

XVII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

GERÊNCIA DE CUSTOS, COMPETE:

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Financeira

- Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de c planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação de Custos

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

XIV. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação de Custos

XV. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;

XVI. após um estudo da realidade e exame de perspectiva, sugerir definição de metas e prioridades para o planejamento da política de ação do Hospital;

XVII. analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais do Hospital e sugerir medidas para um adequado funcionamento;

XVIII. elaborar planos, programas e projetos de trabalho do Hospital;

XIX. avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XXI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXII. estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;

XXIII. acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar, desenvolvido e implantado pelo Serviço de Apuração de Custo (Planisa);

XXIV. controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos do hospital, que servem para:

a. determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços do hospital;

b. auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento dasatividades; e a tomada de decisões.

XXV. avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços do hospital, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

XXVI. emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

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

XXVIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

1.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)

005019

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membrosda diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório deinteresse do titular**

005020

005021

Estrutura e experiência da Diretoria

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

KARLA CASTRO

005923



Dados Pessoais

Nome: Karla Azeredo Ramos de Ca stro
Data de Nascimento: 11/09/1966 **Sexo:** Feminino
Idade: 58 **Estado Civil:** Casada
Telefone: (62) 99955-7070
Endereço: Av. Pedro Alvares Cabral
E-mail: Qd.162A Lt 03 Condomínio Park Jaó
Bairro: Jaó
Cidade: Goiânia - GO / Brasil **CEP: 74674-080**

Dados Complementares

Cidade de Nascimento: Goiânia
Estado de Nascimento: GO
RG: 1615420 **Orgão:** SSP
Emissão UF: GO

Graduada em Ciências Contábeis pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO. Especialista em Gestão de Empresas pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Realizou cursos de Especialização em Gestão de Emergência no SUS, Administração Hospitalar e Liderança, além de outros cursos de qualificação profissional. Atualmente é gestora da governança hospitalar, atuante no Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo.

FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO

1986 – 1992: Graduação no Curso de Ciências Contábeis. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC
-GO, Goiânia, Brasil.

2002 – 2004: Especialização em Gestão de Empresas. Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO,Goiânia, Brasil.

2011 – 2013: Especialização Gestão de Emergência no SUS. Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, Brasil.

2013 – 2014: Pós Graduação em Administração Hospitalar. Faculdade Padrão, Goiânia, Brasil.

2019 – 2020: Liderança. IPOG, Goiânia, Brasil.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

005024

2004 – 2012: Secretaria de Estado da Saúde

Departamento de Orçamento PúblicoCargo: Analista Orçamentário
Principais atividades: indicação de recursos, análise de processos, verificação de fontes pagadoras.

Hospital de Urgências de Goiânia

Cargo: **Assessora da Diretoria Administrativa**
Principais atividades: redação oficial, controle de processos administrativos, gerenciamento administrativo.

Cargo: **Gestora do Departamento Financeiro**
Principais atividades: compras e abastecimento, controle orçamentário (observando o Orçamento Público).

Cargo: **Gestora da Divisão de Manutenção Predial de Equipamentos**
Principais atividades: Gerenciamento da manutenção do prédio, instalações e equipamentos; acompanhamento dos contratos de empresas que fazem manutenção da Unidade.

Cargo: **Gestora do Departamento de Recursos Humanos**
Principais atividades: criar mecanismos de motivação em toda a esfera de funcionários, objetivando a excelência na prestação de serviço e satisfação do cliente interno e externo.

Cargo: **Gestora do Fundo Rotativo**
Principais atividades: responsável pelo abastecimento na Unidade, e o orçamento público e finanças da mesma.

Cargo: **Diretora Administrativa do Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo /SES- GO**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos (prestação de serviços), Fundo Rotativo, Faturamento, dentre outros.

2012 – 2014: Instituto de Gestão em Saúde - Gerir

Cargo: **Diretora Administrativa do Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo /Gerir- OS**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos, faturamento, dentre outros.

2013 – 2021: CRER Centro de reabilitação e Readaptação Dr.Henrique Santillo

Cargo: Gestora Administrativa do Setor de Diagnóstico e Ambulatorial
Responsável por todo o bom acompanhamento/ controle de todos os processos administrativos existentes, sejam eles de contrato, apoio a política de desenvolvimento de atividades do serviço de imagem, responsável em elevar os níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados objetivando o resultado

085925

esperado, otimizar recursos evitando gastos desnecessários, reduzir ou corrigir as carências identificadas atendendo às necessidades do setor.

2021 – 2021: HMAP Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (6 meses)
Cargo: **Diretora Administrativa Operacional**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos, faturamento, dentre outros. responsável em elevar os níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados objetivando o resultado esperado, otimizar recursos evitando gastos desnecessários, reduzir ou corrigir as carências identificadas atendendo às necessidades dos setores, Contribuir parafomento de projetos consubstanciados na prática organizacional.

2021- Ataulmente - Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo

Cargo: Gerente da Governância Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Auxiliar na garantia das condições para a adequada higienização, limpeza e segurança da instituição, bem como prestar assistência na avaliação do nível de satisfação dos clientes, visando manter um ambiente agradável e seguro e manter os controles administrativos e indicadores da área, e sempre em atendimento o que preconiza em normas regulamentadoras, leis, decretos. Responde pelos setores: Diagnóstico, Higienização, Restaurante hospitalar, Engenharia Clinica e Predial, Recepção e Vigilância e Lavanderia.

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1995-1996: Instrumentação Cirúrgica. Serviço Social do Comércio, SESC, Goiânia, Brasil.

2011 – 2011: Excelência em Gestão Pública. Agência Goiana de Negócios Públicos, AGANP, Goiânia, Brasil.

2012 – 2012: Formação em Liderança. Agência Goiana de Negócios Públicos, AGANP, Goiânia, Brasil.

2013 – 2013: Negociação de Conflitos. Escola do Governo do Estado de Goiás, Brasil.

2018 – 2018: Como Ser Um Bom Líder. Escola do Governo do Estado de Goiás, Brasil.

005026

FACULDADE PADRÃO

www.faculdadepadrao.com.br
COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIDÃO

Certificamos que, Karla Azeredo Ramos de Castro, inscrito no CPF: 39740790178 e RG: 1615420-SSPGO, matrícula nº 11.S.3.AH.000080, concluiu nesta Instituição de Ensino Superior o Curso de Pós-Graduação(Lato-Sensu) em Administração Hospitalar, com 100% de freqüência

Informamos que o mesmo apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso, tendo resultado satisfatório.

Secretaria da Faculdade Padrão de Goiânia, Goiás, aos 05 de maio de 2014.

005927

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

O REITOR DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO PRESENTE O TERMO DE COLAÇÃO DE GRAU DE **BACHAREL** CONFERIDO EM 18 DE MARÇO 1993 A

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

NATURAL DE GOIÂNIA — ESTADO DE GOIÁS — BRASIL — C.I. Nº 1.615.420 — SSP/GO

NASCIDA A 11 DE SETEMBRO DE 1966, POR TER CONCLUÍDO O CURSO DE **CIÊNCIAS CONTÁBEIS** — RECONHECIDO PELO DECRETO Nº 38.044 DE 10/10/1955

EXPEDE-LHE O PRESENTE DIPLOMA PARA QUE POSSA GOZAR DE TODAS AS PRERROGATIVAS E DIREITOS CONCEDIDOS A ESTE TÍTULO PELAS LEIS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

VERITAS

IN SCIENTIA ET FIDE

GOIÂNIA, 30 DE AGOSTO DE 1993

REITOR

VICE-REITOR P/ ASSUNTOS ACADÊMICOS

DIPLOMADO

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

UNIVERSO

Reconhecida pela portaria Ministerial nº 1283 de 08/09/93 Publicada pelo D.O.U. de 09/09/93

POS-GRADUAÇAO LATO - SENSU

HISTORICO / CERTIFICADO

DADOS DO ALUNO

MATRICULA [illegible] KARLA AZEREDO R. DE CASTRO
DATA NASC [illegible]
CART. CENT [illegible]
FILIAÇÃO [illegible]
GRADUAÇÃO BACHAREL EM CIENCIAS CONTABEIS
ANO 1993 UNIVERSIDADE CATOLICA DE GOIAS

HISTÓRICO DO CURSO

CURSO GER. EMPRESARIAL
BASE LEGAL PAR 11 2001 CONSEPE RES 14 2001 CONSUN
REGISTRO NA UNIVERSIDADE 982544 LIVRO XI PÁGINA 43

NUMERO	DISCIPLINAS NOME	FREQUÊNCIA	MÉDIA	C.H.
0042	AS TEORIAS ADM.NO CONT.DAS ORG.MODERNAS MARLENE DE ALMEIDA GUIMARAES MESTRADO/EDUCACAO	100%	8,5	60
0043	GERENCIA POR OBJETIVOS MARLENE DE ALMEIDA GUIMARAES MESTRADO/EDUCACAO	100%	8.5	60
0008	METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	8,4	60
0018	METODOS E TECNICAS DE ESTUDO E PESQUISA MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	8,4	60
0044	SISTEMAS ADMINISTRATIVOS MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	9,5	90
0045	CONTABILIDADE APLICADA A ADMINISTRACAO MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	9.5	60
0046	ORG.E METODOS DE INSTRUMENTOS GERENCIAIS CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,0	90
0047	ANALISE ECONOMICA-FINANCEIRA CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,0	90
0048	PLANEJAMENTO E ORCAMENTO EMPRESRIAL CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,5	90
0049	GERENCIA DE CONTROLE FINANCEIRO CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9,5	60
0993	MONOGRAFIA A COMUNICACAO EMPRESARIAL E CLIENTE: O QUE FAZER PARA CONQUISTA-LO E MANTE-LO		10,0	

MÉDIA FINAL 9.1 TOTAL DE CARGA HORÁRIA 740

CERTIFICADO

O Reitor da **UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA - UNIVERSO**, no uso de suas atribuições, confere o presente CERTIFICADO de especialização a KARLA AZEREDO R. DE CASTRO por ter concluído com aproveitamento o CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO LATO - SENSU em GERENCIA EMPRESARIAL

UNIVERSO

REITOR
Marlene Salgado de Oliveira
Reitora

PRÓ-REITOR
JAÍNA DOS SANTOS MELLO FERREIRA
Pró-Reitora Acadêmica

Prof. Dustran Machado R. Junior
Diretor Geral
UNIVERSO - Goiânia

COORDENADOR

PARTICIPANTE

SECRETARIA
Vânia da Costa Martins
Secretária Geral

ESTE DOCUMENTO SÓ É VÁLIDO SEM RASURAS E COM ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

006029

FACULDADE PADRÃO

www.faculdadepadrao.com.br
COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIDÃO

Certificamos que, Karla Azeredo Ramos de Castro, inscrito no CPF: 39740790178 e RG: 1615420-SSPGO, matrícula nº 11.S.3.AH.000080, concluiu nesta Instituição de Ensino Superior o Curso de Pós-Graduação(Lato-Sensu) em Administração Hospitalar, com 100% de freqüência

Informamos que o mesmo apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso, tendo resultado satisfatório.

Secretaria da Faculdade Padrão de Goiânia, Goiás, aos 05 de maio de 2014.

AA Rosa

Alexandra Martins Rosa
Secretária
Faculdade Padrão
Portaria nº 016/2013

005030

ENAP Escola Nacional de Administração Pública

Certificado

A Escola Nacional de Administração Pública - ENAP e a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás - SECTEC, certificam que

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

concluiu o curso ***Melhoria da Gerência Pública,*** *realizado no período de 17/11/2009 a 30/11/2009, com carga horária de 40 (quarenta) horas, promovido pela ENAP em cooperação técnica nos termos do Convênio MTE/SPPE n° 011/2001 - ENAP.*

Brasília, DF, 07 de dezembro de 2009

Helena Kerr do Amaral
Presidente da ENAP

Joel Sant' Anna Braga Filho
Secretário de Estado
Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás

ENAP

1206001

PROADI-SUS SUS Ministério da Saúde Governo Federal HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que

Karla Azeredo Ramos de Castro

CPF nº 397.407.901-78 concluiu, conforme disposições do verso, o curso de **Pós-graduação Lato Sensu "Gestão de Emergências no SUS - GES"**, no período de 06 de junho de 2013 a 20 de março de 2014.

São Paulo, 30 de outubro de 2014.

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Superintendente de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Prof. Dr. Gilson Caleman
Coordenador do Curso

Karla Azeredo Ramos de Castro
Discente

220002

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

GERIR SUS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DE GOIÁS

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação e a pedido da parte interessada, que KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO, portadora do CPF 397.407.901-78, prestou serviços nesta Unidade Hospitalar, vinculada ao quadro de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde, sob os seguintes vínculos e datas como segue:

Vinculo	*Período*	*Lotação*
Comissionado	*01/08/2006 à 01/08/2011*	*Chefe DRH no período de 01/07/2009 a 31/07/2010 – Chefe Dep. Financeiro no período de 01/08/2010 a 25/11/2010 – e Diretora Administrativa a partir de 26/11/2010*
Comissionado	*01/12/2011 à 31/05/2012*	*Diretora Administrativa*
GERIR	*01/06/2012 à 21/01/2014*	*Diretora Administrativa*

Declaramos ainda, que não consta em nossos registros, nada que desabone sua conduta profissional.

Por ser verdade firmamos a presente.

Divisão de Administração de Pessoal do Hospital de Urgências de Goiânia, aos 07 dias de abril de 2014.

Erica Cândida Gonçalves
Administração de Pessoal

14.963.977/0001-19
Instituto de Gestão em Saúde - IGES
Rua 83 N [illegible]
CEP 74.093-140
GOIÂNIA-GO

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 14 de setembro de 2023

DECLARANTE: Karla Azeredo R. de Castro

RG: 1615420

CPF: 397.407.901-78

Assinatura:_____

005034

Estrutura e experiência da Diretoria

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

WELLITON FELIPE

005036

005037

Welliton Felipe da Silva Alves

Brasileiro, solteiro, 26 anos
AV Dois, 1000TP 6 AP 24
Bairro: Jardim Altos do Ipanema Sorocaba- SP CEP: 18000-001
Telefone: (15) 981023941 (14) 981093089
E-mail: welliton_95@hotmail.com

FORMAÇÃO

- Ciências Contábeis – Anhanguera
- Pós-graduação em Gestão Hospitalar – Instituto Educacional Martins- IEMAR

Qualificações e atividades complementares.

- **Certificado**: Gestão Financeira do Setor Público.
- **Certificado**: Palestra realizada no dia 27 de setembro de 2013 assunto abordado (Contabilidade para pequenas e médias empresas).
- **Certificado**: Palestra realizada no dia 25 de Outubro de 2013, assunto abordado (A contabilidade como instrumentos de Apoio na Gestão Empresarial

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.

- **2011-2012 – Thaís Fernanda Confecções** *Cargo*: Auxiliar Administrativo, *Principais atividades*: Controle administrativo/financeiro (Notas fiscais, notas de vendas, notas de compras)
- **2013- 2014 – Tecsis tecnologia e sistemas avençados S.A** Cargo: Operador nível 1
  Outras funções: Controle de processos administrativo, controle de qualidade do produto.
- **01/11/2014 - 31/03/2017 – Zd Auditoria. Cargo:** Auxiliar Contábil.
  Principais Atividades: lançamentos de documentos, conferencia de Balancetes, fechamento de Balanço, conhecimento em empresa de terceiro setor entre outros.
- **2017-2017 – Instituto de Gestão Pública - IGEP** *Cargo*: Financeiro / Prestação de Contas. *Principais atividades*: Prestação de Serviços Financeiros, sendo eles: Elaboração de toda documentação para Prestação de Contas, controle bancário e de contas, fluxo de caixa, cobrança e investimentos, emissão de relatórios e de contas a pagar e receber, lançamentos de cheques e organização de documentos, vinculado ao contrato de gestão celebrado entre o IGEP e o Município de Mairinque/SP.
- **2018-2018 – Zd Auditoria. Cargo: Contador CRC: 1SP328960**
- **2019 - 2022 – Instituto CEM. Cargo: Diretor Financeiro**

  Principais atividades: planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades financeiras da entidade, fixar pol íticas de ação acompanhando seu desenvolvimento, para assegurar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos, realizar o gerenciamento completo da área administrativa e financeira da empresa, conte mplando as atividades de planejamento financeiro, contas a pagar e conta a receber, cobrança, gestão do patrimônio da empresa, compras administrativas, gerenciamento das atividades de recursos humanos, ge renciamento das atividades de tecnologia da informação, coordenar as atividades da tesouraria e da cont roladoria, planejar, analisar e acompanhar as execuções orçamentárias, de custo e estudos econômico-fin anceiros, gerir as áreas contábil, financeira e fiscal, realizar análise e apuração de impostos, acompanhar r otinas fiscais, contábil, obrigações trabalhistas e previdenciárias, manter relacionamento com bancos e ex ecução das operações financeiras, incluindo câmbio, hedge e derivativos, dar suporte às áreas de negócio s, com a criação e análise de relatórios gerenciais e indicadores de performance, realizar estudos de viabil idade econômica para novos projetos e produtos, mantendo Interação com o departamento jurídico

005/038

Welliton Felipe da Silva Alves

005039

Iseed faved

Certificado

FACULDADE DO VALE ELVIRA DAYRELL

Portaria de credenciamento Nº 1.990 DE 19/12/2006 DOU 20/12/2006 Seção 1- p.47
SOCIEDADE DE ENSINO ELVIRA DAYRELL - SOED
CERTIFICADO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
Resolução CNE/CES nº 01, de 06/04/2018

O Diretor Geral em exercício e a Secretária Geral da Faculdade do Vale Elvira Dayrell, no uso de suas atribuições legais, certificam que **Welliton Felipe da Silva Alves**, RG – 36807233/SP, iniciou em 10 de outubro de 2021 e concluiu em 28 de abril de 2022, **Curso de Pós-Graduação, em nível de especialização, na Área da Saúde – Gestão Hospitalar**, com carga horária de 700 (Setecentas) horas/aula.

Virginópolis, 15 de maio de 2022.

Diego Mesquita de Miranda
Diretor Geral em Exercício

Welliton Felipe da Silva Alves
Acadêmico

Terezinha Pereira
Secretária Geral

Digitalizado com CamScanner

WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES

Disciplinas	Carga Horária	Frequência	Aproveitamento	Professores	Titulação
METODOLOGIA CIÊNTÍFICA	80 horas/aula	100%	100,0	ZENON RODRIGUEZ BATISTA	DOUTOR
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	80 horas/aula	100%	100,0	MARILIA CUNHA COSTA MULER	MESTRE
ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	90 horas/aula	100%	100,0	PRISCILA MARIA MESQUITA DE MIRANDA	ESECIALISTA
CONTROLADORIA HOSPITALAR	90 horas/aula	100%	100,0	JOSE MARIA DE ALMEIDA JUNIOR	ESPECIALISTA
GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	90 horas/aula	100%	100,0	JAIRO JOSE JUNIOR	MESTRE
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES	90 horas/aula	100%	100,0	RICARDO PEREIRA GOMES	ESPECIALISTA
GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	90 horas/aula	100%	100,0	MARILIA CUNHA COSTA MULER	ESPECIALISTA
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	90 horas/aula	100%	100,0	JOSE MARIA DE ALMEIDA JUNIOR	ESPECIALISTA

O curso cumpriu todas as disposições da resolução CNE/CES nº 01, de 06/04/2018. Registrado em livro de expedição de certificado do centro de pós-graduação da Faculdade do Vale Elvira Dayrel.

Registro: 9.034 Livro: 001 Página: 35

Data da Colação de Grau da Graduação: 07/11/2017.

Digitalizado com CamScanner

005041

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: WELLITON FELIPE SILVA ALVES

RG: 36.807.233
CPF: 436.895.948-55

Assinatura:_____

007042

005043

Estrutura e experiência da Diretoria

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

MELINA COSTA

005044

005045

MELINA MARIA SALES COSTA

Bacharel em Fisioterapia - UNIP (Bolsista). Especialista em Acupuntura - (UNISAÚDE/ CENTER FISIO). Formação em Reeducação Postural Global - (UNISAÚDE/ CENTER FISIO). MBA Executivo Gestão em Saúde pela IPOG (cursando). Tem experiência e vivência em coordenação e treinamento de equipes de trabalho. Habilidades em trabalhar em equipe e gestão de pessoas.

Nome : Melina Maria Sales Costa
Endereço: R. Sergipe, Setor Urias Magalhães - Goiânia-Goiás
Natural de São Paulo - SP, solteira, 37 anos.
e-mail: costamelina21@gmail.com
Telefone: (62) 984046260

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

2020 - 2021
Cargo Atual: Diretora - Geral de Unidade de Saúde Porte 2 - DAID-9 Empresa: CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA EM MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR - CREMIC/SAIS/SES/GO

2018 - 2019
Cargo: Gerente
Empresa: Espaço AME - Clínica de Estética

2016 - 2018
Cargo: Gerente
Empresa: Ludmilla Rabelo Estética Avançada

2011 - 2014
Cargo: fisioterapeuta
Empresa: Lux Laser - Depilação a Laser

2007 - 2010
Cargo: Supervisora
Empresa: Motivação Qualidade de Vida e Bem Estar - Ginástica

Laboral. **CAPACITAÇÕES:**

- Gestão de Qualidade, Auditoria e Acreditação Hospitalar
- Ética no Serviço Público - Escola de Governo
- Defesa do Usuário e Simplificação - Enap
- Desenvolvendo Times de Alta Performance - Enap

005046

- Gestão Pessoal - Base da Liderança - Enap
- Redação Oficial - Escola de Governo
- Formação Básica de Licitações - Escola de Governo
- SEI! Básico e Avançado - Escola de Governo
- Práticas Integrativas Complementares: Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, reiki, terapias com florais, auriculoterapia, aromaterapia, plantas medicinais.

CAPACITAÇÕES EM DERMATOFUNCIONAL:

- Treinamento aplicação de laser de epilação pela empresa Ibtlaser - 2019 - Manejo Fisioterapêutico nas complicações pós operatórias de cirurgias plásticas, Instituto Celulare, 2019
- Fibrose Zero, Angela Lange - 2019
- Moblização Tecidual Superficial e Taping em pré, intra e pós operatório, Juliana Botti, 2018
- Gerenciamento em estética pela, UEG 2017
- Procedimentos de skinbooster, técnicas de dermosustentação, lipoenzimática de papada, toxina botulinica e preenchimento com ácido hialuronico, Refference Treinamentos 2017 - Curso de capacitação técnica no Método Priscila Palazzo de criolipólise e técnicas associadas 2016
- Curso de capacitação em Biossegurança em Estética pela UEG 2015 - Curso de capacitação e técnicas dermato funcional corporal e facial - Carlos Ruiz - 2012 - Curso de capacitação em aplicação de laser em epilação pela Ibt lasers - 2011

005947

Art. 9º Os Distritos Judiciários de Heitoraí e Morro Agudo de Goiás ficam transferidos das Comarcas de Itaberaí e Rubiataba, respectivamente, para a Comarca de Itapuranga.

Art. 10. Fica a Comarca de Itapuranga elevada à entrância intermediária.

§ 1º Os cargos de Juiz de Direito que se encontram providos na Comarca, somente serão reclassificados como de Comarca de entrância intermediária à medida que ficarem vagos.

§ 2º Os magistrados atualmente titularizados na Comarca de Itapuranga, quando promovidos à entrância intermediária, poderão exercer opção para que a promoção se efetive na respectiva unidade judiciária no prazo de 5 (cinco) dias, contados da data da publicação do ato respectivo.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190384

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010022791,

RESOLVE:

Exonerar ANA PAULA RIBEIRO ZENHA, CPF/ME nº 005.247.171-33, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ME nº 005.958.491-21, para exercê-lo. Fica condicionada a eficácia ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190385

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000036006793,

RESOLVE:

I - exonerar do cargo de provimento em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes, os que nelas se acham investidos, e nomear a indicada a seguir, para exercê-lo:

No DE ORDEM	EXONERAR	NOMEAR
1	RUTIANE LEMOS DE OLIVEIRA CPF/ME no 009.673.691-77	MEGGIE SADDI DUARTE CPF/ME no 024.867.231-29
2	ANDREZZA MEDEIROS TELES CPF/ME no 040.876.966-18	ANA CAROLINA MASSON SOUSA CPF/ME no 009.730.131-09

II - fica condicionada a eficácia dos provimentos de que trata o inciso I ao atendimento, pelas nomeadas, do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190388

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010020334,

RESOLVE:

Exonerar SÉRGIO COUBE BOGADO NETO, CPF/ME nº 042.900.411-75, do cargo em comissão de Assessor "A7", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear AMANDA DE MORAIS, CPF/ME nº 700.379.121-86, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Saúde. Fica condicionada a eficácia do provimento ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190389

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000025040408,

RESOLVE:

I - exonerar, a pedido e a partir de 4 de julho de 2020, MESQUISEDEC AIRES DE OLIVEIRA, CPF/ME nº 942.891.401-06, do cargo em comissão de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear ANDRÉ ADALTO DA ROCHA, CPF/ME nº 301.808.481-00, para exercê-lo, com lotação no Departamento Estadual de Trânsito;

Estado de Goiás
Imprensa Oficial do Estado de Goiás

AGÊNCIA BRASIL CENTRAL
Rua SC-1, nº 299 - Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 - Goiânia - Goiás
Fones: 3201-7639 / 3201-7623 / 3201-7663
www.abc.go.gov.br

Diretoria

Sofia Bezerra Coelho Da Rocha Lima
Presidente

Clebiana Pimenta Gouvêa Cruz
Diretora de Gestão Integrada

Marco Aurélio Vigário
Diretor de Telerradiodifusão, Imprensa Oficial e Site

Previsto Custódio dos Santos
Gerente de Imprensa Oficial e Mídias Digitais

Universidade Paulista

UNIP
UNIVERSIDADE PAULISTA

O Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições
e tendo em vista a colação de grau do Curso de Fisioterapia,
em 09 de fevereiro de 2006, confere o título de

Fisioterapeuta a

Melina Maria Sales Costa

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 15 de novembro de 1983
R.G. n.º 3930240 - GO

e outorga-lhe o presente Diploma,
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 09 de fevereiro de 2006

Reitor

Secretário Geral

Diretor

Melina Mª Sales Costa
Diplomado

005049

SCANNER
ODYSSEY APPS

Reitor: Dr. João Carlos Di Genio
Vice-Reitor de Graduação: Dr. Yugo Okida
Diretor: Prof. Dr. Paschoal Laércio Armonia
Secretário Geral: Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral Adjunto: Prof. Edison Fernandes

Universidade Paulista

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 550
D.O.U. de 09-11-1988

Curso de Fisioterapia

Reconhecido pela Portaria MEC n.º 2.447
de 14-11-2001 - D.O.U. de 16-11-2001

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

Secretaria Geral

Departamento de Registros de Diplomas

Diploma registrado sob n.º 101700

Processo n.º 2007.1.97306

nos termos do Artigo 48 § 1º da Lei 9394/96.

São Paulo, 25 de junho de 2007

De acordo

Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral
RG: 1.471.274-SP

COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diploma Registrado sobo n.º 99762

No Livro n.º 250 às fls. 108

Em 01 de abril de 2008

Dr. JOSÉ EUCLIDES POUBEL E SILVA
PRESIDENTE

CREFITO - 11

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO

Nome: Melina Maria Sales Costa
Inscrição nº 99462-F
Livro 5-F-GO Fls. 184V
Em 08 de maio de 2008

CANCELADO

Dr. Eduardo Olivio Ravagni Nicolini
Presidente

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO – CREFITO 11 - DF e GO

REINSCRIÇÃO

Reinscrito(a) no CREFITO 11,
Livro/fls: 5-F-GO/184V, Autorização n.: 127
Deferido em
Brasília-DF, 10 de maio de 2016.

Dr. Bruno Metre Fernandes
Presidente

CREFITO 11ª Região DF/GO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO – CREFITO 11 - DF e GO

BAIXA DE REGISTRO

Deferido em: 04/04/2014
Reunião de Diretoria N.:11
Registro n.: 99762-F GO
Livro / folha n.: 5-F-GO/184-V

Brasília-DF, 04 de abril de 2014

Dr. Bruno Metre Fernandes
Presidente

CREFITO 11ª Região DF/GO

SCANNER ODYSSEY AIPS

UNI SAÚDE®
PÓS GRADUAÇÃO-ENSINO-PESQUISA E EXTENSÃO SOCIAL

CENTER FISIO - IMES®
Instituto Mineiro de Estudos Sistêmicos

CERTIFICADO

O Diretor da UNISAÚDE / CENTER FISIO - IMES, com os poderes que lhe são conferidos pelo Estatuto Social e Constituição da República Federativa do Brasil, certifica que:

Melina Maria Sales Costa concluiu o Curso de Formação em Acupuntura

no período compreendido entre março de 2003 a fevereiro de 2006, tendo cumprido todas as exigências contidas no programa.

Goiânia, 18 de fevereiro de 2006.

Prof. Ms. Jean Luís de Souza
Diretor de Ensino

Melina Maria Sales Costa
TITULADO

SCANNER
ODYSSEY APPS

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100010037157,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ ME nº 005.958.491-21, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear ROSILENE MARTINS DA SILVA, CPF/ME nº 467.875.261-72, para exercê-lo.

Art. 2º Exonerar LUCIANA CARMO DE DEUS CAETANO, CPF/ME nº 885.714.751-72, do cargo em comissão de Diretor Técnico de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear WYLZENETH SIQUEIRA CÂNDIDO PORTUGUES SERAFIM, CPF/ME nº 925.257.091-87, para exercê-lo.

Art. 3º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos art. 1º e 2º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267297

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202114304002439,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar NAIADE SOUZA DI ROCHA, CPF/ME nº 634.485.641-68, do cargo em comissão de Gerente de Pesquisa, Projetos e Difusão de Tecnologia Avançada, DAI-1, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação, e nomear THIAGO ANGELINO MARTINS DA SILVA, CPF/ME nº 885.893.741-49, para exercê-lo.

Art. 2º Exonerar, a pedido e a partir de 27 de setembro de 2021, MARCELO ALVES DE SOUSA, CPF/ME nº 287.163.611-72, do cargo em comissão de Gerente de Desenvolvimento dos Parques Tecnológicos, DAI-1, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação, e nomear NAIADE SOUZA DI ROCHA, CPF/ME nº 634.485.641-68, para exercê-lo.

Art. 3º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos arts. 1º e 2º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267299

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar a pedido, NAYARA CUNHA DE URZEDA, CPF/ME nº 025.396.511-00, do cargo em comissão de Assessor "A5", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear GABRIELA MACHADO CORSO, CPF/ME nº 026.455.241-50, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Comunicação.

Parágrafo único. A eficácia do provimento estabelecido pelo art. 1º fica condicionada ao atendimento do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267301

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100036011780,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar, a pedido e a partir de 24 de setembro de 2021, ODILON PAULO OLIVEIRA SANTOS, CPF/ME nº 066.314.545-73, do cargo em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267303

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100005024881,

RESOLVE:

Art. 1º Tornar sem efeito o art. 1º do Decreto de 5 de outubro de 2021, publicado na página 41 do Suplemento do Diário Oficial nº 23.651, da mesma data (Protocolo nº 259293), que nomeou ONÁSSIS ROBERTO NASCIMENTO, CPF/ME nº 773.772.811-20, para, em comissão, exercer o cargo de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, por não haver tomado posse no prazo legal, e nomear GIULLIANO DE SÁ CARVALHO, CPF/ME nº 798.442.356-34, para exercê-lo.

Art. 2º Nomear os relacionados no quadro abaixo para, em comissão, exercerem os cargos ali discriminados, da Secretaria de Estado da Administração:

SUPREMA

CONASEMS

Ministério da Saúde

SUS

SER GESTOR SUS

CERTIFICADO

A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a,

Melina Maria Sales Costa

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Aperfeiçoamento, Ser Gestor Sus, realizado no período de maio de 2021 a junho de 2022, com carga horária total de 220h/a.

Juiz de Fora, 13 de junho de 2022

Jorge Montessi
Diretor Suprema

Wilames Freire Bezerra
Presidente CONASEMS

0058053

Módulo	Carga horária	AULA
I	30	Competências e Desafios do Gestor
		Mapa estratégico da gestão
		Análise do Plano de saúde municipal
		Planejamento do SUS no município
	10	A gestão municipal e o PRI
		Gestão orçamentária e financeira do SUS no município
		Fundo municipal de saúde
	10	Gestão do trabalho e educação na saúde
	10	Gestão da informação do SUS
	10	Gestão da assistência farmacêutica no município
	10	Judicialização no município
II	30	O gestor e sua responsabilidade na organização da atenção básica no município
		O cuidado na atenção básica
		O cuidado na atenção básica e na UBS
		Integração dos serviços da APS na rede de atenção a saúde
		Financiamento atenção básica do SUS
	10	A promoção da equidade na construção do orçamento público
	10	Fortalecendo as ações de promoção à saúde no município
	15	Vigilância em saúde no município I
		Vigilância em saúde no município II
	15	Atenção especializada
		Atenção hospitalar e ambulatorial especializada
		Atenção às urgências
	10	Saúde mental e apoio psicossocial
	10	Reabilitação
	10	Assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde
	10	Contratualização de serviços de saúde
III	10	Sistemas de apoio de logísticos na RAS
	10	Governança do SUS
CARGA HORÁRIA TOTAL: 220 HORAS		

0059

005055

IPOG INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO & GRADUAÇÃO

Certificado

005056

O Diretor Acadêmico do IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em **MBA Executivo Gestão em Saúde**, (Área de conhecimento Negócios, administração e direito), com carga horária total de 432 horas/aula, consoante os termos da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013, outorga o título de especialista a

MELINA MARIA SALES COSTA

nacionalidade Brasileiro(a), nascimento em 15 de novembro de 1983, cédula de identidade nº 3930240-2-SPTC /GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 19 de junho de 2023

Prof.º CARLO COSTA GUIZELINI
DIRETOR ACADÊMICO

ESPECIALISTA

SARA DE SÁ CAVALCANTE
SECRETÁRIA ACADÊMICA

IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO

Recredenciamento Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto de 2016.

SECRETARIA ACADÊMICA

Certificado registrado sob o nº 7921 - No livro 82 - Folha(s) 396

O curso obedeceu todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG Nº 4 de 22 de maio de 2013.

Goiânia, 19 de junho de 2023

Raniely Carneiro Melo
Setor de Registro de Certificado

Sara de Sá Cavalcante
Secretária Acadêmica

IPOG

1° Via

005057

HISTÓRICO ACADÊMICO – IPOG Instituto de Pós-graduação & Graduação

Curso: MBA Executivo Gestão em Saúde

Credenciamento: Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto 2016

MEC/CNE/CES, Nº 1, de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013

CERTIFICADO REGISTRADO SOB O

Nº: 7921 FOLHA: 396 LIVRO: 82

Período de Realização: 4 de Fevereiro de 2022 a 2 de Abril de 2023 **Turma: DZEGSGYN001**

Carga Horária Total: 432 horas/aula

Acadêmico(a): MELINA MARIA SALES COSTA **Nacionalidade:** Brasileiro(a) **Sexo:** Feminino

Identidade: 3930240-2 / GO **CPF:** 005.958.491-21 **Data de Nascimento:** 15/11/1983

Disciplina	Nota	Freq.	C.H.	Professor	Titulação
Gestão Estratégica de Pessoas em Organizações de Saúde	10,0	100	36	RAQUEL MAGALHÃES DE MELLO	Especialista
Aspectos Jurídicos em Saúde	10,0	100	36	MARIA LUISA DE BARROS CORREIA	Mestre
Liderança nos Organizações de Saúde	8,0	100	36	EDUARDO REFKALEFSKY	Doutor
Desenvolvimento Integral do Potencial Humano	8,5	75	36	BRUNO FERREIRA ALEGRIA	Doutor
Marketing em Saúde	9,5	100	36	JOSÉ HUMBERTO VIANA LIMA JÚNIOR	Doutor
Qualidade, Segurança e Acreditação em Saúde	10,0	100	36	SEMÉIA DE OLIVEIRA CORRAL	Doutor
Gestão de Facilities, Hospitalidade e Serviços Hospitalares	9,0	100	36	CRISTINA HELENA TOULIAS HERINGER	Especialista
Tecnologia de Informação e Inovação em Organizações de Saúde	10,0	100	36	MARCELO ALMEIDA MAGALHÃES	Doutor
Gestão de Suprimentos e Logística Hospitalar	10,0	100	36	ESDRAS JORGE SANTOS BARBOZA	Mestre
Sustentabilidade, Ética e Responsabilidade Social	8,5	100	36	JULIANA DALBONI ROCHA	Doutor
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	10,0	100	36	FABIANO LUÍS FIGUEIREDO DA SILVA	Mestre
Gestão Financeira em Saúde	7,0	75	36	RAFAEL VARGAS PONTES	Mestre

Título Artigo: A importância da Acreditação hospitalar no Sus

Nota Artigo: 9,25

Goiânia-GO, 19 de junho de 2023

005058

Assinado Por CARLO COSTA GUIZELINI:59752661149
Data: 20/06/2023 10:19:29
ID: 000000204637

Assinado Por SARA DE SA CAVALCANTE:89646711120
Data: 20/06/2023 13:20:04
ID: 000000204637

Assinado Por IPOG - INSTITUTO DE POS-GRADUACAO & GRADUACAO LTD:04688977000102
Data: 19/06/2023 17:32:17
ID: 000000204637

005659

CERTIFICADO

IDOR
INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO

005090

Certificamos que

MELINA MARIA SALES COSTA

Inscrito (a) no CPF sob o nº. 005.958.491-21 participou do Curso de Gestão Prática de Linhas de Cuidado baseado em Valor, realizado pelo Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, no(s) dia(s) 18, 25 de maio e 01, 06, 15 de junho de 2023, com carga horária total de 16 horas.

São Paulo, 27 de junho de 2023

Dr. Felipe Spinelli de Carvalho
Diretor Executivo
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

Dra. Helidea de Oliveira Lima
Coordenadora Acadêmica do Curso
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

005961

GRUPO IBES

Certificado

O IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde, Instituição Acreditadora credenciada pela ONA e pela ACSA International, concede este certificado a

MELINA MARIA SALES COSTA

Pela Conclusão do **Curso Formação de Avaliadores ONA**, realizado no (s) dia (s) 22 e 23 de junho de 2023, com carga horária de 20 hora(s).

São Paulo, 23 de junho de 2023.

Aléxia Regina Mandolesi Costa

Aléxia Regina Mandolesi Costa
DIRETORA TÉCNICO-CIENTÍFICA
DO GRUPO IBES

Costa

Vanice Costa
MEMBRO DO CONSELHO
DO GRUPO IBES

Curso
CONCLUÍDO COM SUCESSO

ACSA International

Curso

Formação de Avaliadores SBA/ONA

GRUPO IBES

Gerando valor para a saúde desde 2012

005063

Carga Horária: 20 horas

Conteúdo Programatico:

- Atuação do Avaliador do SBA/ONA
- Manual de Conduta IBES
- Coleta de informações e análise crítica de evidências
- O Sistema Brasileiro de Acreditação
- Avaliação Remota (novo)
- Diagnóstico Organizacional, Certificação e Manutenção
- Fundamentos da Acreditação e Dimensões da Qualidade
- Gerenciamento de Protocolos Multiprofissionais
- Padrões de Nível 1, 2 e 3
- Busca de evidências e interpretação de padrões e requisitos nas Seções do Manual ONA: Gestão Organizacional, Atenção ao Paciente, Diagnóstica e Terapêutica e Gestão de Apoio
- Redação de relatórios
- Simulado de avaliação de habilidades de comunicação e técnicas de entrevista, incluindo feedback

IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
Av. Queiroz Filho, 1.700 - sala 112 - E- CEP 05319-000
Cond. Villa Lobos Office Park - São Paulo -SP
www.grupoibes.com.br / atendimento@ibes.med.br

Certificado Registrado sob número 19528 Folha 53
do Livro de Registro nº 3

Aléxia Regina Mandolesi Costa

Aléxia Regina Mandolesi Costa
São Paulo, 23 de junho de 2023.

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: MELINA MARIA SALES COSTA

RG: 3930240 SPTC-GO
CPF: 005.958.491-21

Assinatura: Melina Maria Sales Costa

005064

005065

Estrutura e experiência da Diretoria

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

LUIZ EDUARDO

005066

005067

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

INSCRIÇÃO - COREN-GO 321.250

ENFERMEIRO

NOME
LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
GOIANIA
GO
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO
19/06/1990

DATA DE VALIDADE
09/10/2017



PRESIDENTE

RG
770180

ÓRGÃO EXPEDIDOR
SSPTO

DATA DE EMISSÃO
15/10/2012

FILIAÇÃO
JOSÉ GERALDO DA SILVA
THEREZA CRISTINA VERAS SILVA

CPF
732.543.631-91



ASSINATURA DO PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

0901130127000250000480

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E TEM FÉ PÚBLICA (ART. 15 INCISO VII - LEI 5.905 DE 12/07/73 E LEI 6.206 DE 07/05/75)

É PROIBIDO PLASTIFICAR

005068

Coren GO
Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Certidão de Regularidade

Atendendo a requerimento da parte interessada, CERTIFICA que o profissional identificado é inscrito nesta Autarquia e não consta processos ético-disciplinares em seu desfavor. Durante o período de pandemia da Covid-19, o Coren-GO não irá utilizar informações referentes a débitos de anuidades e multa eleitorais, inscrições em dívida ativa e execuções judiciaispara emissão da Certidão de Regularidade Profissional.

Nome: Luiz Eduardo Veras e Silva

Cpf: 73254363191

Categoria: ENFERMEIRO

Inscrição: 321250-ENF - 11/10/2012

Endereço: R do Camorim Qd.65 Lt 21

Cidade: Goiânia

O(s) seguinte(s) registro(s):

Esta certidão tem prazo de validade de 180 (cento e oitenta) dias a partir da emissão (24 de setembro de 2021.), substituindo também a cédula profissional neste prazo estabelecido conforme Resolução Cofen 659/2021.

ASPECTOS JURÍDICOS E TÉCNICOS DE VALIDADE DA CERTIDÃO

Esta certidão tem validade de 180 dias de sua emissão

Para confirmar a autenticidade dessa CERTIDÃO consulte em Serviços On-Line no site do COREN Goiás, através do endereço www.corengo.org.br
Consulte informando o 411246/NET e Nº inscrição 321250-ENF através do menu Conferência de Certidão

005969

FACULDADE METROPOLITANA

Declaração de Matrícula

Declaramos para os devidos fins que, **Luiz Eduardo veras e Silva, CPF 732.543.631-91,** está matriculado(a), neste estabelecimento de ensino, no curso de pós-graduação Lato Sensu em **"MBA em Gestão Hospitalar"**, de acordo com a Resolução CES/CNE nº 1 de 06 de abril de 2018, com carga horária total de 600 horas, cujas aulas ocorrem a distância, com início em 04/11/2020 e previsão de término em 03/05/2021, conforme cronograma previsto a seguir. A instituição está credenciada pela portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019.

Data	Disciplinas	CH	Nota
22/04/2021	INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50h	6.0
22/04/2021	CONCEITO DE HOSPITAL	50h	8.0
22/04/2021	ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50h	6.0
22/04/2021	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50h	6.0
22/04/2021	GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50h	10.0
01/05/2021	GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50h	8.0
01/05/2021	GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50h	6.0
01/05/2021	PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50h	10.0
01/05/2021	GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50h	8.0
01/05/2021	GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50h	6.0
01/05/2021	GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50h	6.0
01/05/2021	HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50h	8.0
	Carga Horária Total	**600**	

Ribeirão Preto, 05 de outubro de 2021

Código de autenticidade: 874097f225b8fe9b9085c8dd8ce3395b
Site para verificação: https://www.estudesemfronteiras.com/novo/autenticidade-declaracao

Antonio Marcos Neves Esteca

Antonio Marcos Neves Esteca
Coordenador de Pós-Graduação

Metropolitan Educação Ltda
13.411.192/0001-70
Av. Presidente Kennedy, 1677
Parque Industrial Lagoinha - Ribeirão Preto / SP
CEP: 14095-220
Tel: (16) 3617-1318

005070

IPOG INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO & GRADUAÇÃO

Rua T-55, Qd. 96, Lt. 11, nº 580,
Setor Bueno, Goiânia - GO | 62 3945-5050
ipog.edu.br | ipog@ipog.edu.br

Diretoria Acadêmica

DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA

Nº DE MATRÍCULA
00270000000EGS0206

Declaramos, para os devidos fins, que **LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA**, CPF:**732.543.631-91**, está regularmente matriculado(a) no curso de pós-graduação *lato sensu* **MBA Executivo Gestão em Saúde**, na cidade de GOIÂNIA, tendo carga horária de 432 horas/aula, com data de início em 06/08/21 e término previsto para 25/09/22. O referido curso atende as exigências da Resolução nº 1, de 06 de Abril de 2018 do Ministério da Educação (MEC).

As aulas acontecem sempre aos finais de semana, sendo uma vez por mês, nos seguintes horários:

Sexta-feira: 18:00 às 23:00 horas;
Sábado: 08:00 às 19:00 horas;
Domingo: 08:00 às 13:00 horas.

Goiânia/GO, 04 de outubro de 2021

SARA DE SÁ CAVALCANTE
Secretária Acadêmica

Assinado Por IPOG - INSTITUTO DE POS-GRADUACAO & GRADUACAO LTD:04688977000102
Data: 04/10/2021 09:14:06
ID: 000000117404

005071

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Reconhecida pelo Decreto n. 47.041 de 17/10/1959
Aditamento como PUC GOIÁS conforme Portaria
n. 1.747, de 23/12/2009.
Secretaria Geral

Diploma registrado nos termos do § 1º do art. 48 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

Registro n. 23184

Processo n. 2850/2012-SG/SEDOC/SRD

Data do Registro: 05/10/2012.

Luciola Linhares Silva Soares Correia
Secretária Geral

Curso de Enfermagem. Título de **ENFERMEIRO**. Renovação de reconhecimento pela Portaria MEC n. 1, de 06/01/2012 – D.O.U. 09/01/2012.



012853

000072

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

O Reitor da PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de

ENFERMAGEM

e a outorga do grau de BACHAREL, em 20 de setembro de 2012, a

Luiz Eduardo Veras e Silva,

brasileiro, nascido em Goiânia – Estado de Goiás, em 19 de junho de 1990,

cédula de identidade n. 770.180-SSP/TO,

confere-lhe o presente diploma.

Goiânia, 05 de outubro de 2012.

Prof. Wolmir Therezio Amado
Reitor

Prof ª. Sônia Margarida Gomes Sousa
Pró-Reitora de Graduação

Diplomado

007073

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

Histórico Escolar

Curso: ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA
Área do conhecimento: ENFERMAGEM
Período de realização: 05 de outubro de 2012 a 25 de abril de 2014.
Nome: LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA Matrícula: 2012.2.1156.0031-7
Identidade: 770.180 / SSP - TO Naturalidade: GOIÂNIA - GO Data Nasc: 19/06/1990

DISCIPLINAS CURSADAS	CH	FREQ	CONC	DOCENTE	TIT.
ESTÁGIO SUPERVISIONADO	90	90	A	CRIMENE CANDIDA ALVES TELES	E
				SILVIA REGINA MANFREDI	M
GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	20	20	A	TEREZINHA DALOSSI GENNARI	D
METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTIFICA	20	20	B	MARISLEI DE SOUSA ESPÍNDULA BRASILEIRO	D
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA	50	50	A	JACQUELINE ANDREIA BERNARDES LEAO CORDEIRO	M
				PATRICIA FREIRE CAVALCANTE	M
				SONIA LUZIA CADETA	E
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	20	20	A	SILVIA REGINA MANFREDI	M
FARMACOLOGIA GERAL	20	20	A	ROBERTO CARLOS LYRA DA SILVA	D
NEFROLOGIA BÁSICA	20	20	A	FABIA MARIA OLIVEIRA PINHO	D
METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR	20	20	A	KAROLINA KELLEN MATIAS	M
ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA RENAL	40	40	A	MARIA APARECIDA DALBONI	D
PROPEDEUTICA DE ENFERMAGEM	15	15	A	SILVIA REGINA MANFREDI	M
EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA	15	15	A	JOÃO BOSCO SIQUEIRA JÚNIOR	D
CONTROLE DE INF.E NORMAS DE BIOSSEGURANÇA	20	20	B	ZILAH CANDIDA PEREIRA DAS NEVES	M
ESPECIFIC. DA ASSISTENCIA DE ENFER. EM NEFROLOGIA	20	20	A	GIULENA ROSA LEITE CARDOSO DOS ANJOS	M
NEFROLOGIA CLÍNICA	60	60	A	SILVIA REGINA MANFREDI	M
				VALDECIRA MARIA PIVETA	M

TCC: (ARTIGO CIENTÍFICO) Data: 26/04/2014
Título: "Atuação do enfermeiro no diagnóstico precoce da lesão renal aguda".
Prof.(a) Orientador(a) DOUTOR(A) - MARISLEI DE SOUSA ESPINDULA BRASILEIRO
Conceito: A Carga Horária: 50

- O curso atende integralmente as Orientações Preconizadas pela Resolução N. 01/2007 do CNE/CES/MEC, de 08/05/2007 - publicada no DOU em 21/06/2007
- Instituição credenciada pelo Decreto n. 47.041/59 e Portaria n. 1.747 - MEC. Recredenciamento Portaria n.859 de 11/08/2013.
- DEL. Nº09/2013-CPGP DO CEPEA

Equivalência de conceitos:	Titulação:
A - 9,0 a 10,0	D - Doutor(a)
B - 8,0 a 8,9	E - Especialista
C - 7,0 a 7,9	M - Mestre(a)
D - Insuficiente	LD - Livre Docente

Secretaria de Pós-Graduação Lato Sensu
Registro n.: 27 Fls: 68 Livro: 14

Goiânia(GO), 13 de junho de 2017

Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu

Prof. Ms. Brasiliano José Ferreira Neto (R.E. 4245)
Coordenador de Pós-Graduação Lato Sensu
PUC Goiás/PROPE - Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu

005074

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

CERTIFICADO

A Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa certifica que

Luiz Eduardo Veras e Silva

concluiu o Curso de ***ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA- ÁREA DE CONHECIMENTO: ENFERMAGEM,*** promovido pela *Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu*, conforme a *Resolução nº 01, de 08 de junho de 2007, do CNE/CES/MEC*, no período de outubro de 2012 a abril de 2014, com a carga horária de 480 horas.

Goiânia, 13 de junho de 2017.

Profa. Dra. Meica Severino Pereira
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Especialista

Prof. Ms. Brasilino José Ferreira Neto
Coordenador de Pós-Graduação Lato Sensu

009075

Luiz Eduardo Veras e Silva

Brasileiro, solteiro, 30 anos
Telefone: (62) 98117-0190

E-mail: leves15@gmail.com

FORMAÇÃO

Graduado em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás ,PUC-GO, conclusão em 2012/1.

Pós graduado em "Enfermagem em Nefrologia". Pontifícia Universidade Católica de Goias, PUC-GO, conclusão em junho\2017.

Pós graduado em "MBA em Gestão Hospitalar". Faculdade Metropolitana, conclusão em Maio\2021.

Pós graduando em "MBA Executivo em Gestão Hospitalar". Instituto de Pós-graduação & Graduação, IPOG, Início em Agosto\2021, termino previsto setembro/2022.

EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- **Mar/2021-Atualmente – Policlínica Estadual Região da Nordeste - Posse**

Cargo: Coordenador da Clínica de Hemodialise

Principais atividades: Coordenação do setor de Hemodialise, treinamento da equipe da Clínica, montagem de escalas, manter qualidade do ambiente e segurança, procurando o conforto do paciente e da equipe.

- **Dez/2020-Fev/2021 – Hospital Santa Terezinha Rio Verde Goiás**

Cargo: Enfermeiro Supervisor.

Principais atividades: Supervisão da equipe de enfermagem; assistência a pacientes internados na instituição nos setores COVID, Clínica Médica e Pronto Socorro.

- **Ago/2020-Dez/2020 – FAMP - Faculdade Morgana Potrich**

Cargo: Professor.
Principais atividades: Docência para o curso de enfermagem.

- **Ago/2020-Dez/2020 – Secretária Municipal de Saúde de Mineiros – Goiás**

Cargo: Enfermeiro socorrista, lotado na UTI do Hospital Municipal Dr Evaristo Vilela Machado.
Principais atividades: Assistência de enfermagem e avaliação nefrológica a pacientes graves com COVID-19;

Enfermeiro responsável pelo tratamento hemodialítico dos pacientes em LRA.

- **Out/2015-jul/2017 – Santa Casa de Misericórdia de Goiânia**

Cargo: Enfermeiro supervisor
Principais atividades: Supervisão da equipe de enfermagem e assistência de enfermagem a pacientes em hemodiálise.

- **Out/2012-Dez/2015– Clínica de Doenças Renais – Goiânia**

Cargo: Enfermeiro supervisor
Principais atividades: Supervisão da equipe de enfermagem e assistência de enfermagem a pacientes em hemodiálise.

- **Jan/2012-Jun/2012 – Santa Casa de Misericórdia de Goiânia**

Cargo: Acadêmico de Enfermagem pela PUC-Go.
Principais atividades: Assistência de enfermagem a pacientes críticos e semi-criticos internados em Unidade de Terapia Intensiva.

- **Dez/2010-Jun/2012 – Instituto de Neurologia de Goiânia**

Cargo: Acadêmico de Enfermagem pelo IEL.
Principais atividades: Assistência de enfermagem a pacientes com danos neurológicos internados em enfermaria e Unidade de tratamento intensivo.

FACULDADE METROPOLITANA

CERTIFICADO

A FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019, certifica para os devidos fins que,

LUIZ EDUARDO VERAS E SILVA

portador(a) do RG 770180 SSP/TO, concluiu o Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar" - Pós-Graduação "Lato-Sensu", de acordo com a Resolução CNE/CES Nº. 1 de 06 de Abril de 2018, com duração de 600 horas.

Ribeirão Preto, 03 de maio de 2021

Antonio Marcos Neves Esteca
Secretário Acadêmico

Elder Borges da Silva
Diretor Geral

840/600

Curso de Especialização em "MBA em Gestão Hospitalar"

Histórico Escolar				
Disciplinas	**CH**	**Nota**	**Professor**	**Titulação**
INTRODUÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE	50 Horas	6.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
CONCEITO DE HOSPITAL	50 Horas	8.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	50 Horas	6.0	Julia Cintra Terra	Especialista
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E LEGISLAÇÕES	50 Horas	6.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	10.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	50 Horas	8.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGEM, UNIDADES FECHADAS, BANCO DE SANGUE E AMBULATÓRIO, EMERGÊNCIA E PRONTO-SOCORRO	50 Horas	6.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
PROCESSO GERENCIAL, ÁREAS PRODUTIVAS, CENTROS DE RESULTADOS E PROCESSO ASSISTENCIAL	50 Horas	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE I	50 Horas	8.0	Julia Cintra Terra	Especialista
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE II	50 Horas	6.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM SAÚDE III	50 Horas	6.0	Juliana Leonardo de Oliveira Bergamini	Mestra
HOTELARIA, HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	50 Horas	8.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
Carga Horária Total	**600 Horas**			

Declaramos que a FAMEESP cumpriu todas as disposições da presente resolução CNE/CES nº, 1, de 06 de Abril de 2018. O curso foi realizado no período de **04 de novembro de 2020** a **03 de maio de 2021**

Autenticidade do Certificado:

462860bcec29fa5f95e96c37f57a785c

Para verificar a autenticidade desse certificado acesse: estudesemfronteiras.com. Ou utilize o QRCode ao lado.

FAMEESP - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo credenciada pela Portaria EAD MEC nº 1.956 de 07 de novembro de 2019. Certificado registrado sob nº 106824, no livro 1, página 2125. Por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da resolução CNE/CES nº 1 de 06 de Abril de 2018.

Ribeirão Preto - SP, 03 de maio de 2021

0070879

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: LUIS EDUARDO VERAS E SILVA

RG: 770180 SSP-TO
CPF: 732.543.631-91

Assinatura: Luiz Eduardo Veras e Silva

005030

905081

Estrutura e experiência da Diretoria

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

YURI LEMES

005082

005083

Av. DeputadoJamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF.New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GOtel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

Jaraguá, 01 de julho de 2021.

PORTARIA INTERNA Nº 002/2021 de 01 de julho de 2021.
INSTITUTO CEM

DISPÕE SOBRE A NOMEAÇÃO DO DIRETOR GERAL
HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ – HEJA
CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2021 SES/GO

O Diretor Administrativo do Instituto CEM, Sr. Thadeu de Morais Grembecki, dentro das atribuições que lhe confere o art. 15 do Regulamento dos Procedimentos para Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal, **RESOLVE:**

Art. 1º - NOMEAR para o preenchimento ao cargo de **DIRETOR GERAL** na unidade hospitalar - Hospital Estadual de Jaraguá/GO (HEJA), o **YURI LEMES RABELO, CPF: 043.402.931-99,** com início em 01 de julho de 2021, com autoridade e responsabilidades inerentes ao cargo e função, em substituição do Sr. PAULO HENRIQUE FERNANDES, inscrito no CPF: 382.298.461-20.

Art. 2º – A contratação e remuneração será realizada via contratação por Pessoa Jurídica com todas as regras definidas em contrato.

Art. 3º – Esta portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Thadeu Grembecki
Diretor Administrativo
Instituto CEM

Jeziel Barbosa Ferreira
Diretor Presidente
Instituto CEM

005084

Av. T-63, nº 1296 Qd.145 Lt. 08/09 sala 708
Setor Bueno 74230 100 Goiânia GO
Tel 62 3095-2793
www.gerir.org.br

gerir

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação e a pedido da parte interessada, que **YURI LEMES RABELO**, portador do CPF: 043.402.931-99, prestou serviços sob vínculo celetista de 01/01/2015 até 13/08/2018, contratado para o cargo de **CONTROLADOR I**, em regime diarista (segunda-feira a sexta-feira) das 08:00 às 17:00 perfazendo uma jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais. Exercendo as atividades de **verificação de regularidade fiscal dos contratos, verificação de pagamentos** e atividades junto as áreas financeira, administrativa e jurídica supervisionado pelo responsável da área do Instituto Gerir.

Por ser verdade firmamos a presente.

Goiânia, 28 de novembro de 2019

Felipe Almeida Pontes
Coordenador Regional de RH
Instituto Gerir

FELIPE ... ILVA
Coordenador ... Instituto Gerir

005085

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF. New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GO tel: (62) 3229.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de prova e a pedido da parte interessada, que **YURI LEMES RABELO**, portador do **CPF: 043.402.931-99**, trabalhou para o **INSTITUTO CEM**, Associação civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, **CNPJ nº 12.053.184/0001-37**, qualificado como Organização Social pelo Estado de Goiás Decreto Nº 9.184, 12 de Março de 2018, Entidade Gestora do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TRINDADE – HUTRIN, R. 03, 200 – Jardim Primavera, Trindade – GO, 75380-000 durante a vigência do **Contrato de Gestão 107/2018**. Executou para esta empresa o serviço de **CONTROLADOR** na organização social, no período de dezembro de 2018 a agosto de 2019 perfazendo os serviços da área de gestão pública envolvendo os setores financeiro e de prestação de contas da Instituição, bem como envolvendo serviços de suporte na área jurídica e operacional das atividades envolvendo o Contrato de Gestão 107/2018.

Registramos, ainda, que YURI LEMES RABELO, cumpriu fielmente com suas obrigações, nada constando que o desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Por ser verdade firmamos a presente

Goiânia, 09 de dezembro de 2019

JEZIEL BARBOSA FERREIRA
PRESIDENTE / INSTITUTO CEM

005086

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAM SZAJMAN

DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO

Declaro que Yuri Lemes Rabelo, RG: 5393699, concluiu em 31/08/2021 o curso de Pós-graduação em Gestão em Saúde - EAD.

O curso tem o reconhecimento através da portaria ministerial MEC/SERES nº1 de 06/01/2012 publicada em 09/01/2012.
O CNPJ da Instituição é 60.765.823/0001-30.

O certificado encontra-se em fase de emissão na Secretaria Acadêmica.

Disciplinas cursadas:

Disciplinas	Notas	Carga Horária	Situação
Compreendendo o Setor da Saúde	10.0	30.00	Aprovado
Epidemiologia Gerencial	9.1	30.00	Aprovado
Experiência do Paciente	8.8	30.00	Aprovado
Gestão Avançada em Saúde	9.8	15.00	Aprovado
Gestão de Fluxo de Pacientes	8.3	30.00	Aprovado
Gestão de Operações e Serviços em Saúde	9.2	45.00	Aprovado
Gestão de Recursos Humanos em Saúde	8.7	30.00	Aprovado
Gestão de Risco e Segurança em Saúde	7.8	20.00	Aprovado
Gestão e Execução Estratégica	9.0	45.00	Aprovado
Gestão Financeira em Saúde	9.3	30.00	Aprovado
Imersão Prática	9.4	22.00	Aprovado
Metodologia do Trabalho Científico	9.8	15.00	Aprovado
Trabalho de Conclusão de Curso	9.5	60.00	Aprovado
Transformação Digital em Saúde	9.2	20.00	Aprovado

São Paulo, 19 de Novembro de 2021.

Thatiani Fonseca Ramires Serpeloni
Secretaria Acadêmica da Pós Graduação

005087

Pós-Graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2020-31

Disciplina	Corpo Docente		Carga Horária	Nota da Disciplina
	Professor	Titulação	h/a	
Compreendendo o Setor da Saúde	Patricia Yukari Kinjo	Especialista	30	10,0
Epidemiologia Gerencial	Paulo David Scatena Gonçalves	Especialista	30	9,1
Experiência do Paciente	Ana Merzel Kernkraut	Especialista	30	8,8
Gestão Avançada em Saúde	Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Mestre	15	9,8
Gestão e Execução Estratégica	Ana Júlia Soares Leme	Especialista	45	9,0
Gestão de Fluxo de Paciente	Tatiane Ramos Canero	Especialista	30	8,3
Gestão Financeira em Saúde	Marcelo dos Santos Andrade	Especialista	30	9,3
Gestão de Operações e Serviços em Saúde	Denis Faria Moura Junior	Mestre	45	9,2
Gestão de Recursos Humanos em Saúde	Simone Azevedo	Especialista	30	8,7
Gestão de Risco e Segurança em Saúde	Rosane Oliveira Simoes	Especialista	20	7,8
Imersão Prática	Claudia Regina Laselva	Mestre	22	9,4
Metodologia do Trabalho Científico	Paula Vitali Miclos	Doutora	15	9,8
Trabalho de Conclusão de Curso	Claudia Regina Laselva	Mestre	60	9,5
Transformação Digital em Saúde	Michel Silva Fornaciali	Doutor	20	9,2
Carga horária total em hora/aula	----------	----------	**422**	----------

Monografia: "ESTRATÉGIAS DO ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE DO CORPO DE LIDERANÇAS DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE – GO FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19", aprovada com nota 9,5

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução nº 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 17 de dezembro de 2021.

CERTIFICADO registrado sob o nº 2851.22
Fl. 46 do livro RC 07
Em 27 de janeiro de 2022

005088

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Yuri Lemes Rabelo**, **RG. 5393699**, o presente certificado de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em:

Gestão em Saúde

na área de conhecimento em Ciências da Saúde, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES nº 1 de 06/01/2012 e D.O.U de 09/01/2012, realizado no período de 01/06/2020 a 31/08/2021, compreendendo 422 horas.

São Paulo, 17 de dezembro de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Pós-graduado(a)

Prof.ª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

005089

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS - Uni-ANHANGUERA

Reconhecido pela Portaria de Credenciamento n. 1.216 de 11/05/2004, D.O.U em 13/05/2004. Recredenciado pela Portaria n. 33 de 28/01/2015, D.O.U em 12/02/2015.

SECRETARIA GERAL

Diploma registrado nos termos do § 4º do art. 2º do Decreto n. 5.786, de 24/05/006, D.O.U. em 25/05/2006, e do art. 45 da Lei n. 9.394, de 20/12/1996, D.O.U. em 23/12/1996.

Registro n.: 7044
Processo n.: 000984/2016
Em 22 de março de 2016.

Secretária Geral

Curso Reconhecido pelo Decreto MEC n. 80.180 de 17/08/1977, D.O.U em 18/08/1977. Renovado o Reconhecimento pela Portaria MEC nº 124 de 09/07/2012 ,D.O.U. em 10/07/2012.

005090

001362

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Centro Universitário de Goiás - Uni-Anhanguera

O Reitor do Centro Universitário de Goiás - Uni-Anhanguera Confere o Grau

de Bacharel em Direito

a

Yuri Lemes Rabelo

de nacionalidade brasileira, nascido em 1 de setembro de 1993 em Goiânia - GO, documento de identificação n. 5393699 - GO, pela conclusão do Curso de Direito - Bacharelado, no segundo semestre de 2015, tendo em vista o termo de Colação de Grau em 13 de janeiro de 2016 e, de acordo com suas atribuições, outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 22 de março de 2016

Prof. Joveny Sebastião Candido de Oliveira JM, JD
Reitor

Yuri Lemes Rabelo
Diplomado

Profª. Esp. Ronilda Moreira da Paz
Secretaria Geral

ORIGINAL

066091

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS - UNIGOIÁS
SOCIEDADE ANHANGUERA DE ENSINO LTDA
CNPJ: 01.088.830/0001-85

Portaria Ministerial de credenciamento nº. 1.216 de 11/05/2004, D.O.U. em 13/05/2004, Seção I, pág. 16. Recredenciado pela Portaria n. 33 de 28/01/2015, D.O.U. em 12/02/2015, Seção I, pág. 13.

SECRETARIA GERAL

Diploma registrado nos termos do § 4º do art. 2º do Decreto n. 5.786, de 24/05/2006, D.O.U. em 25/05/2006, e do art. 45 da Lei n. 9.394, de 20/12/1996, D.O.U. em 23/12/1996.

Registro n.: 11632
Processo n.: 001738/2020
Em 19/08/2020.

Secretária Geral

Renovado o Reconhecimento pela Portaria SERES nº. 204, de 25/06/2020, D.O.U., em 07/07/2020, Seção 1, pág. 32.

005092

007.225

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Centro Universitário de Goiás - Unigoiás

UNIGOIÁS
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS

O Reitor do Centro Universitário de Goiás - Unigoiás Confere o Grau de

Bacharel em Administração

a

Yuri Lemes Rabelo

de nacionalidade brasileira, nascido em 1 de setembro de 1993 em Goiânia - GO, documento de identificação n. 05377034348 DETRAN-GO, pela conclusão do Curso de Administração - Bacharelado, no primeiro semestre de 2020, tendo em vista o termo de Colação de Grau em 30 de julho de 2020 e, de acordo com suas atribuições, outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 19 de agosto de 2020

Prof. Joveny Sebastião Candido de Oliveira JM, JD
Reitor

Profª. Esp. Ronilda Moreira da Paz
Secretária Geral

Yuri Lemes Rabelo
Diplomado

005903

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE GOIÁS
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 46302

NOME
YURI LEMES RABELO

FILIAÇÃO
WEDER ROSA RABELO
SILMEIRE LEMES RABELO

NATURALIDADE
GOIÂNIA-GO

DATA DE NASCIMENTO
01/09/1993

RG
5393699 - SPTC GO

CPF
043.402.931-99

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

VIA 01

EXPEDIDO EM
09/04/2016

LUCIO FLAVIO SIQUEIRA DE PAIVA
PRESIDENTE

005094

OSDOBR

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

OSDOBR

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13263653



OAB

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

005095

- ESCOLA CONQUER (CONQUER) – **Inteligência Emocional,** ministrado em 26/04/2020, com 10 horas-aula com certificado.
- INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN (EINSTEIN) - **Prontuário médico eletrônico,** ministrado em 26/04/2020, com 01 hora-aula com declaração de participação.
- INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN (EINSTEIN) - **Problemática da Sustentabilidade em Saúde,** ministrado em 26/04/2020, com 15 minutos-aula com declaração de participação.
- GOOGLE ATELIÊ DIGITAL (GOOGLE) – **Fundamentos de Marketing**, concluído 04/05/2020, com 40 horas-aula com certificado.
- SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (SEBRAE) – **Como analisar o mercado**, ministrado em 11/10/2019, com 06 horas-aula com certificado.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU) - **Gestão e Fiscalização de Contratos Administrativos: Nível Intermediário**, ministrado em 10/11 a 12/12/2014, com 40 horas-aula com certificado.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV) – **Argumentação Jurídica**, ministrado em 03/02/2014, com 5 horas-aula com certificado.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV) – **Formação Docente para Professores de Direito**, ministrado em 06/03/2014, com 10 horas-aula com certificado.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV) – **O Juiz e a Ética**, ministrado em 06/03/2014, com 10 horas-aula com certificado.
- ESCOLA DE POLÍTICAS PÚBLICAS (EPP) – **Publicação de Dados em Formato Aberto**, ministrado em 24/06/2014, com 30 horas-aula com certificado.
- CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO (CGU) – **Rumo a uma cultura de acesso à informação: a Lei 12.527/2011 – 15ª Edição,** ministrado em 19/03/2014 a 02/04/2014, com 10 horas-aula com certificado

REFERÊNCIAS

EDSAMUEL CARLOS DE ARAÚJO

Superintendente Executivo, Instituto de Gestão em Saúde – GERIR Fone: (11) 97375-1017

THADEU DE MORAES GREMBECKI

Diretor Administrativo, Instituto CEM - Fone: (15) 99119-5589

ÂNGELA MARIA SANTOS CHAGAS

Diretora de Recursos Humanos, Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED Fone (11) 99953-0085

005096

administração pública hospitalar. Atuou na instrução e fiscalização dos processos administrativos internos oriundos da atividade de gerenciamento hospitalar das unidades de saúde. Elaboração e conferência de despachos e ofícios; elaboração de chamamentos públicos, análise de documentação necessária para a correta instrução processual de acordo com os manuais de compras e contratação internos e externos, desde documentos constitutivos, passando certidões negativas de débitos de empresas fornecedoras de bens e serviços, etc. Auditar todos os processos administrativos de aquisição de bens e serviços do Instituto e das unidades administradas e após análise, fazer a liberação de pagamento em conjunto com a superintendência executiva e a presidência de toda a verba destinada ao custeio dos hospitais, elaborar contratos; elaboração de pareceres jurídicos.

Algumas Unidades Públicas geridas por esta Controladoria do Instituto GERIR:

- Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO (Goiás) Aporte financeiro: 17 Milhões mensal.
- Hospital de Urgências de Trindade – HUTRIN (Goiás) Aporte financeiro: 2 Milhões mensal.
- Hospital Dr. Carlos Macieira – HCM (Maranhão) Aporte financeiro: 7 Milhões mensal.
- Hospital e Maternidade Dr. Peregrino Filho – HMPF (Paraíba) Aporte financeiro: 2 Milhões mensal.

EDUCAÇÃO

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – SÃO PAULO/SP BRASIL – ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

- Conclusão: 2021

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS (UNI-ANHANGUERA) – GOIÂNIA/GO BRASIL – GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

- Conclusão: 2020

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS (UNI-ANHANGUERA) – GOIÂNIA/GO BRASIL – GRADUAÇÃO EM DIREITO

- Conclusão: 2015 ADVOGADO, REGULARMENTE INSCRITO PELA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, SECCIONAL GOIÁS OAB GO –46.302

IDIOMAS

CENTRO CULTURAL BRASIL - ESTADOS UNIDOS (CCBEU) – GOIÂNIA/GO BRASIL – CURSO AVANÇADO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM INGLÊS

Curso intensivo, com preparatório para exames finais de proficiência:

- Test of English as a Foreign Language (TOEFL)
- University of Cambridge/Michigan Language Assessments (CAMLA)
- Conclusão: a concluir.

CURSOS COMPLEMENTARES

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES DOS MERCADOS FINANCEIRO E DE CAPITAIS (ANBIMA) - **Compliance Legal, Ética e Análise do Perfil do Investidor,** ministrado em 20/04/2020, com 05 horas-aula com certificado.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES DOS MERCADOS FINANCEIRO E DE CAPITAIS (ANBIMA) - **Fundamentos de Economia e Finanças** ministrado em 19/04/2020, com 08 horas-aula com certificado.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES DOS MERCADOS FINANCEIRO E DE CAPITAIS (ANBIMA) - **Mentalidade Ética,** ministrado em 19/04/2020, com 02 horas-aula com certificado.

005097

GESTÃO DE CONTRATOS, INSTITUTO CEM - ICEM

01/03/2021 - Até 30/06/2021

Atuou de forma coordenada tendo como finalidade o assessoramento da alta administração por meio de exame e avaliação de documentações, tendo como finalidade os seguintes aspectos:

- Adequação e eficácia dos controles, integridade e confiabilidade das informações e registros;
- Integridade e confiabilidade dos sistemas estabelecidos para assegurar a observância das políticas, metas, planos, procedimentos, leis, normas, portarias e regulamentos, assim como da sua efetiva aplicação;
- Compatibilidade das operações e programas com objetivos, planos e meios de execução;
- Mensuração e mitigação dos problemas e riscos, oferecendo alternativas para solução.

ANALISTA FINANCEIRO NIVEL III, INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO - IMED

25/08/2019 - Até 28/02/2021

Realiza serviços na área da administração pública hospitalar, em conjunto com uma equipe multidisciplinar, nacionalmente e internacionalmente reconhecida pelo alto grau de qualificação profissional e de ampla capacidade de gestão e soluções eficientes no ambiente da administração pública hospitalar. Desenvolve tarefas no setor financeiro e de prestação de contas da organização, efetuando serviços correlatos de suporte na área jurídica e operacional nas unidades hospitalares por esta administração gerida.

- Hospital de Urgências de Trindade – HUTRIN (Goiás) Aporte financeiro: 2,6 Milhões mensal.
- Hospital Regional de Formosa – HRF (Goiás) Aporte financeiro: 1,5 Milhões mensal.
- Hospital Regional de Luziânia – HRL (Goiás) Aporte financeiro: 1,6 Milhões mensal.

CONTROLADOR NÍVEL I, CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS – INSTITUTO CEM

05/12/2018 - Até 24/08/2019

Atuou na área de gestão pública, desenvolvendo atividades no setor financeiro e de prestação de contas da Instituição, bem como envolvendo serviços de suporte na área jurídica e operacional das atividades envolvendo o Contrato de Gestão Emergencial 107/2018 CEM/SES.

- Hospital de Urgências de Trindade – HUTRIN (Goiás) Aporte financeiro: 2 Milhões mensal.

CONTROLADOR NÍVEL I, INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR

01/06/2015 - Até 31/08/2018

01/06/2013 - Até 31/05/2015 Assistente de Controladoria

Desenvolveu o seu trabalho em conjunto com uma equipe multidisciplinar, nacionalmente e internacionalmente reconhecida pelo alto grau de qualificação profissional e de ampla capacidade de gestão e soluções eficientes no ambiente da

005098

Rua Presidente Epitácio Pessoa, Q: 42, LT: 18, Sn, Jardim Presidente

(62) 99197-7206 (62) 3290-1375
CV http/lattes.cnpq.br/5714025316060167
yuri-lemes@hotmail.com

YURI LEMES RABELO 01/09/1993

HABILIDADES & COMPETÊNCIAS

- Atuação direta na administração pública.
- Aplicar e transferir conhecimento.
- Capacidade de conciliação e negociação.
- Comunicação, redação e gramática por meios físicos ou tecnológicos eficaz.
- Relacionamento interpessoal e trabalhar em equipe gerenciando conflitos e interesses.
- Pró-atividade.
- Criatividade e adaptabilidade.
- Ética coerência e integridade.
- Habitual e constante busca em desenvolvimento pessoal e em aprendizagem.
- Compromisso com resultados.
- Gerenciar processos, tempo e recursos.
- Planejamento e organização.
- Liderar e atuar estrategicamente.

EXPERIÊNCIA

DIRETOR GERAL, HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ DR. SANDINO DE AMORIM - HEJA

01/07/2021 - Até 31/01/2022

Atuou a frente do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim – HEJA, com atribuições estabelecidas:

- Executar a organização, coordenação, supervisão, administração geral e controle dos trabalhos e atividades no HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ, em atendimento às diretrizes pré estabelecidas em estrita observância ao interesse público e determinações do ESTADO DE GOIÁS.
- Convocar reuniões periódicas com a Diretoria do Instituto CEM para orientação, supervisão e acompanhamento do desenvolvimento das atividades do HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ (HEJA).
- Fornecimento de relatórios semanais das atividades e ocorrências do HEJA para a Diretoria do Instituto CEM.
- Fornecer informações dos resultados das atividades desempenhadas à Diretoria do Instituto CEM para análise e tomada de decisão.
- Exercer todos os esforços para a regular, ininterrupta e eficaz operação do Hospital Estadual de Jaraguá, de modo que os serviços médicos ofertados por esta unidade hospitalar atendam os interesses públicos e do Estado de Goiás.
- Encaminhar ao Instituto CEM as requisições de compra de bens e insumos para o atendimento das necessidades operacionais do HEJA.
- Apresentar para a Diretoria do Instituto CEM relatórios demonstrando a necessidade de contratação e/ou dispensa de pessoal celetista e/ou prestadores de serviços para a respectiva aprovação.
- Conduzir a Direção Geral do HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ (HEJA) com observância dos princípios da moralidade, transparência, impessoalidade, legalidade e eficiência.

005099

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: YURI LEMES RABELO

RG: 53.936.99 SPTC-GO
CPF: 043.402.931-99

Assinatura: Yuri Lemes Rabelo

05100

005101

Estrutura e experiência da Diretoria

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

MEIRE INCARNAÇÃO

005102

005133

Estado de Goiás
Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº **048784278-25**, ***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55 nº 384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC bairro JARDIM GOIÁS, na cidade de GOIÂNIA CE:74810-230 Estado de GOIÁS, prestou serviços ao*** **GRUPO EXECUTIVO DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS - GEED,** inscrito no CNPJ sob nº 17.465.354/0001-04, situado na Rua 104, nº 168, Qd. F-21, Lt 24, 1º e 2º andar, Setor Sul – Goiânia/GO neste ato representada por sua **Diretora Geral, IVÂNIA ALVES FERNANDES,** portadora da CI/RG Nº 593.386/2 e do CPF sob nº 211.236.671-87, detém **Gerencia Técnica e Operacional do Grupo Executivo de Enfrentamento as Drogas – GEED, áreas de assistência a saúde mental de usuários de álcool e outras drogas e, educação em saúde, no planejamento, elaboração, execução e coordenação de cursos e projetos de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e educação em saúde e, apoio e assistência ao terceiro setor.**

Registramos que prestou serviços no: **operacionalização dos projetos/ações estabelecidas pelos órgãos titulares do GEED, contidos no Planejamento Estratégico 2017-2020; dos mecanismos de avaliação contínua dos programas, projetos e ações no âmbito da prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas e repressão ao tráfico de drogas; do controle, distribuição, avaliação e acompanhamento das vagas em Comunidades Terapêuticas, que se encontrarem devidamente regulamentadas, para acolhimento de pessoas com dependência química, conforme disponibilidade orçamentária e de fluxo financeiro; da Articulação e disponibilização de serviços nos equipamentos da rede de saúde mental para acolhimento de pessoas com dependência química; no Diagnostico desenvolvimento e divulgação de capacitações, ações e serviços destinados à prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas, bem como o fluxo deste atendimento em todos os Municípios do Estado de Goiás; no Monitoramento dos programas e ações do plano de trabalho, no âmbito do Poder Executivo Estadual, bem como seu desdobramento em projetos, nos quais constarão responsáveis e prazos por cada ação a serem desenvolvidas a curto, médio e longo prazos; na Articulação, junto às Secretarias Estaduais e Entidades Autárquicas relacionadas o cumprimento das ações estabelecidas de prevenção, tratamento /acolhimento, repressão qualifica e reinserção social; na Elaboração e apresentação para todos os envolvidos, periodicamente, de relatórios contendo o resultado das ações e impactos, bem como promover a sua divulgação; na Representação do órgão ao Ministério Público do Estado de Goiás relacionadas ao planejamento e andamento das atividades e Ações atribuídas a politica de drogas do estado de Goiás constantes do presente Acordo de Cooperação. Sempre atuando na gerencia técnica e operacional de acolhimento, tratamento e reinserção de usuários de álcool e outras drogas e no apoio a gestão de serviços.**

Rua 104 nº. 1 -2671

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (62) 3215-8998
-01331912110872709490571 - http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. 756205C *0024*.
Goiânia, 16 de dezembro de 2019.

Artal Cavalcante de Assunção - Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

005104

005105

IEES!
Instituto de Excelência em Educação e Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº 048784278-25, *RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua* ***55*** *nº* ***384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC*** *bairro* ***JARDIM GOIÁS****, na cidade de* ***GOIÂNIA*** *CE:74810-230 Estado de* ***GOIÁS****, prestou serviços ao INSTITUTO DE EXCELENCIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, CNPJ nº* ***10347669/0001-08****, estabelecida na Rua* ***85****, , nº* ***186****, bairro* ***SETOR SUL****, CEP 74080-010, na cidade de* ***Goiânia****, Estado de GO* , detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para, **ELABORAÇÃO, EXECUSSÃO E COORDENAÇÃO DO PANEJAMENTO DE CURSOS E PROJETOS DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NA ÀREA DA SAÚDE e EDUCAÇÃO.**

Registramos que prestou serviços **NA DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DE CURSOS NA AREA DA SAÚDE OFERTADOS PELO INSTITUTO DE EXCELÊNCIA EM EDUCAÇÃO E SAÚDE- IEES, DESDE DE MAIO DE 2010 ATÉ A PRESENTE DATA.**

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005)**

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Cidade, 20 de agosto de 2019.

Cartório Antônio do Prado

Manuela Echebarria de Almeida

MANUELA ECHEBARRIA DE ALMEIDA
DIRETORIA FINANCEIRA

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Matheus Lopes Ferreira
Suboficial e Escrevente

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Conferido por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
ROBELLO MANUELA ECHEBARRIA DE ALMEIDA
Em testemunho da verdade.
GOIANIA-GO, 05 de Dezembro de 2019, às 14:31:37 horas.
MATHEUS LOPES FERREIRA - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo:00071912042801509460378

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562489493039 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dob Fé Em Test de
Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 os436880
Leonardo Silveira Araujo Escrevente

005106

005107

QFTreinamentos

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº 048784278-25,***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua*** *55,* ***nº*** *384 apt.201/a, ed. Flamboyant Parc,* ***bairro*** *jardim goiás,* ***na cidade de*** *Goiânia****CEP:74810-230,*** ***Estado de*** *GOIÁS,* *prestou serviços a,* ***QFTreinamentos,CNPJ nº*** Cnpj: 09.017.806/0001-67***, estabelecida na rua*** *106 norte, alameda 02, , LT. 04 E 05- ed. Palmas business center, sala 905,* ***bairro*** *conjunto I,* ***CEP: 77006-054, na cidade de*** *Palmas,* ***Estado do*** *Tocantins,*detém qualificação técnica paraCoordenaçãoem áreas Gestão da Qualidadee de Recursos Humanos cujo desempenho se deu em contrato de prestação de serviço **no período de 12 de agosto a 28de outubro de 2018, no município de Goiânia, totalizando 94 horas de consultoria técnica, no valor de R$ 95.000,00 (noventa e cinco mil reais).**

Registramos que prestou serviços na:coordenação do planejamentoda seleção, movimentação e qualificação de Recursos Humanos de contratos firmados com a empresa ***QFTreinamentos***,atuando na:

- ✓ Elaboração e coordenação de projetos de qualificação profissional e técnica da força de trabalho;
- ✓ Na pesquisa de satisfação de clientese;
- ✓ Em projetos de extensão na área da gestão da qualidade e inovação empresarialnas áreas da saúde e educação.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

2º TABELIONATO

Palmas, 28 de outubro de 2018.

Queila Figueiredo
Presidente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1466 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1914
AUTENTICACAO
01131912010562409493041 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé Em Testº Da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2018.cs493890
Leonardo Silveira Araújo.Escrevente

2º TABELIONATO DE NOTAS DE PALMAS/TO
Sagramor Angela Pizzolli - Tabeliã
Confirme a Autenticidade: http://corregedoria.tjto.jus.br/index.php/selodigital
Selo Digital nº 126486AAC327714-DGG
Reconheço por "VERDADEIRO" a assinatura indicada de QUEILA MONTEIRO DE FIGUEIREDO. Dou fé. Palmas/TO, 28 de agosto de 2018. 63546B. EMOLUMENTOS: R$2,50, Taxa Judiciária: R$0,70, Funcivil: R$0,50, ISS: R$0,12. TOTAL: R$3,82. Luana Tamara Delazeri. Escrevente Auxiliar.
Quadra 104 Norte - Av. LO-02, nº 22 - Centro - Palmas/TO - CEP: 77.006-022 - Fone: (63) 3215.7200

QF Treinamentos e Desenvolvimento

Cnpj: 09.017.806/0001-67

contato@queilafigueiredo.com.br

905109

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. P-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493045 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº da Verdade. Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019. cs436878
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

Com vistas ao fornecimento do seguinte objeto contratado:

1.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS

1.1.1 ESTRUTURA FÍSICA OPERACIONAL E FUNCIONAL

1.1.1.1 Analisar os regulamentos Técnicos em conformidade com recomendações dos órgãos externos de fiscalização;

1.1.1.2 Analisar a caracterização visual da UPA 24h – de acordo com a Portaria nº 2.838/GM/MS – 2011;

1.1.1.3 Levantar a existência de Protocolos clínicos na Unidade;

1.1.1.4 Levantar a existência de Regimentos Internos;

1.1.1.5 Levantar existência de Procedimentos Operacionais Padrões (POP's)

1.1.1.6 Levantar a existência de estruturas apropriadas para ensino, pesquisa e extensão na Unidade;

1.1.1.7 Levantar a existência de convênios, termos de cooperação técnica e contratos referentes à oferta de ensino, pesquisa e extensão na Unidade.

1.1.1.8 Levantar a existência de protocolos para oferta de ensino, pesquisa e extensão na Unidade;

1.1.1.9 Levantar a existência e operacionalização de sistemas da gestão do controle e avaliação da Unidade.

1.1.1.10 Levantar e analisar o sistema integrado de gestão pública de saúde na Unidade;

1.1.1.11 Levantar a existência de um sistema de registro e controle de ponto biométrico;

1.1.1.12 Levantar a existência de organograma da Unidade.

1.1.2 COMPOSIÇÃO ECONÔMICA E FINANCEIRA

1.1.2.1 Levantamento dos gastos com Pessoal Direto e Indireto na Unidade;

1.1.2.2 Levantamento dos gastos com Manutenção preventiva e corretiva (com terceiros ou próprios);

1.1.2.3 Levantamento dos Bens de uso depreciados e a depreciar;

1.1.2.4 Levantamento dos gastos fixos para manutenção operacional da estrutura administrativa:

- Água / Luz, Internet e Telefone;
- Materiais de Expediente e Limpeza;
- Lanches e Refeições e etc.

1.1.2.5 Levantamento dos gastos com Contratos de Terceiros;

1.1.2.6 Identificação e análise as FONTES DE RECURSOS disponíveis para custeio operacionais diretos e indiretos;

1.1.2.7 Identificação dos custos efetivos de processamento, manutenção e conservação dos vestuários e instrumentais hospitalares;

1.1.2.8 Identificação da oferta e/ou potencialidade de implantação ou implementação de programas de residência médica e multiprofissional na Unidade;

005110

005111

1.2 FORMATAÇÃO DO CAGES (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE).

1.2.1 LEGISLAÇÃO DO CAGES

1.2.1.1 Elaboração da minuta de lei (resolução, portaria, projeto de lei...);

1.2.1.2 Definição da estrutura física operacional;

1.2.1.3 Definição do perfil funcional dos membros da comissão;

1.2.1.4 Construção da minuta de regimento interno do CAGES;

1.2.1.5 Submissão à apreciação e aprovação dos gestores responsáveis;

1.2.1.6 Submissão a apreciação junto ao departamento jurídico da SMS.

Goiânia -Goiás, 04 de setembro de 2019.

Dirceu Júlio de Cantuária Almeida
Auditor e Sócio administrador
CRC-GO-11.745/O-6 / CPF: 381.519.951-49

Eliane Joana Cláudio Almeida
Consultora e Sócia operacional
CRC/GO-023694/O-8 / CPF: 808.249.001-20

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 • Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
02051907311057094603586, 02051907311057094603587 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança as assinaturas de ELIANE JOANA CLAUDIO ALMEIDA, DIRCEU JULIO DE CANTUARIA ALMEIDA. Dou fé Em Testº da Verdade.
Goiânia-GO, 04/09/2019 - 15:01:56h.cs1290770 *0005
Ezequiel da Silva Carvalho Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 • Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493043 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé Em Testº de Verdade. Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs496873
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

995113

CONEXÃO MASTER	INSTITUTO CONEXÃO MASTER - ICM Treinamentos, Assessoria e Mentoria ATESTATDO DE CAPACIDADE TÉCNICA	Emissão: 10/07/2018 Versão única

Dados para conferência:

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES

CPF sob o nº 048784278-25, RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55, nº 384 apt. 201/A, Ed. Flamboyant Parc, Jardim Goiás - Goiânia Goiás, CEP:74810-230.

INSTITUTO CONEXÃO MASTER

CNPJ nº 08.877.988/0001-83, estabelecida na Qd106 norte, Al 02, lt. 04 e 05- Ed. Palmas Business Center, Sala 905, Conjunto L - PalmasTocantins, CEP: 77006-054.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 182 / 184 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3225-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493047 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test° da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs40589
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

005114

005115

ALCANCE
Clínica Médica e Exames em Geral

Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005).

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

GOIÂNIA, 25 de Agosto de 2019.

Leo Antonio de Almeida
Médico / Resp. Técnico
CRM-GO 15.615

Dr. LEO ANTONIO ALMEIDA
Diretor Geral

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Fone: (62) 3238-0066 | 98416-0970 | www.cartorioantoniodoprado.com.br

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
[LDWXzr0]-LEO ANTÔNIO DE ALMEIDA
Em testemunho da verdade.
GOIANIA-GO, 05 de Dezembro de 2019, às 14:30:45 horas.

MATHEUS LOPES FERREIRA - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo:00071912042801509460375

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Matheus Lopes Ferreira
Suboficial e Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1486 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493051 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test... da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs49688C
Leonardo Silveira Araujo Escrevente

005116

905117

Clínica Revitale
A Solução para quem você Ama!
Especialistas em Tratamento de dependências químicas e comportamentais
Internações involuntárias e Voluntárias
CNPJ: 17372032/0001-10
paredeusardrogas@gmail.com www.clinicarevitale.net

QUALIDADE MATRIX

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL(UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005).**

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1468 - Qd. F-45 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1614
01131912010471009463149 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura de LUIS GONZALO GOMEZ BARRETO. Dou fé Em Test° da Verdade.
Goiânia-GO, 05/12/2019 - 16:48:05 cs646783 *0026
Leonardo Silveira Araújo - Escrevente

GOIÂNIA, 25 de Agosto de 2019.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1468 - Qd. F-45 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493049 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test° da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs496887
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

Dr. Luis Gonzalo Gomez Barreto
CRM/GO 5679
Psiquiatra
Pós-Graduado em Dependência Química
UNIFESP

Luis Gonzalo Gómez Barreto - CRM 5679 – RQE 7691
Médico Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria / Associação Médica Brasileira
Pós-graduado em Dependência Química – Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP
Capacitação para Tratamento de canabinoides:
INTERCAN International Cannabis Academy - Instituto HealthMetrix
Coordenador técnico-clínico do Centro Estadual de Avaliação Terapêutica álcool e drogas - CEAT AD
Diretor Técnico da Clínica Revitale

UNIDADE DE INTERNAÇÃO
Alameda das Flores, Chácara 3, No 100 - Village Casa Grande – Goiânia – GO - (62) 3261-1553 Ol
Próx. do Shopping Passeio das Águas e da Av. Perimetral Norte – Atrás da CARGIL – 74.690-821

UNIDADE AMBULATORIAL – ED. LOURENÇO OFFICE
Av. T-7 esq. Av. Mutirão – Sala 1204 – Setor Oeste – Goiânia – GO
(62) 9 9979-1700 – Em frente a SAGA – 74.140-110

005118

005119

Universidade Norte do Paraná

Estado do Paraná

UNOPAR

A Reitora da Universidade Norte do Paraná,

no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 04 de julho de 2009 do

Curso de Graduação em Pedagogia

e a sessão solene de colação de grau em 13 de agosto de 2009, confere o título de

Licenciado em Pedagogia a

Meire Incarnação Ribeiro Soares

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 06 de setembro de 1963, RG 130.268-MS, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Londrina, 17 de setembro de 2009.

Diplomada

Elizabeth Bueno Laffranchi
Reitora

Marco Antonio Laffranchi
Chanceler

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
Consulte em
Confere com o original. Dou fé. Em test.º da verdade Goiânia-GO, 26 de abril de 2019 às 07:59.
Thiago Maurício de Souza Assis Escrevente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

005120

CASA DA MOEDA DO BRASIL

095121

Certificado de Especialização

Universidade de Brasília
Diretoria de Administração Acadêmica

Certificamos que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES** portador(a) do documento de identificação 130 268 SEP MS nascido(a) em 06 de setembro de 1963 nacionalidade brasileira natural do Estado do Paraná concluiu o curso de especialização EM FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA da UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, no período de 14 de abril de 1999 a 28 de abril de 2000 com duração de ///465/// (QUATROCENTAS E SESSENTA E CINCO) horas.

Brasília, 07 de março de 2001

Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

Certificado registrado sob o nº 314

no livro nº 008 **folha nº** 063

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
0206190206128900492778S - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original
Goiânia-GO, 26 de abril de 2019

0057122

005123

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

El Rector de la Universidad de Extremadura otorga este

CERTIFICADO-DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS

a

Dña. MEIRE INCARNAÇÂO RIBEIRO SOARES

por haber superado con la calificación de NOTABLE el día 22 de Noviembre de 2002 la evaluación de los conocimientos en los periodos de docencia e investigación que prevé el artículo 6 del Real Decreto 778/1998, de 30 de abril, correspondientes al Programa de Doctorado FORMACIÓN DEL DOCENTE UNIVERSITARIO del Departamento de INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, con las calificaciones de: Periodo de docencia, NOTABLE (7,43) y Periodo de investigación, APROBADO (6).

El interesado accedió a los estudios de tercer ciclo con título extranjero sin homologar en virtud de la Disposición Adicional Primera del señalado Real Decreto 778/1998.

Este documento certifica, al amparo del mencionado Real Decreto, el reconocimiento de los Estudios Avanzados realizados por el interesado en el área de conocimiento de DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR, y acredita su Suficiencia Investigadora.

Badajoz, 17 de Noviembre de 2004

La interesada

El Rector

Fdo: J. Francisco Duque Carrillo

Nº de Registro: 846

UU5124

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO

005125



Currículo lattes

Dra. Meire Incarnação Ribeiro Soares

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8435099107791883

Possui graduação em **FISIOTERPIA** pela Universidade do Oeste Paulista (1984), graduação em **PEDAGOGIA** pela Universidade Norte do Paraná (2009), acadêmica em **DIR**EITO pela faculdade Raizes-GO, Especialização em fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização aperfeiçoamento em gestão dialógica e comunicação para a gestão escolar- ENSP/FIOCRUZ(2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropoliticas de Saúde – UFF(2015), curso de aperfeiçoamento em metodologias ativas - PBL (UniEvangelica), Mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanalise -Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005). Exerceu a presidência da comissão de educação do Conselho Regional de Fisioterapia 11º, Presidente da Comissão de Tomadas de Contas do Conselho Regional de fisioterapia 11º (2007 a 2010), membro titular do conselho fiscal da Abenfisio (2009a 2010), Delegada Regional da Associação Brasileira de Educação em Fisioterapia, Professora do curso de fisioterapia e Educação Fisica da Universidade Estadual de Goias-UEG/GO (1998 a 2003), Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da UNIP/GO (2000 a 2002), diretora da Área da saúde e Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Padrão-GO (2001 a 2003), Pró-reitora acadêmica e Coordenadora do Curso de Fisioterapia da FAGO/GO (2002 a 2003); Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Tamandaré-GO (2003 a 2007), Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Uni-Evangélica- GO (2006 a 2009), Professor adjunto dos Cursos de Fisioterapia, Farmácia e Medicina da Fundação UNIRG-TO (2009 a 2011), Tutora do projeto Caminhos do Cuidado –Ministério da Saúde/SES-GO, Colaboradora Técnica Pedagógica do Instituto de Excelência em Educação e Saúde- IEES (2009 a 2016). Colaboradora técnica pedagógica de curso de Medicina, Farmácia, Biomedicina, Enfermagem e Fisioterapia do Instituto Educacional Qualitas-SP (2005 a 2009), Consultoria nas áreas de saúde para instituições de ensino técnico profissional e superior no credenciamento/ recredenciamento de instituições e de cursos de graduação e pós-graduação, Tem experiência profissional clinica e em homecare na área de Fisioterapia Neurológica, Membro Efetivo da Câmara técnica de Educação e Trabalho do CONASS (2011 A 2015),Membro Suplente do CONASS na Câmara Técnica de Residência Multiprofissional em Saúde- CNRMU/MEC, Membro Efetivo da Grupo técnico da CIB (2011/2015) e membro efetivo da Câmara Técnica da CIB(2011/2015), Membro efetivo da mesa de negociação permanente do plano de cargos, carreira, salários e vencimentos da SES/GO, 2011/2015); Membro efetivo do colegiado

005126

905127

UNINTER

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL

Certificado

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES

tendo em vista a conclusão do curso

GESTÃO HOSPITALAR,

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*, o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução em vigência.
Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 27 de Fevereiro de 2020.

006128

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES
Especialista

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

905129

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás – Dr. Albanir Faleiros Machado - Herso

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás – Dr. Albanir Faleiros Machado - Herso, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 13 de setembro de 2023

DECLARANTE: Meire Incarnação Ribeiro Soares

RG: 130.268 - SSJP-MS

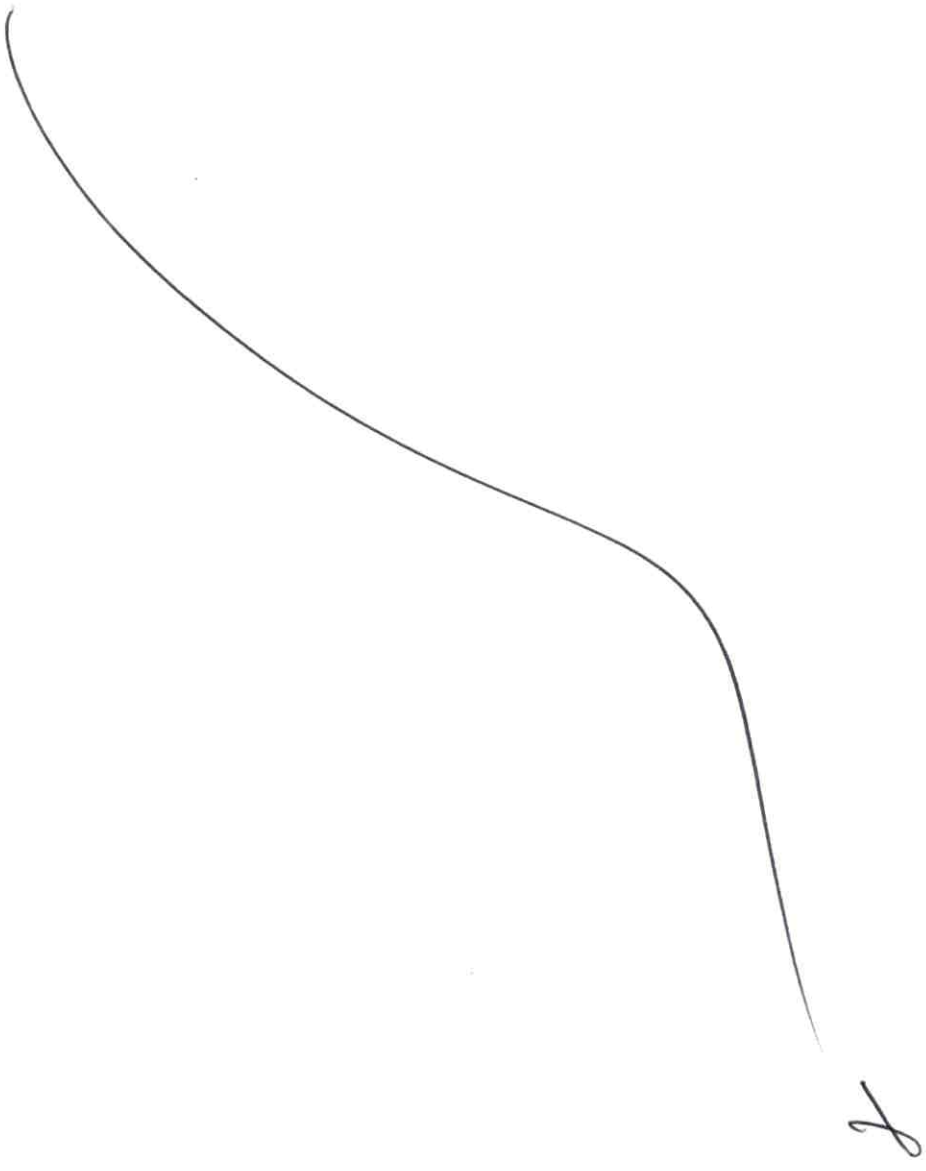
CPF: 048.784.278-25

Assinatura:_____

005130

005131

005132



Estrutura e experiência da Diretoria

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

ADECEILDES ROCHA

5133

Adecildes Dals Rocha

Rua Guajará – Quadra 194 – Lote 05 nº 95 Parque
Amazônia - Goiânia - GO
(62) 99121-2842
adecildes@hotmail.com
57 anos · Brasileiro · Casado

Objetivo Profissional: Gestor Hospitalar ou de Saúde

RESUMO DE QUALIFICAÇÕES

- Profissional com excelente experiência na área de Gestão Hospitalar e de Saúde, em entidades e órgãos públicos, atuando para garantir todas as metas estabelecidas através de uma gestão participativa, administrando materiais, recursos humanos, patrimônio, informações, recursos financeiros, orçamentários, tecnológicos, processos e métodos organizacionais.
- Desenvolver planejamento estratégico, identificando oportunidades, avaliando a viabilidade e fazendo recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novos negócios.
- Capacidade de produzir e relatar dados da Gestão Administrativa com precisão e comunicar-se de forma eficaz com os stakeholders e superiores, a fim de facilitar uma tomada de decisão ideal.
- Controlar e apoiar em processos relacionados à área Administrativa, propondo melhorias que tragam resultados positivos ao negócio.
- Habilidades de comunicação interpessoal, gestão de pessoas, percepção crítica e analítica para análise de melhoria em processos administrativos.
- *Participação em diversas palestras e congressos.*

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Pós-Graduação em Administração Hospitalar – concluído em 1992.
IPH – Instituto de Pesquisas Hospitalar
Graduação em Administração Hospitalar – concluído em 1991.
IPH – Instituto de Pesquisas Hospitalar

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

⇨ Informática: Pacote Office (Word, Excel, PowerPoint, Outlook e Internet).
⇨ Curso: **Conhecimentos dos Regulamentos e Rotinas Técnicos Burocráticos** – Hospital Kreiskrankenhaus-Rottweil.
⇨ Curso: **Capacitação de Gestores do Fundo Rotativo de Saúde** – Secretaria da Saúde.
⇨ Curso: **Elaboração de Projetos** – Secretaria da Saúde.
⇨ Curso: **Direito Previdenciário** – Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

5135

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Jan/2020 ate fev/2021 Secretaria Municipal de Saúde de Rio verde - GO
Cargo: Assessor especial – Maternidade Augusta Bastos
Localidade: Rio Verde - GO

Jun/2017 até Dez/2018 **Secretaria Municipal de Saúde de Goiatuba/GO**
Cargo: Secretário Municipal de Saúde e Diretor Geral do Hospital Municipal Doutor Henrique Santillo
Localidade: Goiatuba/GO

Fev/2013 até Jul/2015 **Hospital Ortopédico de Goiânia**
Cargo: Administrador Hospitalar
Localidade: Goiânia/GO

Jun/2010 até Fev/2013 **Hospital e Maternidade Dona Iris**
Cargo: Coordenador Administrativo
Localidade: Goiânia/GO

Abr/2006 até Fev/2011 **Tribunal de Contas do Estado de Goiás**
Cargo: Assessor e Analista de Processos das Contas dos Hospitais Públicos de Goiânia
Localidade: Goiânia/GO

Nov/2003 até Abr/2005 **Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Goiás**
Cargo: Administrador Hospitalar
Localidade: Goiânia/GO

Principais Atividades Desenvolvidas:

- *Executar as políticas sociais e econômicas, cumprindo as diretrizes estratégicas estabelecidas pela Mantenedora em relação ao Hospital.*
- *Administrar o hospital, assegurando regularidade do seu funcionamento, de acordo com este regulamento e em consonância com o contrato de gestão e as diretrizes estabelecidas pela mantenedora, visando atender plenamente a clientela SUS, adstrita a sua área de regionalização.*
- *Preparar planejamento estratégico obedecendo a diretrizes da entidade mantenedora e as políticas públicas definidas pelo Gestor de Saúde do Estado de Goiás.*
- *Implementar as estratégias, exercendo diretamente o comando da execução das diretrizes e metas do hospital, ouvindo os diretores das respectivas diretorias do hospital, e em consonância com a Secretaria.*
- *Estabelecer plano de metas e definir indicadores de controle e avaliação para o hospital, submetendo-os à Secretária de Saúde e respondendo pela operacionalização.*
- *Realizar as despesas ordinárias do hospital e obter, por escrito, autorização da Entidade paras as extraordinárias.*
- *Elaborar os contratos de prestação de serviços, fornecimentos e de terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da entidade.*
- *Implementar as políticas de: qualidade, contratação de pessoal, salários, assistência, aquisição, alienação e pagamentos.*
- *Planejar a manutenção preventiva dos equipamentos médicos, controle de estoque de materiais, a limpeza e até o destino dos resíduos hospitalares.*
- *Participar das reuniões, eventos e treinamentos desenvolvidos pelos órgãos competentes.*
- *Representar o hospital como membro do Conselho de Saúde do Município.*
- *Emissão de relatório periódico das atividades da unidade.*

5137

Faculdade de Administração Hospitalar

do

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

(1) Diretor da Faculdade de Administração Hospitalar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração em 21 de dezembro de 1990, confere o título de

Bacharel em Administração a

Adecildes Dias Rocha

brasileiro, natural do Estado de Goiás

nascido a 22 de janeiro de 1962, cédula de identidade R.G. nº 13.863.164,

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 20 de março de 1991.

Maria Graciliria Camilo
Secretário

Diplomado

Diretor

5138

Curso de Administração Hospitalar
Reconhecido pelo Decreto n.º 79.268 em 14-02-77,
DOU de 15-02-77.

APOSTILA

O diplomado concluiu nesta Faculdade a habilitação:

Administração Hospitalar.

São Paulo, 20 / 03 / 91

Maria Graciliana Camilo
Secretário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Anotada a Apostila
São Paulo, 11 de novembro de 1991
RCZ-id.
Secção de Registro de Diplomas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 906050
Processo n.º 91.1.37391.1.4
Em 11 de novembro de 1991
RCZ-id.
Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias N.os 726/77, 71/77, 80/79 e 91/80)

CONFERE
Em 10 / 09 / 1992
Secção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.
São Paulo, 01 SET 1992
Profa. Dra. LOR CURY
Secretária Geral

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE GOIÁS | GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
Desenvolvimento com Responsabilidade

5139

SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
GESTÃO DE COMPETÊNCIAS

COF
10
ANOS

Confere a

Adecildes Dias Rocha

Este certificado de participação no

I Seminário das Unidades Correcionais do Executivo Estadual

Realizado no **Auditório do CAT** nos dias **14 e 15 de Agosto de 2008**, com duração de **16 Horas/aula**.

Luisa das Graças Tomé
Gerente de Desenvolvimento de Pessoas

José Carlos de Oliveira Pajaro
Chefe da Corregedoria Fiscal

5140

TEMAS MINISTRADOS

	Carga Horária
1. **Palestra:** A Sindicância Administrativa e seu Papel Inqueritorial	1h40min
2. **Palestra:** O Processo Administrativo Disciplinar	1h40min
3. **Palestra:** Investigação Patrimonial	1h50min
4. **Palestra:** Lesão ao Erário na Infração Ético - Disciplinar	1h30min
5. **Palestra:** A Prova no Processo Administrativo Disciplinar	1h30min
6. **Palestra:** Nulidade e Prescrição	1h40min
7. **Palestra:** Normativa da Súmula 343 do STJ e Súmula Vinculada nº 05 do STF	1h30min

Registro nº 02
Livro nº 04
Folha (s) nº 120

Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS

INAMPS / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO
DO
HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS

CERTIFICADO

O QUE É A RESIDÊNCIA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR?

Certificamos que

ODECILDES D. ROCHA participou da palestra ministrada neste hospital em 30.03.88.

DATA : S.Paulo, 07 de abril 19 88
LOCAL : Hospital Infantil Darcy Vargas

Ana Raquel de Almeida
COORDENADORA E ORGANIZADORA DA PALESTRA

5142

CERTIFICADO

V

DIREITO ADMINISTRATIVO

472

Certificamos que

Adecildes Dias Rocha

participou do **CONGRESSO GOIANO DIREITO ADMINISTRATIVO**, realizado de 30 de maio a 01 de junho de 2006, no Centro de Convenções de Goiânia.

Carga Horária: 30 horas

Goiânia, 01 de junho de 2006.

Prof. Fabrício Motta
Diretor presidente do IDAG

Idag Instituto de Direito Administrativo de Goiás

PROGRAMAÇÃO OFICIAL

5143

30/05/2006 – Terça feira

09:30 - Conferência de Abertura
O Estado em juízo: prerrogativas ou privilégios?
Romeu Bacellar Filho (PR)

Presidência: Dep. Vilmar Rocha (UFG)

10:30 - Painel 1 – Direito Urbanístico
Alcance do conceito de "justa indenização" na desapropriação
Francisco Taveira Neto (GO)
O IPTU progressivo como instrumento de ordenação
Frederico Telho (GO)

Presidência: Dr. Eriberto Marin (UFG)

14:00 - Painel 2 – Licitações Públicas
Desconsideração da personalidade jurídica nas licitações
Edgar Guimarães (PR)
Novas modalidades de contratação e a Lei 8.666/93
Vera Monteiro (SP)

Presidência: Dr. Juscimar Pinto Ribeiro (IDAG)

16:20 - Painel 3 – Controle da Administração Pública
Controle de Constitucionalidade pela Administração Pública
Juliano Taveira Bernardes (GO)
Administração Pública e súmula vinculante
Bruno Bizerra (GO)
O controle do orçamento público
José Siqueira (GO)

Presidência: Dr. João Furtado (PGE)

31/05/2006 – Quarta feira

08:30 - Painel 4 – Servidores públicos
Questões polêmicas sobre o regime remuneratório do servidor público
Antônio Flávio (GO)
Reajuste e revisão da remuneração e responsabilidade civil do Estado
Ricardo Papa (GO)
Relações entre o regime geral de previdência e o regime próprio dos servidores
Fernando Cleber de Araújo Gomes (GO)

Presidência: Cons. Paulo Rodrigues (TCM-GO)

10:40 - Conferência
Repercussões das decisões do judiciário nas competências dos Tribunais de Contas
Benjamin Zymler (DF)

Presidência: Cons. Sebastião Tejota (TCE-GO)

14:00 - Painel 5 – Consórcios Públicos
Principais inovações da Lei 11.107/05
Leila Prudente (GO)
Consórcios municipais e prestação de serviços públicos
Odete Medauar (SP)

Presidência: Dr. Benedito Torres Neto (AGMP)

16:00 - Painel 6 - Constituição e Direitos Fundamentais
Defensoria pública e assistência jurídica aos necessitados
Alexandre Tocantins (GO)
Devido processo legal e o Estado em juízo
Valentina Jungmann (GO)

Presidência: Dr. Leonardo Buissa Freitas (JF-GO)

01/06/2006 – Quinta feira

08:30 - Painel 7 – Regime Jurídico da Administração Pública
Anulação de atos administrativos e o princípio da segurança jurídica
Ari Queiroz (GO)
Governo e judiciário entre os princípios da moralidade e eficiência administrativa
Emerson Gabardo (PR)
Princípio da publicidade, propaganda e eleições
Spiridon Anyfantis (GO)

Presidência: Dr. Nélson Figueiredo (IDAG)

14:00 - Painel 8 – Constituição e Poder Judiciário
O controle das CPIs pelo Poder Judiciário
Felicissimo Sena (GO)
Questões concretas sobre mandado de segurança
Cristiana Fortini (MG)
Controle jurisdicional das políticas públicas
João Batista Gomes Moreira (DF)

Presidência: Dra.Sandra Regina Teodoro Reis (ASMEGO)

16:30 - Conferência de Encerramento
"Congruências e paradoxos do regime jurídico-administrativo contemporâneo".
José dos Santos Carvalho Filho (RJ)

Presidência: Fabrício Motta (IDAG)

Adh'2004
SÃO CAMILO HOSPITALAR

A Saúde que Queremos: Inclusão Social e Gestão Profissional.

5144

Certificado

Certificamos que ADECILDES DIAS ROCHA

participou do(a) IX Congresso Brasileiro de Gestão Financeira e Custos Hospitalares
e V Congresso Internacional de Gestão Financeira e Custos Hospitalares

realizado no Expo Center Norte - São Paulo - SP no(s) dia(s) 01 e 02 de Junho de 2004, com a carga horária total de 16 HORAS na categoria de CONGRESSISTA.

Prof. Dr. Léo Pessini
Superintendente da União Social Camiliana.

Prof. Dr. Christian de Paul de Barchifontaine
Reitor do Centro Universitário São Camilo e
Presidente do Adh'2004 – São Camilo

ENTIDADE PROMOTORA
CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

5145

GOIÁS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo do Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Gestão

Centro Formador de Recursos Humanos

CERTIFICADO

SUS

Conferido a **Adecildes Dias Rocha**

por ter participado como Discente

no curso I Seminário de Gestão Municipal e Regional do SUS em Goiás – Pactuação dos Indicadores de Atenção Básica em Saúde

no período de 22 e 23.02.2005

com carga horária de 16 horas

Goiânia, 23 de FEVEREIRO de 2005

Dr. Carlos Alberto Lisboa Vieira
Superintendência de Gestão

Adm. Héria A. Monteiro e Silva
Diretoria Geral
Centro Formador de Recursos Humanos

TEMA

- **O PAPEL DA SES NA IMPLANTAÇÃO DO SUS.**
- **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM SISTEMAS MUNICIPAIS.**
- **PACTUAÇÃO DOS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.**

5146

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUGES/CENFORH
REGISTRO DE CERTIFICADOS

Livro nº: 25 Fl: 78

Nº: 21775 Resp: Ronaldo

5147

CERTIFICADO

GOIÁS

SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo do Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Gestão

Centro Formador de Recursos Humanos

Conferido a **Adecildes Dias Rocha**

por ter participado como Discente

no curso I Seminário Goiano de Tecnologia Médico-Hospitalar

no período de 15 a 17.12.2003

com carga horária de 24 horas

Goiânia, 17 de DEZEMBRO de 2003

Superintendência de Gestão
Drº. Carlos Alberto Lisboa Vieira
Superintendente de Gestão - SES/GO

Diretoria Geral
Centro Formador de Recursos Humanos
Adm. Héria A. Monteiro e Silva
Diretora Geral do CENFORH-SUGES
SES

TEMA

- **A Resolução RDC nº 50;**
- **Conceitos básicos de ar condicionado. Resolução RDC nº 50 e instalações de climatização em EAS;**
- **A Portaria GM/MS nº 3523/98 e suas exigências;**
- **Resolução RE nº 09/03 e Resolução QAI em EAS (a ser publicada);**
- **Arquitetura X Controle de infecção em Serviços de Saúde (Materiais de Acabamento);**
- **Resolução RDC nº 50 - Instalações de Gases Medicinais;**
- **Resolução RDC nº 50 - Instalações Elétricas em EAS;**
- **Apresentação da experiência do Centro de Engenharia Biomédica (CEB) em implantar uma central de manutenção local - Caso Hospital das Clínicas (HCUNICAMP). Podendo ser expandida para experiência na implantação da Central de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares – CERMEQ – Caso CERMEQ Jaú-SP;**
- **Apresentação da experiência do Colégio Técnico da UNICAMP (COTUCA) em implantar um curso de formação de técnicos em manutenção de equipamentos médico-hospitalares – Caso COTUCA. Podendo ser expandida para experiência na implantação do curso de capacitação de artífices, técnicos em equipamentos e engenheiros clínicos - Caso Projeto Nordeste/MS.**

Coordenação:

Dra. Maria Paula Curado
Superintendência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde Leide das Neves Ferreira/SULEIDE

Engº Ricardo Alcoforado Maranhão Sá
Gerência de Avaliação e Incorporação Tecnológica em Saúde/SULEIDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
SUGES / CENFORH
REGISTRO DE CERTIFICADOS

Livro nº: 23 Fl 70

Nº 17685 Resp. Ronaldo

5148

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG

Goiânia, 19 de dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a pedido e para os fins de comprovação, que o Sr **ADECILDES DIAS ROCHA**, **CPF: 031.606.508-04**, foi funcionário (a) da Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (FUNDAHC/HC), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita sob o CNPJ 02.918.347.0001/43 sob o regime da CLT, com sede á Primeira Avenida nº. 545 – Setor Leste Universitário, Goiânia – Goiás.

O (a) supracitado (a) funcionário (a) laborou no Departamento de Diretoria– HMDI, na função de Diretor Administrativo e Financeiro. No período de 18/06/2012 a 21/08/2013.

02.918.347/0001-43
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Primeira Avenida nº 545
Leste Universitário
CEP: 74.605-020
GOIÂNIA - GO

Atenciosamente,

Cristiano Crispim de Figueiredo Souza
Gerente de Gestão de Pessoal/FUNDAHC

Estado de Goiás

AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS

A P O S T I L A

O PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, no uso de suas atribuições legais, **DECLARA** que, por Portaria n.º 1.849 de 18 de agosto de 2003, publicado à (s) pág. (s) 03 do Diário Oficial nº 19.221 de 21 de agosto de 2003, foi nomeado (a), e retificado pela Portaria nº 2.015 de 04 de setembro de 2003, do Gabinete Civil da Governadoria, apenas quanto ao nome de ADELCIDES DIAS ROCHA que fica assim grafado: **ADECILDES DIAS ROCHA,** para, em comissão e a partir de 18 de agosto de 2003, exercer o cargo de **Assessor Especial "C", Ref. III,** na Secretaria da Saúde.

GABINETE DO PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, em Goiânia, aos 05 dias do mês de setembro de 2003, 115ª da República.

JEOVALTER CORREIA SANTOS
P/ PRESIDENTE

MARIA HELENA A SILVA
Chefa de Gabinete- Portaria n.º 454/2001
AGANP-GO

MATRÍCULA - IPASGO
4070275
ASS.
DATA: 09/09/03

Agência de Administração

GERÊNCIA EXECUTIVA DE PESSOAS
SUBGERÊNCIA DE CADASTRO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL
Tomou posse e recebeu a 1ª via em
09 / Setembro / 2003
Responsável

apostila ADECILDES.doc

5150

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS** instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. É o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 120.06212.71-2

NÚMERO: 7175605 | SÉRIE: 0030 | U.F.: GO

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

MOTIVO

L E G E N D A

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | C - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADECILDES DIAS ROCHA

FILIAÇÃO.....: ULISSES DIAS DA ROCHA
LAURINDA MARIA DA ROCHA

NASCIMENTO....: 22/01/1962 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL....: CASADO

NATURALIDADE: GURUPI - TO

DOCUMENTO.....: C. I. 13863164 12/06/1979 SSP SP

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 031.606.508-04 CNH.....: 02268455599

TIT. ELEITOR: 143317080132 SEÇÃO: 243 ZONA: 127

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/GO - 19/05/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

5151

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH ..... DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS Dec. nº 879 de 12 de julho de 1993 ☐ SIM ☐ NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO 14770 SÉRIE 00015 UF SP DATA DE EMISSÃO 21/02/1990

19/05/2011 Alzina R. de Souza

Auxiliar Operac. de Serviços Diversos

NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR 01.624.477/0001-00

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, Nº 1440 SETOR OESTE - CEP 74115-030

MUNICÍPIO GOIÂNIA-GO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO Clínica Médica

CARGO Administrador

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO 01 DE julho DE 2011

REGISTRO Nº 06 FS. FICHA 23

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por mês

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

Dr. Nabyh Salum

DATA DE SAÍDA 23 DE Maio DE 2012

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

Dr. Nabyh Salum

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador : FUNDAHC

CNPJ: 02.918.347/0001-43

Endereco PRIMEIRA AVENIDA 545

Bairro LESTE UNIVERSITARIO

Cidade GOIÂNIA GO

Esp. Estabelec OUT.ATIV.ASSOCIATIVAS

Cargo ADMINISTRADOR II

Cod.CBO 09220

Data Admissao 18/06/2012

Ficha Nº 3130

Remuneracao especificada: 2.494,00

DOIS MIL QUATROCENTOS E NOVENTA E QUATRO REAIS

Prof. Nilzio Antonio da Silva
Diretor Executivo
FUNDAHC/UFG

FUND.DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLINICAS

DATA DE SAÍDA ..... DE ..... DE .....

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FS. FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

DATA DE SAÍDA DE DE

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

09

5152

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA EM CONTINUAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE HIDROLÂNDIA
CONVÊNIO

Número 14 770 Série 00015 SP



Idecefdes Dias Rocha
ASSINATURA DO PORTADOR

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01 586 742 / 0001 - 03
CNPJ/MF HOSPITAL ORTOPEDICO DE GOIÂNIA LTDA.
Rua AV. L Nº 470 - ST. AEROPORTO Nº
Município CEP 74075-036 Est.
Esp. do estabelecimento GOIÂNIA - GO
Cargo Administrador
CBO nº
Data admissão 16 de junho de 2014
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada R$ 5.000,00 (cinco mil reais) p/ mês

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
HOSPITAL ORTOPÉDICO DE GOIÂNIA
Nilton Portela
Depto. Pessoal
1º 2º
Data saída 30 de Abril de 2015
Nilton Portela
Departamento Pessoal
Hospital Ortopédico de Goiânia
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD nº

15

CONTRATO DE TRABALHO

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

CNPJ: 11.858.570/0005-67

Endereço: AV FUAD RASSI /N° 541 QUADRA11 LOTE 11/12 SALA 13

Função: COORDENADOR ADMINISTRATIVO

Admissão 07/03/2016

Salário: R$ 4.000,00(QUATRO MIL REAIS POR MÊS)

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Data saída 04 de junho de 2016
INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD nº

5153

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA EM CONTINUAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE HIDROLÂNDIA
CONVENIO

Número 24 770 Série [illegible]



[illegible]
ASSINATURA DO PORTADOR

12

CONTRATO DE TRABALHO

02.918.347/0001-43

Empregador FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

CNPJ/MF

Rua PRIMEIRA AVENIDA Nº 645

Município ST. LESTE UNIVERSITÁRIO CEP: 74.605-[illegible] Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Administrador II

CBO nº

Data admissão 18 de junho de 2012

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada R$ 2.494,00 (Dois mil e quatrocentos e noventa e quatro reais)

Cristiano Figueiredo Sou
Supervisor RH/FUNDAH
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 23 de setembro de 2013

Sônia [illegible] Faria
Depto Pessoal / FUNDAHC
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº 1578668513

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **HOSPITAL SANTA CATARINA LTDA**

CNPJ: **01.567.668/0001.88**

Endereço: **Rua 05 Nº 641 Setor Central**

Município: **Goiânia** UF: **GO**

Esp. Do Estabelecimento: **Serviços Saúde**

Cargo: **ADMINISTRADOR**

CBO Nº: **252105**

Data de Admissão: **10 de Dezembro de 2013.**

Registro nº **080** Fls./Ficha: **085**

Remuneração Especifica: Salário Fixo (Base) de R$ **2.719,33 (Dois mil setecentos e dezenove Reais e trinta três centavos) por mês.**

HOSPITAL SANTA CATARINA LTDA

1º 2º

Data saída 09 de março de 2014

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº

γ 5154

Continuação

Número 14770 Série 00015-SP

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Polegar Direito

DECILDES DIAS ROCHA

ASSINATURA DO PORTADOR

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01 038 751/0004-02
FASA HOSPITAL DE URGÊNCIAS DR. HENRIQUE SANTILLO

CGC/MF. AV. BRASIL NORTE, 3.105

Rua CIDADE UNIVERSITÁRIA Nº

Município CEP 75083-440 Est.
ANÁPOLIS - GO

Esp. do estabelecimento

Cargo Diretor Administrativo

C.B.O. nº

Data admissão 02 de Maio de 19 2005

Registro nº Fls./Ficha 005

Remuneração especificada R$ 4.000,00 (Quatro mil Reais) por mês

Fundação de Assistência Social de Anápolis
Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo
Ass. do empregado ou a rogo c/test.

1º de Inss 2º

Data saída 14 de Julho de 19 2005

FASA - Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo
Ass. do empregador ou preposto

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01.624.477/0001-00
CLINICA DE RAIO X NABYH SAUM S/S.

CGC/MF.

Rua AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, Nº 1440 Nº
SETOR OESTE CEP 74115-030

Município GOIÂNIA-GO Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Gerente administrativo

C.B.O. nº

Data admissão 01 de junho de 19 2010

Registro nº 06 Fls./Ficha 03

Remuneração especificada R$ 800,00 oitocentos Reais por mês

CLINICA DE RAIO X NABYH SAUM S/S.

1º 2º

Data saída 10 de Setembro de 19 2010

CLINICA DE RAIO X NABYH SAUM S/S.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

5155

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

11/3/2022
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 30/10/2001 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 7/3/2022

Nome:			**CNES:**	**CNPJ:**
HOSPITAL DAS CLINICAS			2338424	01567601000224
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
HOSPITAL DAS CLINICAS UFG			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
PRIMEIRA AVENIDA			S/N	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
QD 68 AREA 1	SETOR LESTE UNIVERSI	74605050	GOIANIA	GO
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL		MUNICIPAL	MANTIDA	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**687**
Outros	**1686**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	**4**

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	**Convênio:**
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de Clientela:
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
GINECOLOGIA	8	8
GASTROENTEROLOGIA	7	7
TORACICA	2	2
NEUROCIRURGIA	4	4
ENDOCRINOLOGIA	2	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	5	5
NEFROLOGIAUROLOGIA	6	6
ONCOLOGIA	8	8
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	31	31
PLASTICA	4	4
CIRURGIA GERAL	14	14
OFTALMOLOGIA	1	1
BUCO MAXILO FACIAL	2	2
CARDIOLOGIA	2	2

CLÍNICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
GERIATRIA	4	4

5156

PNEUMOLOGIA	6	6
HANSENOLOGIA	1	1
AIDS	3	3
ONCOLOGIA	2	2
HEMATOLOGIA	8	8
NEONATOLOGIA	6	6
DERMATOLOGIA	4	4
NEUROLOGIA	4	4
NEFROUROLOGIA	8	8
CLINICA GERAL	60	15
CARDIOLOGIA	8	8

COMPLEMENTAR

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	110	30
SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	30	0
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	1	0
UTI ADULTO - TIPO II	14	14

OBSTETRÍCIA

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICIA CLINICA	10	10
OBSTETRICIA CIRURGICA	11	11

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	21	21
PEDIATRIA CIRURGICA	1	1

HOSPITAL DIA

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	5	5

LEITOS HABILITADOS
(Os totais de leitos SUS com sinalização (*), são totais recuperados dos leitos Habilitados pela SAS. Vide consulta Habilitações)

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI II ADULTO	-	14(*)
		14

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
MAMOGRAFO COM COMANDO SIMPLES	4	2	SIM
MAMOGRAFO COM ESTEREOTAXIA	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
RAIO X ATE 100 MA	2	2	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	3	3	SIM
RAIO X DENTARIO	1	1	SIM
RAIO X MAIS DE 500MA	10	8	SIM
RESSONANCIA MAGNETICA	1	1	SIM
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	3	2	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	2	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	1	1	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPO ODONTOLOGICO	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:

5157

BERÇO AQUECIDO	7	7	SIM
BILIRRUBINOMETRO	1	1	SIM
BOMBA DE INFUSAO	62	62	SIM
DESFIBRILADOR	10	10	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	6	6	SIM
INCUBADORA	11	11	SIM
MARCAPASSO TEMPORARIO	2	2	SIM
MONITOR DE ECG	55	55	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	8	8	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	25	25	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	35	35	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	48	48	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	10	10	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS	2	2	SIM
ENDOSCOPIO DAS VIAS URINARIAS	9	9	SIM
ENDOSCOPIO DIGESTIVO	16	16	SIM
EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	16	16	SIM
LAPAROSCOPIO/VÍDEO	3	3	SIM
MICROSCOPIO CIRURGICO	11	11	SIM
OFTALMOSCOPIO	2	2	SIM

OUTROS EQUIPAMENTOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	3	3	SIM
APARELHO DE ELETROESTIMULACAO	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA	2	2	SIM
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	21	21	SIM
EQUIPAMENTOS DE AFERESE	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	13	0
ODONTOLOGIA	1	1
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	4	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	1

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	15	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	88	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	6	0
ODONTOLOGIA	2	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	18	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	2	0

5158

SALA DE GESSO	2	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	3	0

HOSPITALAR

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	10	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERACAO	2	12
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	2
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	20
LEITOS RN NORMAL	0	0
LEITOS RN PATOLOGICO	0	0

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
169	ATENCAO EM UROLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
153	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
153	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
150	CIRURGIA VASCULAR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
123	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO

5159

	PROTESES E MATERIAIS ESPE					
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
129	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
164	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
141	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 004	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
153 - 001	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	ACOMP CLINICO PRE E POS OPERATORIO E HORMONIOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
153 - 002	ATENCAO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	CIRURGIA E ACOMPANHAMENTO PRE E POS-OPERATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 001	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 002	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 002	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 003	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PEDIATRICO)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 004	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 002	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 009	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	POLISSONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 003	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 008	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E	NÃO	NAO

5160

	NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO		NAO INFORMADO
105 - 004	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 002	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	MONITORAM EXT DA QUALIDADE EXAMES CITOPATOLOGICOS COLO UTERO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	2673932
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 008	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM BUCO MAXILO FACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 007	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM EM ODONTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 004	SERVICO DE FARMACIA	DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS ESTRATEGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO

5161

126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 001	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
129 - 001	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE POR MEIO SOROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 003	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 005	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 002	SERVICO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
164 - 009	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	SUBSTITUICAO/TROCA DE OPM	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 010	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 013	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO A SAUDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS II	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 018	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OFTALMOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 014	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 015	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 017	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO ODONTOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
141 - 001	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO

5162

149 - 001	TRANSPLANTE	RIM	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 002	TRANSPLANTE	MEDULA OSSEA	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 005	TRANSPLANTE	CORNEA/ESCLERA	NÃO	NAO INFORMADO

5164

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO.
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 14 de setembro de 2023

DECLARANTE: Adecildes Dias Rocha

RG: 6763373-PC-GO

CPF: 031.606.508-04

Assinatura:_____

5165

5166

Estrutura e experiência da Diretoria

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

AMADIS LOTRARIO

5167

5168

ceop
CENTRO DE OLHOS DO PARÁ

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **CENTRO DE OLHOS DO PARÁ - M. TAVEIRA DOS SANTOS EIRELI,** sediada a Rua Dr. Paes de Carvalho, no. 2985, Centro, Cidade de Castanhal, Estado do Pará, CEP: 68.743-060, com inscrição no C.N.P.J sob nº 08.080.995/0001-50, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, renegociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde.

Registramos que prestou serviços de Administração, assessorando a diretoria em planejamento estratégico, de 04 de janeiro de 2016 a 31 de março de 2018, em nossas unidades das cidades de Belém, Castanhal e Barcarena, no estado do Pará, com média mensais de atendimentos de 3.150 consultas, 4.100 exames e 230 cirurgias, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Castanhal, 12 de agosto de 2019.

Cartório 1º Ofício de Notas e Registros de Imóveis Comarca Castanhal-PA

M. TAVEIRA DOS SANTOS EIRELI
Dr. Marcelo Taveira dos Santos
CPF: 515.136.032-15

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Comarca de Castanhal - Estado do Pará - Brasil
Rua Senador Antônio Lemos, 595 - CEP: 68743-015
Tabeliã e Oficiala
Luisa Helena Cardoso Chaves

Reconheço por SEMELHANÇA a (s) firma (s) de:
[EKiwPUP] --MARCELO TAVEIRA DOS SANTOS.

Castanhal, 14/08/2019. Em testemunho [illegible] da Verdade
JDCB - DANIELE PINTO DE LIMA - ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:R$5,30 - Selo:R$ 0,45 - Total:R$5,75

1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis Comarca Castanhal-PA
Tribunal de Justiça do Estado do Pará
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Série: H
nº 024.066.821

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019.
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162981404490477
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513502

5169

SÃO LUCAS
HOSPITAL

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUCAS – ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE GOIÁS LTDA.,** sediada a Rua 4, no. 1335, Centro, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.465-539, com inscrição no C.N.P.J sob nº 01.534.437/0001-78, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, renegociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde.

Registramos que prestou serviços de Administração, de **01 de Abril de 2011 a 30 de junho de 2013**, em nossa unidade, com 81 leitos de enfermaria, 11 leitos de UTI, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Centro Cirúrgico com 5 salas cirúrgicas, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Goiânia, 23 de agosto de 2019.

ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE GOIÁS LTDA.
RAFAEL HADDAD
CPF: 534.085.781-68

Rua 4, no. 1335, Setor Central, CEP: 74.465-539 – Goiânia – GO
Fone: (62) 3219-4500

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162981409490474
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513499

5170

HSN
HOSPITAL SÃO NICOLAU

GESTÃO OPERACIONAL
Rua Nilo Margon Vaz, 63 Catalão-GO
Tel: 64 3442-9200, 3442-9326

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO NICOLAU – CENTRO MÉDICO E CIRÚRGICO DE CATALÃO LTDA.,** sediada a Rua Nilo Margon, 63, Centro, Cidade de Catalão, Estado de Goiás, CEP: 75.701-150, com inscrição no C.N.P.J sob nº 01.326.206/0001-79, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, negociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde e Fundo Municipal de Saúde para atendimentos do SUS – Sistema Único de Saúde.

Registramos que prestou serviços de Assessoria/Consultoria Administrativa, de **01 de março de 2017 a 31 de outubro de 2018**, em nossa unidade, com 56 leitos de enfermaria, 10 leitos de UTI Adulto, 04 leitos de UTI Neo Natal, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Centro Cirúrgico com 5 salas cirúrgicas, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Hemodiálise, Laboratório de Análises Clínicas, Consultórios de especialidades, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Catalão, 23 de agosto de 2019.

Cartório 2º Ofício Catalão-GO (64) 3441-2503

William André Safatle
Diretor Presidente

CENTRO MÉDICO E CIRÚRGICO DE CATALÃO LTDA.
WILLIAN ANDRÉ SAFATLE
CPF: 868.634.791-68

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162981409490484
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513509

5171

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/06/2021

CNES: 2442620 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE SAO NICOLAU CNPJ: 01.326.206/0001-79

Nome Empresarial: CENTRO MEDICO CIRURGICO DE CATALAO LTDA Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: NILO MARGON Número: 63 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 520510 - CATALAO UF: GO

CEP: 75701-150 Telefone: (64) 3442-9328 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 007

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: NICOLAU ANDRE SAFATLE

Cadastrado em: 24/06/2003 Atualização na base local: 20/05/2021 Última atualização Nacional: 21/05/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	2	1
UTI ADULTO - TIPO II	9	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	11	0
UTI NEONATAL - TIPO II	4	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	0
ESPEC - CIRURGICO		

2

5172

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
BUCO MAXILO FACIAL	1	0
CARDIOLOGIA	2	1
CIRURGIA GERAL	5	3
ENDOCRINOLOGIA	1	1
GASTROENTEROLOGIA	2	1
GINECOLOGIA	2	1
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	1
NEUROCIRURGIA	2	1
OFTALMOLOGIA	2	1
PLASTICA	2	1
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	4	2
CLINICA GERAL	4	2
DERMATOLOGIA	1	0
GERIATRIA	2	0
HEMATOLOGIA	1	0
NEFROUROLOGIA	3	2
NEONATOLOGIA	2	1
NEUROLOGIA	3	1
PNEUMOLOGIA	2	0

2

5172

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	30	0
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	4	3
OBSTETRICIA CLINICA	2	1
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PNEUMOLOGIA SANITARIA	1	0
REABILITACAO	1	0
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	2	0

Data desativação: -- Motivo desativação: --

574

UNINTER
CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL

Certificado

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

AMADIS JOSÉ LOTRARIO

tendo em vista a conclusão do curso

GESTÃO HOSPITALAR,

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*, o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução em vigência.
Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 02 de Março de 2021.

AMADIS JOSÉ LOTRARIO
Especialista

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

5175

022.

CERTIFICADO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO
Nome: AMADIS JOSÉ LOTRARIO **Matrícula:** 3159677 **CPF:** 02996423801

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO / CURSO
Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA (SETOR OESTE) - GO
Ato de Credenciamento e Recredenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012 publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012, seção 1, p.23. Recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016 publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016, seção 1, p.24
Curso: GESTÃO HOSPITALAR **Carga Horária Total do Curso:** 360 hs
Nível do Curso: Especialização *Lato sensu* **Área do Curso:** SAÚDE E BEM-ESTAR
Início da Turma: 19/08/2019 **Término[1]:** 01/03/2021

REGULAMENTAÇÃO
Resolução em vigência:os cursos ministrados pela IES cumprem todas as disposições legais da Resolução do Conselho Nacional - CNE vigente na data de início da turma.
- *Turma iniciada até Março/2001: Resolução CES nº 03 de 05/10/1999*
- *Turma iniciada até Maio/2007: Resolução CNE/CES nº 01 de 03/04/2001*
Turma iniciada até Abril/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007
Turma iniciada a partir de Maio/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 06/04/2018

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Certificado registrado sob o n.º 2082399 no Livro Eletrônico de Registros da IES.
As assinaturas do Reitor no anverso e da Secretária Geral de Gestão Acadêmica no verso deste Certificado são mediante chancelas mecânicas registradas em Escritura Pública no 7º Tabelião/Pr - Volpi, no Livro 2044-N 108500, folhas 265 e 266
[1] Período correspondente ao início e conclusão de todas as disciplinas obrigatórias que compõem a grade curricular.

Curitiba, 02 de Março de 2021

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

5176

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: AMADIS JOSÉ LOTRARIO

RG: 17087248
CPF: 029.964.238-01

Assinatura: _____

5177

5178

Estrutura e experiência da Diretoria

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

TULIO NAVES

5179

5180



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE GOIÁS
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
TÚLIO NAVES TORRES BORGES

CRM/UF
009329/GO

FILIAÇÃO
MARCILIANO ANTÔNIO BORGES
MARIA TEREZINHA NAVES TORRES BORGES

DATA DE INSCRIÇÃO
17/02/2005

VIA
1ª

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
030.942.236-05

RG / ÓRGÃO EMISSOR
3299117-3880214/SSP-GO

TÍTULO DE ELEITOR
900317000881074

SEÇÃO
019

ZONA
072

DATA DE NASCIMENTO
09/01/1977

NATURALIDADE
BRASÍLIA-DF

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
GOIÂNIA,16/03/2016

0154699

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.

CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS - CERES-GO
Rua Rodolfo Martins nº. 75-B - Centro - Ceres-GO - Fone: (62) 3321-2612

Autentico para os devidos efeitos que a fotocópia confere com o documento original apresentado. (Decreto Lei nº 2.148/40, art 2º) Dou Fé. **Ceres-GO, 19 de março de 2021. Selo:** 01652103110769809490254
Consulte este selo em - **https://extrajudicial.tjgo.jus.br**
EmolumentosR$6,18

Kamilla Cardoso Ferreira

1º TABELIONATO DE NOTAS
1º
RES - GO.

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO

Fundação Oswaldo Aranha
Centro Universitário de Volta Redonda

O Diretor Geral do Centro Universitário de Volta Redonda, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em Medicina em 30 de novembro de 2001, confere o título de

Médico a

Túlio Naves Torres Borges

brasileiro, natural do Distrito Federal, nascido a 09 de janeiro de 1977,
filho de Marciliano Antônio Borges e Maria Terezinha Naves Tôrres Borges, RG 3299117-3880214 - SSP - GO

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Volta Redonda, 30 de novembro de 2001

PROF.ª ELISAMAURA F. SANTOS OLIVEIRA
Secretária Geral - UniFOA

Túlio Naves Torres Borges
Diplomado

PROF. OSVALDIR GERALDO DENADAI
Diretor - Geral - UniFOA

5182

Associação Médica Brasileira

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ao

Dr. Túlio Naves Torres Borges

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

São Paulo, 06 de janeiro de 2005

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Presidente da AMB

Dr. Edmund Chada Baracat
Secretário Geral da AMB

Dr. Walter Manna Albertoni
Presidente da SBOT

Dr. Iliro Suzuki
Secretário Geral da SBOT

5183

FGV

O Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas confere a

Tulio Naves Torres Borges

Natural de Brasília - DF, nascido(a) em 09 de janeiro de 1977, doc. de identificação SSPGO - 3299117

Certificado do Curso

MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde

Nível especialização (lato sensu), área de conhecimento Ciências Sociais, Negócios e Direito, com 432 horas-aula, concluído em 17 de março de 2019.

Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 2019.

Flavio Carvalho de Vasconcelos
Diretor
FGV EBAPE

1ª Via

L 5104

FGV FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

HISTÓRICO ESCOLAR

FGV EDUCAÇÃO EXECUTIVA

Nome do aluno: Tulio Naves Torres Borges		Registro Institucional: E-286425
Naturalidade: Brasília - DF	Data de nascimento: 09/01/1977	Período de realização do curso: 27/10/2017 a 17/03/2019
Curso: MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde	Total de horas-aula cumpridas: 432h	Coeficiente de Rendimento: 9,15

Disciplina	Docente Responsável	Titulação / Instituição	H / A	Frequência	Média Final
Aspectos Jurídicos em Saúde	Marcos Cesar de Souza Lima	Doutor em Direito / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	10,00
Contabilidade para Executivos em Saúde	Sérgio Leal Caldas	Mestre em Administração Pública / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	10,00
Economia e Políticas de Saúde no Brasil	Nora Raquel Zygielszyper	Mestre em Economia / Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	24h	100%	10,00
Finanças Aplicadas à Saúde I	Samy Soubhe Tannous	Mestre em Matemática / Universidade Federal de Goiás	24h	100%	9,80
Finanças Aplicadas à Saúde II	Agnaldo Santos Pereira	Mestre em Administração / Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais	24h	100%	9,00
Gestão de Custos em Saúde	Alfredo Augusto Gonçalves Pinto	Mestre em Administração Pública / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	7,50
Gestão de Pessoas em Saúde	Tania Regina da Silva Furtado	Doutor em Comunicação / Universidade Federal do Rio de Janeiro	24h	100%	10,00
Gestão dos Serviços em Saúde	Carlos Augusto Lobbé de Araujo Cotta	Especialista em Cardiologia / Santa Casa de Misericórdia	24h	100%	9,10
Logística Aplicada à Saúde	Cláudia Herminia de Lima e Silva	Mestre em Gestão de Serviços de Saúde / Instituto Universitário de Lisboa - Iscte	24h	100%	7,00
Marketing de Organizações em Saúde	Maria Nazareth Ribeiro	Especialista em Medicina / Instituto de Medicina Psicossomática - Impsis	24h	100%	10,00
Negociação e Administração de Conflitos	Guilherme Hoffmann	Mestre em Marketing Internacional / Universidad Nacional de La Plata	24h	100%	9,00
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	Marcelo Almeida Magalhães	Doutor em Engenharia Civil / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	7,30
Plano Integrado de Gestão em Saúde	Maria Laiz Athayde Marcondes Zanardo	Doutor em Administração de Empresas / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	8,00
Qualidade e Acreditação em Saúde	Angela Zerbielli	Especialista em Outros / Escola Politécnica da Universidade de São Paulo	24h	100%	9,30
Responsabilidade Social e Ética em Saúde	Claudia Lopes Pires	Especialista em Anatomia / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	10,00
Sistemas Integrados de Gestão aplicados à Saúde	Alexandre da Silva Furtado Amaral	Mestre em Administração / Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais	24h	100%	10,00
Plano de Negócios em Saúde	José de Oliveira Guimarães	Mestre em Gestão Empresarial / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	10,00
Gestão de Projetos de Saúde	Soraia Regina Gomes de Almeida	Especialista em Gestão Empresarial / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	9,90
Trabalho de Conclusão do Curso: OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E SEU APOIO À GESTÃO E AO PLANEJAMENTO: Avaliação da gestão dos sistemas e tecnologias de informação em uma clínica médica de multiespecialidades					8,00

Este curso cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES 01/07 (DOU de 08/06/2007 - Seção 1 - p.9). Recredenciamento FGV EBAPE: Portaria MEC nº 739/2016 – DOU de 21/07/2016 – Seção 1 – p. 53.
1ª Via

E 286425

PREFEITURA DE
CAMPOS VERDES
A MUDANÇA QUE VOCÊ VÊ!

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, **TÚLIO NAVES TORRES BORGES** inscrito no **CPF: 030.640.236-08, RG 32999117,** residente e domiciliado na AV Goiás nº 605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres-GO, Cep: 76300-000, Medico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia CRM 9329/GO, realizou todas as funções e deveres previstos à **PREFEITURA DE CAMPOS VERDES – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE CNPJ: 11.263.318/0001-81.**

Registramos que o Doutor **TÚLIO NAVES TORRES BORGES** prestou os serviços acima referidos que, apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Campos Verdes, 28 de abril de 2021.

Secretária Municipal de Saúde

Rosalina Veríssimo de Oliveira

Rosalina Veríssimo de Oliveira
Secretaria de Saúde
Decreto 04/2021

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, à pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, **TÚLIO NAVES TORRES BORGES** inscrito no **CPF: 030.640.236-08, RG 32999117,** residente e domiciliado na AV Goiás nº 605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres-GO, Cep: 76300-000, Medico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia CRM 9329/GO, realizou todas as funções e deveres previstos à **PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA CNPJ: 11.899.105/0001-40.**

Registramos que o Doutor**TÚLIO NAVES TORRES BORGES**prestou os serviços acima referidos que, apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Ceres, 26 de abril de 2021.

Juan Pablo Cardoso Noronha
Secretário de Saúde
Decreto nº 02/2021

5187

MABCOT

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, **TÚLIO NAVES TORRES BORGES inscrito no CPF: 030.640.236-08, RG 3299117,** residente e domiciliado na Av Goiás nº605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres Go, Cep: 76300-000, Médico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia, Empreendedor, Socio, Diretor, graduado pela Fundação Getúlio Vargas com certificado MBA Executivo em Administração Gestão de Saúde realiza todas as funções e deveres previstos e descritos acima na empresa **MAB E CIA LTDA inscrita no CNPJ 04.846.076/0001-93.**

Registramos que o senhor TÚLIO NAVES TORRES BORGES prestou e presta serviços a mais de 14 anos na empresa e que, as prestações dos serviços acima referidos apresentam bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Ceres, 25 de março de 2021.

MAB - COT
04.846.076/0001-93

MAB - COT
04.846.076/0001-93

IBN Laboratório

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, TÚLIO NAVES TORRES BORGES inscrito no CPF: 030.640.236-08, RG 3299117, residente e domiciliado na Av Goiás nº605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres Go, Cep: 76300-000, Médico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia, Empreendedor, Socio, Diretor, graduado pela Fundação Getúlio Vargas com certificado MBA Executivo em Administração Gestão de Saúde realiza todas as funções e deveres previstos e descritos acima na empresa IBN LABORATÓRIO LTDA inscrita no CNPJ 02.383.297/0001-47.

Registramos que o senhor TÚLIO NAVES TORRES BORGES prestou e presta serviços a mais de 10 anos na empresa e que, as prestações dos serviços acima referidos apresentam bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Ceres, 25 de Março de 2021.

Fernanda Barros Gomides Naves

02.383.297/0001-47
IBN Laboratorio Ltda.
Rua São Patrício nº. 81 - Centro
CEP. 76.300.000
CERES - GOIÁS

IBN
InstitutoBrandãoNaves

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de prova, a aptidão de desempenho e atestado de execução, que, **TÚLIO NAVES TORRES BORGES inscrito no CPF: 030.640.236-08, RG 3299117,** residente e domiciliado na Av Goiás nº605, Edifício das Palmeiras AP 202, Ceres Go, Cep: 76300-000, Médico com especialidade em Ortopedia e Traumatologia, Empreendedor, Socio, Diretor Técnico, graduado pela Fundação Getúlio Vargas com certificado MBA Executivo em Administração Gestão de Saúde realiza todas as funções e deveres previstos e descritos acima na empresa **INSTITUTO BRANDÃO NAVES EIRELLI inscrita no CNPJ 17.378.208/0001-41.**

Registramos que o senhor TÚLIO NAVES TORRES BORGES prestou e presta serviços a mais de 05 anos na empresa e que, as prestações dos serviços acima referidos apresentam bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Ceres, 25 de Março de 2021.

17.378.208/0001-41
Instituto Brandão Naves Eireli-ME
Avenida Goiás nº 903 Setor Cruzeiro
CEP-76.300-000
CERES-GOIÁS

5190

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: TULIO NAVES TORRES

RG: 3291117 SSP GO
CPF: 030.640.236-08

Assinatura:_____

5191

y 5192

Estrutura e experiência da Diretoria

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

PAULO HENRIQUE

5193

5194

FACULDADE ÚNICA DE IPATINGA

Portaria de Recredenciamento nº 206, de 08/04/2016 - D.O.U de 11/04/2016
Portaria de Credenciamento nº 1.004, de 17/08/2017 - D.O.U de 18/08/2017

CERTIFICADO

O Diretor Geral da **FACULDADE ÚNICA**, no uso de suas atribuições, certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** portador(a) da Carteira de Identidade nº 1262777615 concluiu o curso de Pós-Graduação Lato Sensu, em nível de Especialização, intitulado **GESTÃO HOSPITALAR**, promovido por esta Instituição de Ensino Superior, com carga horária de 720 horas realizado no período de 10 de julho de 2021 a 15 de março de 2022 e outorga-lhe o presente certificado a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais na forma da Resolução CNE/CES nº 1, de 6 de abril de 2018.

Ipatinga - MG, 16 de março de 2022

Assinado de forma digital por PAULO HENRIQUE FERNANDES:38229846120
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI Multipla v5, ou=28842630000122, ou=Videoconferencia, ou=Certificado PF A1, cn=PAULO HENRIQUE FERNANDES:38229846120
Dados: 2022.03.17 16:45:22 -03'00'

Aluno(a)

Valdir Henrique Valério
Diretor Geral

Faculdade ÚNICA de Ipatinga

Certificado registrado em conformidade com a Resolução CNE/CES nº 01, de 06/04/2018, publicada no DOU em 09/04/2018.

Registro nº 6571 Livro nº 6 Folha nº 66 de Ipatinga, 16 de março de 2022.

Faculdade ÚNICA de Ipatinga

Credenciada pela portaria nº 366, de 12/03/1997, Seção 1, pág. 5003.

Recredenciada pela Portaria nº 206, de 08/04/2016, publicada no DOU do dia 11/04/2016, Seção 1, pág. 26.

Credenciada para oferta de cursos superiores na modalidade a distância pela Portaria nº 1.004, de 17/08/2017, publicado no DOU do dia 18/08/2017, Seção 1, pág 20.

Média mínima para aprovação: 7.0
Frequência mínima para aprovação: 75%

HISTÓRICO ESCOLAR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO HOSPITALAR
ÁREA DE CONHECIMENTO DO CURSO: NEGÓCIOS, ADMINISTRAÇÃO E DIREITO

Disciplina	CH	Frequência	Nota	Corpo Docente	Titulação
Docência no Ensino Superior	60	100%	8.0	Clemilda Daniela Silva	Mestre (a)
Metodologia do Trabalho Científico	60	100%	10.0	Marcelo Augusto Nery Médes	Doutor (a)
Meios Digitais e o Profissional do Futuro	60	100%	8.0	Luiz Antônio Antunes Alves	Mestre (a)
Empreendedorismo Pessoal	60	100%	9.5	Gilson Renhe	Especialista (a)
Marketing Pessoal	60	100%	9.0	Carolina de Aquino Machado	Mestre (a)
Ética e Cidadania	60	100%	9.5	Nirciene Quintão de Assis Corrêa	Mestre (a)
Saúde Pública - Fundamentos e Legislação	60	100%	10.0	Rosana Franciele Botelho Ruas	Mestre (a)
Noções de Administração e Dinâmica Institucional	60	100%	9.0	Alessandro Henrique de Souza Miake	Mestre (a)
Fundamentos da Administração de Recursos Humanos	60	100%	9.5	Marilene Gonçalves Nunes	Mestre (a)
Gestão dos Serviços da Saúde	60	100%	9.5	Rosana Franciele Botelho Ruas	Mestre (a)
Gestão e Logística Hospitalar	60	100%	9.0	Victor Santiago Rodrigues de Morais	Mestre (a)
Gestão de Custos e Finanças	60	100%	10.0	Vera Lúcia Valgas	Mestre (a)

5196

Página de assinatura

Paulo Bond

38229846120

Paulo Henrique Fernandes

Grupo Prominas

Grupo Prominas

His

16 de março de 2022 — Certificado solicitado por Paulo Henrique Fernandes (CPF: 38229846120) por meio do ip desconhecido localizado em Quirinópolis - GO - .

16 de março de 2022 — Documento gerado por Grupo Prominas. (Empresa: Grupo Prominas, CPF responsável: 797.646.906-10)

16 de março de 2022 — Documento assinado por Grupo Prominas (Empresa: Grupo Prominas, CPF responsável: 797.646.906-10) assinou este documento por meio do IP 35.233.222.183 localizado em The Dalles - Oregon - United States.

EV.G Uma iniciativa enap

5198

CERTIFICADO

A Escola Nacional de Administração Pública - Enap certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** concluiu o curso Gestão Pessoal - Base da Liderança (Turma ABR/2022) com início em 01/05/2022 e com carga-horária de 50 horas.

Diogo G. R. Costa
Presidente
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

5199

HISTÓRICO DO PARTICIPANTE

Nome:
Paulo Henrique Fernandes

Curso:
Gestão Pessoal - Base da Liderança

Disponibilidade:
01/05/2022 a 10/06/2022

Data de encerramento:
14/05/2022

Carga Horária:
50 horas

Nota Final:
80

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Módulo 1: O Desenvolvimento Biopsicossocial e a Dimensão Biológica
Módulo 2: Dimensões Psicológica e Perfil Comportamental
Módulo 3: Dimensão Social e Desenvolvimento Integrativo
Módulo 4: Mentalidade e aspectos relacionados à Psicologia Positiva
Módulo 5: Virtudes, Forças de caráter, crenças e valores pessoais
Módulo 6: Técnicas de Coaching

Certificado registrado na Escola Virtual.Gov - EV.G sob o código **RTHs6744837AfsK**.

Este certificado foi gerado em 14/05/2022 às 14:05 horas.

O presente certificado pode ter a sua validade comprovada acessando o QRCode à esquerda, ou, caso desejar, informando o código acima na opção Validação de Documentos no endereço https://www.escolavirtual.gov.br.

A data de emissão pode ser anterior à data final do curso nos casos em que o participante alcançou os requisitos mínimos para aprovação antecipadamente.

00.627.612/0001-09
Enap
Escola Nacional de Administração Pública

EV.G Uma iniciativa enap

5200

CERTIFICADO

A Escola Nacional de Administração Pública - Enap certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** concluiu o curso Avaliação da qualidade de serviços como base para gestão e melhoria de serviços públicos (Turma MAI/2022) com início em 08/05/2022 e com carga-horária de 20 horas.

Diogo G. R. Costa
Presidente
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

HISTÓRICO DO PARTICIPANTE

5201

Nome:
Paulo Henrique Fernandes

Curso:
Avaliação da qualidade de serviços como base para gestão e melhoria de serviços públicos

Disponibilidade:
08/05/2022 a 28/05/2022

Data de encerramento:
11/05/2022

Carga Horária:
20 horas

Nota Final:
65

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Módulo 1 - Visão Geral sobre serviços e avaliação de serviços públicos
Módulo 2 - Histórico e evolução dos modelos de avaliação de serviço
Módulo 3 - Aplicação de ferramentas de avaliação a um serviço específico
Módulo 4: Melhoria dos serviços públicos

Certificado registrado na Escola Virtual.Gov - EV.G sob o código **uM9G6786416RhvI**.

Este certificado foi gerado em 16/05/2022 às 13:05 horas.

O presente certificado pode ter a sua validade comprovada acessando o QRCode à esquerda, ou, caso desejar, informando o código acima na opção Validação de Documentos no endereço https://www.escolavirtual.gov.br.

A data de emissão pode ser anterior à data final do curso nos casos em que o participante alcançou os requisitos mínimos para aprovação antecipadamente.

00.627.612/0001-09
Enap
Escola Nacional de Administração Pública

EV.G Uma iniciativa enap

5202

CERTIFICADO

A Escola Nacional de Administração Pública - Enap certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** concluiu o curso Inteligência Emocional (Turma ABR/2022) com início em 01/05/2022 e com carga-horária de 50 horas.

Diogo G. R. Costa
Presidente
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

5203

HISTÓRICO DO PARTICIPANTE

Nome:
Paulo Henrique Fernandes

Curso:
Inteligência Emocional

Disponibilidade:
01/05/2022 a 10/06/2022

Data de encerramento:
07/05/2022

Carga Horária:
50 horas

Nota Final:
94.05

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Módulo 1 – Gestão das emoções pessoais
Módulo 2 – Gestão das emoções nas relações interpessoais
Módulo 3 – Ambiente de trabalho positivo
Módulo 4 – Liderança positiva

Certificado registrado na Escola Virtual.Gov - EV.G sob o código `IjGN6745738x0yz`.

Este certificado foi gerado em 16/05/2022 às 13:05 horas.

O presente certificado pode ter a sua validade comprovada acessando o QRCode à esquerda, ou, caso desejar, informando o código acima na opção Validação de Documentos no endereço https://www.escolavirtual.gov.br.

A data de emissão pode ser anterior à data final do curso nos casos em que o participante alcançou os requisitos mínimos para aprovação antecipadamente.

00.627.612/0001-09
Enap
Escola Nacional de Administração Pública

EV.G Uma iniciativa enap

5204

CERTIFICADO

A Escola Nacional de Administração Pública - Enap certifica que **PAULO HENRIQUE FERNANDES** concluiu o curso Redação Oficial e Noções de SEI e suas aplicações (Turma MAI/2022) com início em 15/05/2022 e com carga-horária de 10 horas.

Diogo G. R. Costa
Presidente
Escola Nacional de Administração Pública - Enap

5205

HISTÓRICO DO PARTICIPANTE

Nome:
Paulo Henrique Fernandes

Curso:
Redação Oficial e Noções de SEI e suas aplicações

Disponibilidade:
15/05/2022 a 25/05/2022

Data de encerramento:
15/05/2022

Carga Horária:
10 horas

Nota Final:
71.7

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Redação Oficial e suas principais características;
Tipos de Redação Oficial e suas estruturas;
O parágrafo e sua estruturas;
Composição de texto;
Dicas práticas de redação;
Noções sobre o Sistema Eletrônico de Informaçãoes (SEI).

Certificado registrado na Escola Virtual.Gov - EV.G sob o código **pxH16830628wtYS**.

Este certificado foi gerado em 16/05/2022 às 13:05 horas.

O presente certificado pode ter a sua validade comprovada acessando o QRCode à esquerda, ou, caso desejar, informando o código acima na opção Validação de Documentos no endereço https://www.escolavirtual.gov.br.

A data de emissão pode ser anterior à data final do curso nos casos em que o participante alcançou os requisitos mínimos para aprovação antecipadamente.

00.627.612/0001-09
Enap
Escola Nacional de Administração Pública

Casa do Saber +

CERTIFICADO
DE CONCLUSÃO

5206

Certificamos que

PAULO HENRIQUE FERNANDES

CPF:

382.298.461-20

Concluiu o curso online:

Neurociência para desenvolver uma mente criativa

Ministrado por:
Ana Carolina Souza

Carga horária:	Data de início:	Data de conclusão:
01:00 horas	12/05/2022	12/05/2022

Alexandre Max
CEO

Casa do Saber Eventos Culturais SA
CNPJ: 05.452.257/0001-06

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: PAULO HENRIQUE FERNANDES
RG:12627776-15
CPF:382.298.461-20

Assinatura: _____

5207

5208

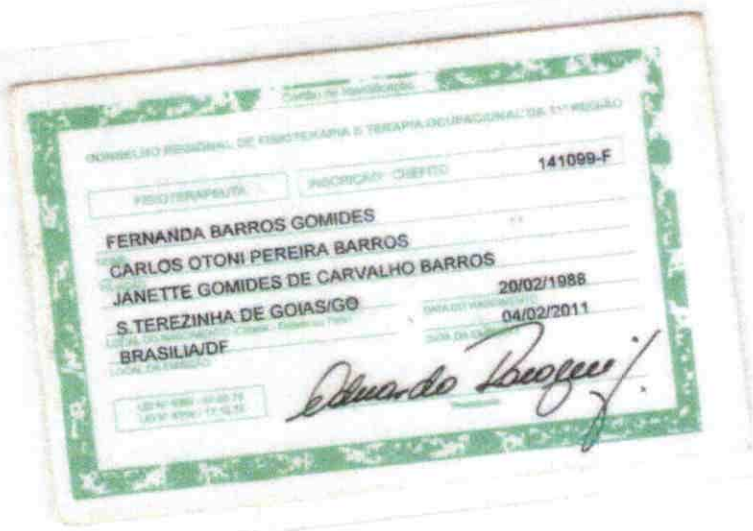
Estrutura e experiência da Diretoria

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

FERNANDA BARROS

5209

5210



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO

FISIOTERAPEUTA — INSCRIÇÃO - CREFITO: 141099-F

FERNANDA BARROS GOMIDES

CARLOS OTONI PEREIRA BARROS

JANETTE GOMIDES DE CARVALHO BARROS

S.TEREZINHA DE GOIAS/GO — 20/02/1988

BRASILIA/DF — 04/02/2011



IDENTIDADE CIVIL

4612782 — 28/05/2001 — DGPC/GO

IDENTIDADE ELEITORAL

054321051007 — 0040/112 — 020351501-32

Fernanda Barros Gomides.

FACULDADE ANHANGUERA DE ANÁPOLIS

ANHANGUERA EDUCACIONAL

A Diretora Executiva da Faculdade Anhanguera de Anápolis, mantida pela Anhanguera Educacional, no uso de suas atribuições regimentais e tendo em vista a colação de grau do Curso de Fisioterapia, em 13 de janeiro de 2010, confere o título de Bacharel em Fisioterapia a

Fernanda Barros Gomides

brasileira, natural do Estado de Goiás, nascida a 20 de fevereiro de 1988
RG nº 4612782 / GO
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar
de todos os direitos e prerrogativas legais.

Anápolis, 19 de janeiro de 2010

Cintia Oliveira Dutra
Secretário(a) Acadêmico(a)

Fernanda Barros Gomides
Diplomada

Profa. Viviane Micheles
Diretora Executiva

5272

FGV

O Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas confere a

Fernanda Barros Gomides Naves

Natural de Santa Tereza de Goiás - GO, nascido(a) em 20 de fevereiro de 1988, doc. de identificação DGPC-GO - 4612782

Certificado do Curso

MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde

Nível especialização (lato sensu), área de conhecimento Ciências Sociais, Negócios e Direito, com 432 horas-aula, concluido em 17 de março de 2019.

Rio de Janeiro, 04 de fevereiro de 2020.

Flavio Carvalho de Vasconcelos
Diretor
FGV EBAPE

1ª Via

L 5213

FGV FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

HISTÓRICO ESCOLAR

FGV EDUCAÇÃO EXECUTIVA

Nome do aluno: Fernanda Barros Gomides Naves		Registro Institucional: E-288890
Naturalidade: Santa Tereza de Goiás - GO	Data de nascimento: 20/02/1988	Período de realização do curso: 27/10/2017 a 17/03/2019
Curso: MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde	Total de horas-aula cumpridas: 432h	Coeficiente de Rendimento: 8,49

Disciplina	Docente Responsável	Titulação / Instituição	H / A	Frequência	Média Final
Aspectos Jurídicos em Saúde	Marcos Cesar de Souza Lima	Doutor em Direito / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	10,00
Contabilidade para Executivos em Saúde	Sérgio Leal Caldas	Mestre em Administração Pública / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	9,00
Economia e Políticas de Saúde no Brasil	Nora Raquel Zygielszyper	Mestre em Economia / Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	24h	100%	7,60
Finanças Aplicadas à Saúde I	Samy Soubhe Tannous	Mestre em Matemática / Universidade Federal de Goiás	24h	100%	10,00
Finanças Aplicadas à Saúde II	Agnaldo Santos Pereira	Mestre em Administração / Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais	24h	100%	9,00
Gestão de Custos em Saúde	Alfredo Augusto Gonçalves Pinto	Mestre em Administração Pública / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	7,50
Gestão de Pessoas em Saúde	Tania Regina da Silva Furtado	Doutor em Comunicação / Universidade Federal do Rio de Janeiro	24h	100%	7,50
Gestão dos Serviços em Saúde	Carlos Augusto Lobbé de Araujo Cotta	Especialista em Cardiologia / Santa Casa de Misericórdia	24h	100%	7,80
Logística Aplicada à Saúde	Cláudia Herminia de Lima e Silva	Mestre em Gestão de Serviços de Saúde / Instituto Universitário de Lisboa - Iscte	24h	100%	7,00
Marketing de Organizações em Saúde	Maria Nazareth Ribeiro	Especialista em Medicina / Instituto de Medicina Psicossomática - Impsis	24h	100%	10,00
Negociação e Administração de Conflitos	Guilherme Hoffmann	Mestre em Marketing Internacional / Universidad Nacional de La Plata	24h	100%	7,20
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	Marcelo Almeida Magalhães	Doutor em Engenharia Civil / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	7,80
Plano Integrado de Gestão em Saúde	Maria Laiz Athayde Marcondes Zanardo	Doutor em Administração de Empresas / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	8,00
Qualidade e Acreditação em Saúde	Angela Zerbielli	Especialista em Outros / Escola Politécnica da Universidade de São Paulo	24h	100%	10,00
Responsabilidade Social e Ética em Saúde	Claudia Lopes Pires	Especialista em Anatomia / Universidade Federal Fluminense	24h	100%	7,90
Sistemas Integrados de Gestão aplicados à Saúde	Alexandre da Silva Furtado Amaral	Mestre em Administração / Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais	24h	100%	7,20
Plano de Negócios em Saúde	José de Oliveira Guimarães	Mestre em Gestão Empresarial / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	10,00
Gestão de Projetos de Saúde	Soraia Regina Gomes de Almeida	Especialista em Gestão Empresarial / Fundação Getulio Vargas	24h	100%	9,80
Trabalho de Conclusão do Curso: A ACREDITAÇÃO E SEUS IMPACTOS NAS BOAS PRÁTICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: Estudo de caso em uma clínica médica de multiespecialidades					8,00

Este curso cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES 01/07 (DOU de 08/06/2007 - Seção 1 - p.9). Reconhecimento FGV EBAPE: Portaria MEC nº 739/2016 – DOU de 21/07/2016 – Seção 1 – p. 53.

1ª Via

E 288890

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: FERNANDA BARROS GOMIDES NAVES

RG: 4612782 PCII GO
CPF: 020.351.501-32

Assinatura: Fernanda Barros Gomides

5215

8 5216

Estrutura e experiência da Diretoria

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

TAMILLES BORGES

5218



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN GO 000.496.302
ENFERMEIRA

NOME CIVIL
TAMILLES DA SILVA BORGES

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
XIQUE-XIQUE
BA
BRASILEIRA

FILIAÇÃO
MARCUS VINICIUS FEITOSA BORGES
EDINALVA DA SILVA BORGES

CPF
033.460.575-00

DATA DE EMISSÃO
19/09/2022

DATA DE NASCIMENTO
17/06/1990

DATA DE VALIDADE
19/09/2027

IDENTIDADE
1255770449

ORGÃO EXPEDIDOR
SSP-BA

Tamilles da Silva Borges

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE
LETEM FE PÚBLICA (ART. 15 INCISO VII, LEI 5.051 DE 12/07/73 E LEI 6.206 DE 07/05/75)

PROIBIDO PLASTIFICAR

X 33278420

5219

5220

Certificado

Certificamos que

Tamilles Da Silva Borges

Concluiu com êxito

Enfermeiro e a Gestão Hospitalar

com aproveitamento de **100%** no mês de Julho de 2022, com carga horária de 80 horas, orientado por Samara Calixto Gomes, registrado sob o número 405710-1-23-13072022102403.

Juazeiro do Norte-CE, 14 de Julho de 2022

Samara Calixto Gomes
Coren-Ce: 175066
Orientador

Tamilles Da Silva Borges
CPF: 03346057500

5221

EAD - ISSN 1984-090X / CNPJ 07.163.191/0001-51

Sua autenticidade pode ser validada pela digitação do número do registro no site www.enfermagemadistancia.com.br
Expedido na conformidade do Art.1º e Art.3º do Dec. 5.154/2004.

SOMOS ASSOCIADOS

ABED

Conteúdo Programático

Tipo de curso:
Curso Livre de Atualização

Modalidade a distância (e-learning)

-Conceito de Administração
-Teorias Administrativas
-Funções do administrador
-Planejamento e Liderança
-Processo de Tomada de Decisão
-Centralização e Descentralização
-O Hospital
-O Enfermeiro Gestor
-Gestão de Recursos Humanos e de Recursos Materiais
-Mapeamento e seleção
-Organograma
-Acreditação Hospitalar.

5222

FACCGESP GO

Coordenação Geral de Pós Graduação
Ministério da Educação
Ato Regulatório Recredenciamento
N°. Documento Portaria 92 de
06/02/2018.

CGESP FACULDADE

Certificado

O DIRETOR GERAL DA FACULDADE CGESP no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão de curso de Pós Graduação a NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO em GESTÃO HOSPITALAR E PÚBLICA DE SISTEMA DE SAÚDE, com carga horária cumprida de 420h, consoante os termos da Resolução CNE/CES N° 1 de 06 de Abril de 2018 confere a:

TAMILLES DA SILVA BORGES

Brasileira, nascida em Xique-Xique Ba em 17/06/1990, cédula de identidade 12557704-49 SSP-BA, o presente certificado a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia -Go, 14 de Julho de 2022.

Tamilles da Silva Borges
Concluinte

Marcelo Miguel Nunes
Diretor Geral
Portaria N° 001/2015
Faculdade CGESP

5223

Discente: **Tamilles da Silva Borges**

Histórico Escolar

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA	MÉDIA	SITUAÇÃO	FREQUÊNCIA	DOCENTE E TITULAÇÃO
ACREDITAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	20	9.9	Aprovada	100%	ALESSANDRA ALVES VIEIRA RIBEIRO-ESPECIALISTA
ADMINISTRAÇÃO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR	20	DEZ	Aprovada	100%	CELSO MURILO CARDOSO DAMIN-ESPECIALISTA
ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR	20	9.9	Aprovada	100%	EMERSON CARLOS VIEIRA DE FONSECA-MESTRE
DINÂMICA EM GRUPO, TRABALHO, EM EQUIPE E RELAÇÕES HUMANAS/FERRAMENTAS PSICOLÓGICAS NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL	20	DEZ	Aprovada	100%	MARCELO PONTES PEREIRA-MESTRE
ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS/RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E TÉCNICAS DE ENTREVISTAS	20	DEZ	Aprovada	100%	THIAGO BORGES XAVIER ALVES-ESPECIALISTA
GERENCIAMENTO E LEGISLAÇÃO DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA	20	9.9	Aprovada	100%	VINICIUS OLIVEIRA SILVA GUIMARÃES-ESPECIALISTA
GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE MENTAL	20	9.8	Aprovada	100%	ADEMIR MAZZUCCO-ESPECIALISTA
GESTÃO DE REDE DE SERVIÇOS EM ONCOLOGIA	20	9.9	Aprovada	100%	ALESSANDRA ALVES VIEIRA RIBEIRO-ESPECIALISTA
GESTÃO DE PESSOAS NO SETOR PÚBLICO	20	DEZ	Aprovada	100%	ALESSANDRA ALVES VIEIRA RIBEIRO-ESPECIALISTA
GESTÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE, PLANEJAMENTO E PROGAMAÇÃO DE SISTEMAS A LOCAIS	20	DEZ	Aprovada	100%	ALESSANDRA ALVES VIEIRA RIBEIRO-ESPECIALISTA
GESTÃO, QUALIDADE E PREVENÇÃO DE ERROS,	20	DEZ	Aprovada	100%	ALESSANDRA ALVES VIEIRA RIBEIRO-ESPECIALISTA
METODOLOGIA CIENTIFICA	20	9..9	Aprovada	100%	FERNANDA LIMA E SILVA-MESTRE
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E ADMINISTRAÇÃO EM AUDITORIA	20	DEZ	Aprovada	100%	FERNANDA LIMA E SILVA-MESTRE
PLANEJAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLOGICOS	20	9.8	Aprovada	100%	CRISTINA ALVES BERNARDES - ESPECIALISTA
POLÍTICA E LEGISLAÇÃO A SAÚDE/HISTÓRIA DA SAÚDE-SUS	20	9.9	Aprovada	100%	CELSO MURILO CARDOSO DAMIN-ESPECIALISTA
REGULAÇAÕ DE SISTEMAS /ASPECTOS JURIDICOS	20	9.8	Aprovada	100%	RAQUEL ROSA MENDONÇA DO VALE-MESTRE
RELAÇÃO ENTRE PODER ORGANIZACIONAL E PERFIL PESSOAL DO TRABALHADOR	20	9.9	Aprovada	100%	MARCELO PONTES PEREIRA - MESTRRE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTÃO DO SUS/TI	20	9.8	Aprovada	100%	ERICA MAYANE SANTOS CARVALHO-MESTRE
T.C.C – TRABALHO DE CONCLUSAO DE CURSO Tema: Implantação de Protocolos de Segurança nos Hospitais: Papel da Gestão Hospitalar nos Indicadores da Qualidade	60	DEZ	Aprovada	100%	MÔNICA SANTOS AMARAL-MESTRE
SUB-TOTAL	420		Concluído	100%	
TOTAL	420		Concluído		

Período de realização do curso:

Local: Faculdade CGESP EAD

Registrado no Livro de Expedição de Certificados pela Faculdade CGESP sob Nº 1207, Folha Nº 701, Livro Nº 126.

SECRETARIA ACADÊMICA

Gianna Benneth S. de Oliveira
Secretária Geral
Faculdade CGESP
Portaria nº 009/2017

5224

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: TAMILLES DA SILVA BORGES

RG: 12.557.704-49
CPF: 033.460.57500

Assinatura: Tamilles da Silva Borges

5225

-X 5226

Estrutura e experiência da Diretoria

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

JURACY CAVALCANTE

- 5227

8 5228



Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4144037827157076
ID Lattes: **4144037827157076**
Ultima atualização do curriculo em 09/06/2021

Graduado em Medicina pela Universidade Presidente Antônio Carlos (2014). Pós graduação em Gestão Hospitalar e Operacional pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Treinamento de competências Interpessoais pela Dale Carnegie Atualmente é Diretor Médico no HOSPITAL DAHER LAGO SUL S/A. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Juracy Cavalcante Lacerda Júnior
Nome em citações bibliográficas	LACERDA JUNIOR, J. C.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/4144037827157076

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2019 - 2020	Especialização em Pós Graduação em Gestão Hospitalar e Operacional. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, IIEPAE, Brasil. Título: Conta Certa.
2009 - 2014	Graduação em Medicina. Universidade Presidente Antônio Carlos, UNIPAC, Brasil.
2000 - 2002	Ensino Médio (2º grau). Colégio Bernardo Sayão de Gurupi, CBS, Brasil.

Formação Complementar

2019 - 2019	Guerrilla Business Intensive. Success Resources, SUCCESS RESOURCE, Estados Unidos.
2019 - 2019	Liderança médica 4.0. Associação Nacional de Hospitais Privados, ANAHP, Brasil.
2018 - 2018	Treinamento de Competências Interpessoais. Dale Carnegie, DALE, Brasil.
2017 - 2017	Empretec. Serviço de Apoio às Micros e Pequenas Empresas de Goiás, SEBRAE/GO, Brasil.
2014 - 2014	Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. (Carga horária: 16h). CETES HCor, CETES HCOR, Brasil.

Atuação Profissional

HOSPITAL DAHER LAGO SUL S/A, HDLSS_FORN, Brasil.

Vínculo institucional	
2021 - Atual	Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Diretor Médico
Vínculo institucional	
2017 - Atual	Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Gerente Médico
Vínculo institucional	
2015 - Atual	Vínculo: PLANTONISTA PRONTO SOCORRO, Enquadramento Funcional: MÉDICO PLANTONISTA
Vínculo institucional	

- 5229

2016 - 2017 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Coordenador médico Pronto Socorro

HOSPITAL JACOB FACURI. HJC, Brasil.

Vínculo institucional
2014 - 2015 Vínculo: PLANTONISTA PRONTO SOCORRO, Enquadramento Funcional: MÉDICO PLANTONISTA

VIDA UTI MOVEL. VIDA UTI, Brasil.

Vínculo institucional
2014 - 2015 Vínculo: MÉDICO SOCORRISTA, Enquadramento Funcional: MEDICO SOCORRISTA

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.

Produções

Produção bibliográfica

Apresentações de Trabalho

1. FREITAS, G. R. R. ; REIS, T. A. ; CONTI, R. S. ; **LACERDA JÚNIOR, J. C.** ; SILVA FILHO, E. R. ; REIS, M. L. C. A. . 600 HORAS SEGUIDAS DE HEMODIAFILTRAÇAO CONTINUA. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
2. REIS, T. A. ; **LACERDA JÚNIOR, J. C.** ; FREITAS, G. R. R. ; COSTA, J. F. ; REIS, M. L. C. A. ; CONTI, R. S. ; SILVA FILHO, E. R. . CISTO SIMPLES INFECTADO EM ENXERTO RENAL. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
3. REIS, T. A. ; FREITAS, G. R. R. ; COSTA, J. F. ; **LACERDA JÚNIOR, J. C.** ; REIS, M. L. C. A. ; CONTI, R. S. ; SILVA FILHO, E. R. . - NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA RELACIONADA A MESALAZINA. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
4. REIS, T. A. ; FREITAS, G. R. R. ; COSTA, J. F. ; CONTI, R. S. ; **LACERDA JÚNIOR, J. C.** ; REIS, M. L. C. A. ; SILVA FILHO, E. R. . PLASMAFERESE POR MEMBRANA E ANTICOAGULAÇAO REGIONAL COM CITRATO. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
5. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. Higiene e Cuidados da Criança e Visão do Parto pelo Pediatra. 2013. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
6. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. Simpósio da liga do Coração-LACOR. 2012. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).
7. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. IV Jornada Médico-Solidária. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
8. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. V Jornada Médico-Solidária. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. CURSO ECG 7 PASSOS.ECG 7 PASSOS. 2015. (Outra).
2. Higiene e Cuidados da Criança e Visão do Parto pelo Pediatra.Higiene e Cuidados da Criança e Visão do Parto pelo Pediatra. 2013. (Encontro).
3. Diretório Acadêmico.Coordenador de Educação em Saúde Diretório Acadêmico Diogo Guimarães. 2012. (Outra).
4. I Simpósio Câncer de Mama.I Simpósio Câncer de Mama. 2012. (Simpósio).
5. I Simpósio da Liga do Coração.I Simpósio da Liga do Coração. 2012. (Simpósio).
6. IV Jornada Médico Solidária.IV Jornada Médico Solidária. 2012. (Outra).
7. Liga Acadêmica de Emergências Clínicas.Liga Acadêmica de Emergências Clínicas. 2012. (Outra).
8. Minicurso Controle Infecção Hospitalar.Minicurso Controle Infecção Hospitalar. 2012. (Oficina).
9. Simpósio Liga Acadêmica de Clínica Cirurgica.II Simpósio Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica. 2012. (Simpósio).
10. V Jornada Médico Solidária.V Jornada Médico Solidária. 2012. (Outra).
11. Curso Inglês Instrumental.Curso Inglês Instrumental. 2011. (Outra).
12. Curso Patologia Clinica/Medicina Laboratorial.Curso Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. 2011. (Outra).
13. Diretório Acadêmico.Coordenador de Educação em Saúde Diretório Acadêmico Diogo Guimarães. 2011. (Outra).
14. XI Congresso da Sociedade Brasileira Cardiologia Centro Oeste. 2011. (Congresso).
15. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 2010. (Congresso).
16. Congresso Goiano de Ética Médica e do XXII ECAM. Congresso Goiano de Ética Médica e do XXII ECAM. 2010. (Congresso).
17. Diretório Acadêmico.Coordenador de Educação em Saúde Diretório Acadêmico William Gebrim Júnior. 2010. (Outra).
18. Encontro Cientifico dos Acadêmicos de Medicina. 2010. (Encontro).
19. IV Simpósio de Saúde. 2010. (Simpósio).
20. Diretório Acadêmico.Coordenador da Representação Estudantil Diretório Acadêmico Willian Gebrim Júnior. 2009. (Outra).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. Simpósio da liga do Coração-LACOR. 2012. (Outro).
2. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. V Jornada Médico-Solidária. 2012. (Outro).
3. **LACERDA JÚNIOR, J. C.**. V Jornada Médico-Solidária. 2012. (Outro).

Outras informações relevantes

Estágio Extracurricular na área de Cirurgia no Hospital Goiânia Leste 17/07/2012 à 02/08/2012 Estágio na área de Cirurgia no Hospital Santa Helena Setembro de 2014 à Novembro 2014

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 09/06/2021 às 13:31:27

daher
HOSPITAL LAGO SUL

Declaração

Brasília-DF, 09 de junho de 2021.

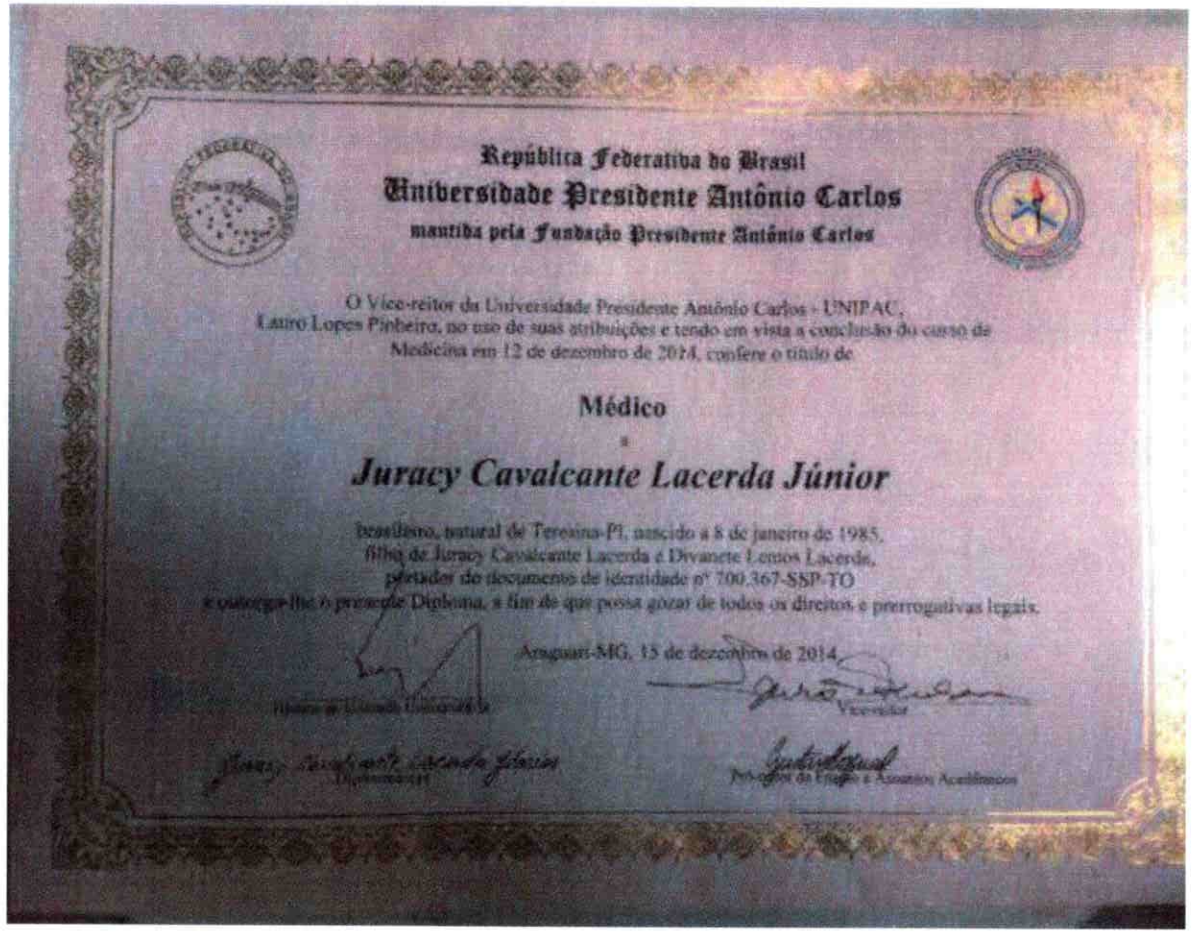
Declaramos, para o Instituto CEM, que o **Dr. JURACY CAVALCANTE LACERDA JUNIOR CRM/DF 22031** exerce o cargo de Diretor Médico no Hospital Lago Sul S/A Daher.

Dr. José Wilson do Bomfim Lopes
Diretor Médico
CRM-DF 2520

Dr. José Wilson do Bomfim Lopes
CRM/DF 2520
Diretor Técnico

Hospital Daher Lago Sul S/A
QI 07 Conj. F Com. Local - CEP: 71.615-570 - Lago Sul - Brasília - DF
61 3213-4848 - Fax 61 3213-4892
site: www.hospitaldaher.com.br

5232



República Federativa do Brasil

Universidade Presidente Antônio Carlos

mantida pela Fundação Presidente Antônio Carlos

O Vice-reitor da Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC,
Lauro Lopes Pinheiro, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de
Medicina em 12 de dezembro de 2014, confere o título de

Médico

a

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

brasileiro, natural de Teresina-PI, nascido a 8 de janeiro de 1985,
filho de Juracy Cavalcante Lacerda e Divanete Lemos Lacerda,
portador do documento de identidade nº 700.367-SSP-TO
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Araguari-MG, 15 de dezembro de 2014.

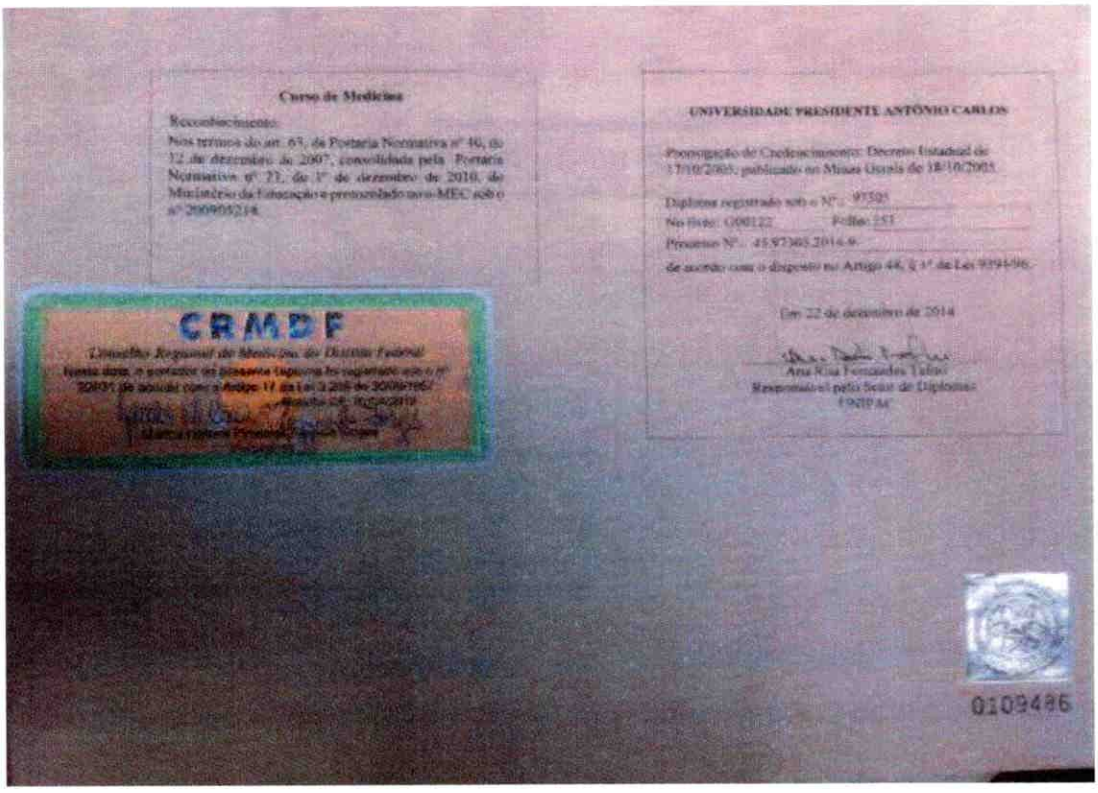
Diretor de Estado Universitário

Vice-reitor

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior
Diplomado(a)

Pró-reitor de Ensino e Assuntos Acadêmicos

5233



Curso de Medicina

Reconhecimento:

Nos termos do art. 63, da Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007, consolidada pela Portaria Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2010, do Ministério da Educação e protocolado no MEC sob o nº 200905214.

CRMDF

Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

Nesta data, o portador do presente diploma foi registrado sob o nº 20931, de acordo com o Artigo 11 da Lei 3.268 de 30/09/1957.

Brasília-DF, 10/02/2015

UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS

Prorrogação de Credenciamento: Decreto Estadual de 17/10/2005, publicado em Minas Gerais de 18/10/2005.

Diploma registrado sob o Nº.: 97505

No livro: G00122 Folha: 251

Processo Nº.: 45.97365.2014.9

de acordo com o disposto no Artigo 48, § 1º da Lei 9394/96.

Em 22 de dezembro de 2014

Ana Rita Fernandes Tabet

Responsável pelo Setor de Diplomas

Portaria

0109486

5234

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 12/06/2021

CNES: 7978642 Nome Fantasia: HOSPITAL DAHER LAGO SUL SA CNPJ: 00.382.069/0001-27

Nome Empresarial: HOSPITAL LAGO SUL S A Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: SHIS EPDB QI Número: 07 Complemento: CONJ F

Bairro: LAGO SUL Município: 530010 - BRASILIA UF: DF

CEP: 71600-700 Telefone: (06)1 248-4848 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JOSE WILSON DO BOMFIM LOPES

Cadastrado em: 26/05/2016 Atualização na base local: 07/04/2021 Última atualização Nacional: 19/05/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	4	0
UTI ADULTO - TIPO II	15	15
UTI ADULTO - TIPO III	5	0
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	52	28
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	1	0

5525

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA	1	0
CIRURGIA GERAL	22	2
ENDOCRINOLOGIA	1	0
GASTROENTEROLOGIA	1	0
GINECOLOGIA	1	0
NEFROLOGIAUROLOGIA	1	0
NEUROCIRURGIA	1	0
OFTALMOLOGIA	1	0
ONCOLOGIA	1	0
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	4	0
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	0
PLASTICA	2	0
TORACICA	2	0
TRANSPLANTE	1	0
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	1	0
CLINICA GERAL	39	2
DERMATOLOGIA	1	0
NEFROUROLOGIA	1	0
NEUROLOGIA	1	0

5236

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ONCOLOGIA	8	0
PNEUMOLOGIA	1	0
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	1	0
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PNEUMOLOGIA SANITARIA	1	0
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	1	0
PEDIATRIA CLINICA	1	0

Data desativação: -- Motivo desativação: --

5237

5238



CERTIFICAÇÃO GREEN BELT

Por demonstrar conhecimento e proficiência no uso e aplicação da metodologia Lean Six Sigma, certificamos

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

como Green Belt

Profª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Master Black Belt Ederson Almeida
Gerente do Programa e Academia
Einstein de Excelência Operacional

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

LEAN SIX SIGMA

5239

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Juracy Cavalcante Lacerda Júnior**, **RG. 700367**, o presente certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em:

Excelência Operacional na Área da Saúde – *Lean Six Sigma*

na área de conhecimento em Ciências da Saúde, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES n.º 1 de 06/01/2012 e D.O.U. de 09/01/2012, realizado no período de 01/05/2019 a 31/08/2020, compreendendo 420 horas.

São Paulo, 18 de janeiro de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Profª Drª. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Titulado

X 5240

Estrutura e experiência da Diretoria

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

NASSON ALMEIDA

- 5241

5242

CERTIFICADO

ONA EDUCARE

ISQua

5243

Certificamos que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu em 04/04/2017

o **Curso Sistema Brasileiro de Acreditação para Avaliadores**

realizado pela Organização Nacional de Acreditação com duração de 70 horas-aula.

São Paulo, 19 de Abril de 2017.

Dr. Arlindo de Almeida
Presidente da ONA

Shailiny Merlino
Gerente de Educação

Entidades Fundadoras / Associadas:

Validade:**04/04/2019**

abramge · CNS · FBH · FenaSaúde · CMB · Sociedade Brasileira de Análises Clínicas · Unimed

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Campus Catalão

Resoluções: CNE/CES Nº 01, de 08/06/2007; CEPEC Nº 742, de 05/06/2005; CEPEC Nº 991, de 08/10/2010

Certificamos que **Naasson Carlos de Almeida** concluiu o curso de Especialização em **Gestão de Pessoas e Marketing**, ministrado pelo Campus Catalão da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Goiânia, 29 de novembro de 2012

Profª. Drª. Divina das Dôres de Paula Cardoso
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr Manoel Rodrigues Chaves
Diretor de Unidade

Naasson Carlos de Almeida
Concluinte

UFG

5244

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CAMPUS CATALÃO

Curso de Especialização em Gestão de Pessoas e Marketing

Nome: Naasson Carlos de Almeida **CPF:** 016.623.201-75 **Data de Nascimento:** 15/06/1987

Legenda situação — AP: Aprovado; AD: Aproveitamento de disciplina; RM: Reprovado por média; RF: Reprovado por falta

Disciplinas	Carga horária (h) Prática	Teórica	Total	Docente responsável	Nota	Freq.	Situação
Educação Estratégica nas Organizações: Novas Perspectivas em Gestão	0	24	24	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	9,30	100%	AP
Evolução das Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,70	100%	AP
Fundamentos Marketing - Conquistando e Mantendo Clientes	0	24	24	Profª. Ms. Luciana Carvalho	9,00	100%	AP
Gestão de Competência e Desempenho	0	32	32	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	9,00	100%	AP
Gestão de Pessoas, do Método Tradicional ao Modelo Por Competências	0	32	32	Prof. Ms. Serigne Ababacar Cisse Ba	7,00	90%	AP
Mapeamento, Identificação e Seleção de Talentos e Mercado de Trabalho Foco em Competência	0	24	24	Prof. Ms. Marcos Bueno	9,00	90%	AP
Marketing de Serviços	0	32	32	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	8,00	90%	AP
Marketing Estratégico	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Metodologia do Trabalho Científico	0	24	24	Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira	10,00	100%	AP
O Coaching Como Ferramenta de Gestão Por Competências	0	24	24	Profª. Ms. Natércia Guimarães Gomide	9,50	100%	AP
Pesquisa de Marketing	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Psicologia, Trabalho e Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	8,00	95%	AP
Remuneração Por Competência	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,00	90%	AP
Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas Com Ênfase em Competências	0	24	24	Prof. Ms. Janduhy Camilo Passos	9,20	100%	AP

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.

Carga horária total: 360 horas. Período: 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Título da monografia: A Comunicação Interna e Sua Importância para a Organização.

Data de aprovação: 20 de junho de 2012. Avaliação: 8,50

Orientador: Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira

Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira
Coordenador de Curso

MEC — UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Certificado registrado sob nº. 7587 Data do registro: 29/11/2012

Expedido em 29 de novembro de 2012.

José Vitorino Vieira
Coordenador da Expedição e Registro de Diplomas

Confere:

VISTO:

Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

5245

0541379

Associação Catalana de Educação
Centro de Ensino Superior de Catalão

CESUC

5246

(Curso reconhecido pela Portaria Ministerial nº 1.111 de 16/07/1992 - D.O.U. 17/07/1992.)
(Renovado o reconhecimento pela Portaria Ministerial nº 2.247 de 24/06/2005 - D.O.U. 27/06/2005.)

O Diretor do Centro de Ensino Superior de Catalão, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de **Administração**, **Bacharelado** no **1º** semestre do ano de **2010** e a colação de grau em **19/08/2010**, confere o grau de **Bacharel em Administração** a **Naasson Carlos de Almeida,** brasileiro, nascido em 15/06/1987 em Catalão - GO, cédula de identidade 4768779 - DGPC/GO; expede-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Catalão/GO, 10 de setembro de 2010.

Naasson Carlos de Almeida
Diplomado

Prof. Paulo Antônio Lima
Diretor

Prof. André Luís Mázaro
Secretário Geral

5247

Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC

Secretaria Geral

Diplomado(a): **Naasson Carlos de Almeida**
Diploma registrado sob nº **3060**
No Livro **17** pág **030 - V**
Processo **63.820**
Código **CGB63.820-10**
Em **10/09/2010**

Prof. André Luís Mázaro
Secretário Geral

MEC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ACADÊMICOS
GERÊNCIA DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Diploma Registrado sob o nº.77710, em 04 de janeiro de 2011.
Processo nº 23070.026749/2010-39, nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional).

Goiânia, 04 de janeiro de 2011.

Confere: Elan Kelvin Borges Pinho
Gerente de Registro de Diplomas em exercício

Visto: Profª. Drª. Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Departamento de Assuntos Acadêmicos

UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
DIVISÃO DE REGISTRO ACADÊMICO -DAA-
GOIÂNIA

EMISSÃO DIGITAL DE CERTIDÃO DE CONCLUSÃO
HISTÓRICO ESCOLAR DE ESPECIALIZAÇÃO

A Secretaria Geral de Gestão Acadêmica do **Centro Universitário Internacional UNINTER** expede para o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, a CERTIDÃO DE CONCLUSÃO e HISTÓRICO ESCOLAR do curso **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

A Certidão de Conclusão e o Histórico Escolar foram emitidos digitalmente amparados pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC. A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento. .

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - Km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

5248

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO

Certificamos que o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, concluiu no dia 27/02/2018 o curso de **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, ofertado pelo **Centro Universitário Internacional UNINTER**, credenciado pela Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016.

O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resolução CNE/CES n.º 01 de 08/06/2007, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

O presente documento foi emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

5249

HISTÓRICO ESCOLAR

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA - GO
Credenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016

DADOS SOBRE O CURSO

Curso: Pós-Graduação *lato sensu* **Área:** SAÚDE
Especialização em: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR
Início da Turma: 04/07/2016 **Término**: 27/02/2018
O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resoluação CNE/CES nº 01 de 08/06/2007

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Aprovação por média: para resultados de notas de 70 a 100 na primeira fase de avaliação.
Aprovação por exame: para resultados de notas de 50 a 100 na primeira fase de avaliação.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo): A GESTÃO DE PESSOAS NA PRÁTICA: UMA PESQUISA REALIZADA COM PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL PRIVADO DE CATALÃO, GOIÁS
Nota: 89

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Histórico Escolar emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

5250

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

COMPONENTES CURRICULARES

Disciplinas	C.H.	Média	Resultado	Professor	Titulação
Gestão de Suprimentos Hospitalares	30h	100	APR.MÉDIA	RONALD GIELOW	Mestrado
Gestão Financeira e Custos Hospitalares	30h	70	APR.MÉDIA	PAULO MURO BARBOSA	Mestrado
Auditoria Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Metodologia Científica	30h	90	APR.MÉDIA	ANDERSON NOVELLO	Mestrado
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	30h	70	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Sistema de Informação para Gestão Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Meio Ambiente e Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	RODRIGO DE CASSIO DA SILVA	Doutorado
Hotelaria Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Marketing Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JULIO CELESTINO PEDRON ROMANI	Mestrado
Epidemiologia	30h	60	APR.EXAME	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	30h	90	APR.MÉDIA	ELIANA MARA FORTUNATO DE LUCENA REYNALDO	Mestrado
Bioética em Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Trabalho de Conclusão de Curso	30h	89	APR.MÉDIA	-	-

Grade: Grade 2015 03 **Carga Horária Cursada:** 450h **Carga Horária do Curso:** 450h

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guaraní - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

Informamos que a validação da veracidade da emissão deste documento pode ser realizada através do site: http://www.grupouninter.com.br/documentosdigitais.
Documento emitido às 09:42:26 do dia 28/02/2018.
Código de Validação / Controle do documento: 4233039

5251

EMISSÃO DIGITAL DE CERTIDÃO DE CONCLUSÃO
HISTÓRICO ESCOLAR DE ESPECIALIZAÇÃO

A Secretaria Geral de Gestão Acadêmica do **Centro Universitário Internacional UNINTER** expede para o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, a CERTIDÃO DE CONCLUSÃO e HISTÓRICO ESCOLAR do curso **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

A Certidão de Conclusão e o Histórico Escolar foram emitidos digitalmente amparados pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC. A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento. .

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - Km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

5252

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO

Certificamos que o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, concluiu no dia 27/02/2018 o curso de **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, ofertado pelo **Centro Universitário Internacional UNINTER**, credenciado pela Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016.

O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resolução CNE/CES n.º 01 de 08/06/2007, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

O presente documento foi emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

5253

HISTÓRICO ESCOLAR

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA - GO
Credenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016

DADOS SOBRE O CURSO

Curso: Pós-Graduação *lato sensu* **Área:** SAÚDE
Especialização em: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR
Início da Turma: 04/07/2016 **Término**: 27/02/2018
O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resoluação CNE/CES nº 01 de 08/06/2007

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Aprovação por média: para resultados de notas de 70 a 100 na primeira fase de avaliação.
Aprovação por exame: para resultados de notas de 50 a 100 na primeira fase de avaliação.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo): A GESTÃO DE PESSOAS NA PRÁTICA: UMA PESQUISA REALIZADA COM PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL PRIVADO DE CATALÃO, GOIÁS
Nota: 89

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Histórico Escolar emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

5254

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

COMPONENTES CURRICULARES

Disciplinas	C.H.	Média	Resultado	Professor	Titulação
Gestão de Suprimentos Hospitalares	30h	100	APR.MÉDIA	RONALD GIELOW	Mestrado
Gestão Financeira e Custos Hospitalares	30h	70	APR.MÉDIA	PAULO MURO BARBOSA	Mestrado
Auditoria Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Metodologia Científica	30h	90	APR.MÉDIA	ANDERSON NOVELLO	Mestrado
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	30h	70	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Sistema de Informação para Gestão Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Meio Ambiente e Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	RODRIGO DE CASSIO DA SILVA	Doutorado
Hotelaria Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Marketing Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JULIO CELESTINO PEDRON ROMANI	Mestrado
Epidemiologia	30h	60	APR.EXAME	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	30h	90	APR.MÉDIA	ELIANA MARA FORTUNATO DE LUCENA REYNALDO	Mestrado
Bioética em Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Trabalho de Conclusão de Curso	30h	89	APR.MÉDIA	-	-

Grade: Grade 2015 03 **Carga Horária Cursada:** 450h **Carga Horária do Curso:** 450h

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

Informamos que a validação da veracidade da emissão deste documento pode ser realizada através do site: http://www.grupouninter.com.br/documentosdigitais.
Documento emitido às 09:42:26 do dia 28/02/2018.
Código de Validação / Controle do documento: 4233039

CERTIFICADO

ONA EDUCARE

ISQua Accredited ORGANISATION

Certificamos que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu em 04/04/2017
o **Curso Sistema Brasileiro de Acreditação para Avaliadores**
realizado pela Organização Nacional de Acreditação com duração de 70 horas-aula.

São Paulo, 19 de Abril de 2017.

Dr. Arlindo de Almeida
Presidente da ONA

Shailiny Merlino
Gerente de Educação

Entidades Fundadoras / Associadas:

abramge · CNS Confederação Nacional de Saúde · FBH · FenaSaúde · CMB · Sociedade Brasileira de Análises Clínicas · Unimed

Validade:**04/04/2019**

5256

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Campus Catalão

Resoluções: CNE/CES Nº 01, de 08/06/2007; CEPEC Nº 742, de 05/06/2005; CEPEC Nº 991, de 08/10/2010

Certificamos que **Naasson Carlos de Almeida** concluiu o curso de Especialização em **Gestão de Pessoas e Marketing**, ministrado pelo Campus Catalão da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Goiânia, 29 de novembro de 2012

Profª. Drª. Divina das Dôres de Paula Cardoso

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr Manoel Rodrigues Chaves

Diretor de Unidade

Naasson Carlos de Almeida

Concluinte

UFG

6257

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CAMPUS CATALÃO

Curso de Especialização em Gestão de Pessoas e Marketing

Nome: Naasson Carlos de Almeida **CPF:** 016.623.201-75 **Data de Nascimento:** 15/06/1987

Legenda situação — AP: Aprovado; AD: Aproveitamento de disciplina; RM: Reprovado por média; RF: Reprovado por falta

Disciplinas	Carga horária (h) Prática	Teórica	Total	Docente responsável	Nota	Freq.	Situação.
Educação Estratégica nas Organizações: Novas Perspectivas em Gestão	0	24	24	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	9,30	100%	AP
Evolução das Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,70	100%	AP
Fundamentos Marketing - Conquistando e Mantendo Clientes	0	24	24	Profª. Ms. Luciana Carvalho	9,00	100%	AP
Gestão de Competência e Desempenho	0	32	32	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	9,00	100%	AP
Gestão de Pessoas: do Método Tradicional ao Modelo Por Competências	0	32	32	Prof. Ms. Serigne Ababacar Cisse Ba	7,00	90%	AP
Mapeamento, Identificação e Seleção de Talentos e Mercado de Trabalho Foco em Competência	0	24	24	Prof. Ms. Marcos Bueno	9,00	90%	AP
Marketing de Serviços	0	32	32	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	8,00	90%	AP
Marketing Estratégico	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Metodologia do Trabalho Científico	0	24	24	Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira	10,00	100%	AP
O Coaching Como Ferramenta de Gestão Por Competências	0	24	24	Profª. Ms. Natércia Guimarães Gomide	9,50	100%	AP
Pesquisa de Marketing	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Psicologia, Trabalho e Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	8,00	95%	AP
Remuneração Por Competência	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,00	90%	AP
Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas Com Ênfase em Competências	0	24	24	Prof. Ms. Janduhy Camilo Passos	9,20	100%	AP

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.

Carga horária total: 360 horas. Período: 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Título da monografia: A Comunicação Interna e Sua Importância para a Organização.

Data de aprovação: 20 de junho de 2012. Avaliação : 8,50

Orientador: Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira

Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira
Coordenador de Curso

MEC **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

Certificado registrado sob nº. 7587 Data do registro: 29/11/2012

Expedido em 29 de novembro de 2012.

José Vitorino Vieira
Coordenador de Expedição e Registro de Diplomas

Confere:

VISTO:

Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

056879

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 13/06/2021

CNES: 2442620 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE SAO NICOLAU CNPJ: 01.326.206/0001-79

Nome Empresarial: CENTRO MEDICO CIRURGICO DE CATALAO LTDA Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: NILO MARGON Número: 63 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 520510 - CATALAO UF: GO

CEP: 75701-150 Telefone: (64) 3442-9328 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 007

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: NICOLAU ANDRE SAFATLE

Cadastrado em: 24/06/2003 Atualização na base local: 20/05/2021 Última atualização Nacional: 21/05/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	2	1
UTI ADULTO - TIPO II	9	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	11	0
UTI NEONATAL - TIPO II	4	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	0
ESPEC - CIRURGICO		

- 5259

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
BUCO MAXILO FACIAL	1	0
CARDIOLOGIA	2	1
CIRURGIA GERAL	5	3
ENDOCRINOLOGIA	1	1
GASTROENTEROLOGIA	2	1
GINECOLOGIA	2	1
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	1
NEUROCIRURGIA	2	1
OFTALMOLOGIA	2	1
PLASTICA	2	1
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	4	2
CLINICA GERAL	4	2
DERMATOLOGIA	1	0
GERIATRIA	2	0
HEMATOLOGIA	1	0
NEFROUROLOGIA	3	2
NEONATOLOGIA	2	1
NEUROLOGIA	3	1
PNEUMOLOGIA	2	0

L 5260

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	30	0
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	4	3
OBSTETRICIA CLINICA	2	1
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PNEUMOLOGIA SANITARIA	1	0
REABILITACAO	1	0
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	2	0

Data desativação: -- Motivo desativação: --

5261

CERTIFICADO

O **Grupo Voitto** certifica que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu com êxito o curso de **Upgrade de Green Belt para Black Belt em Lean Seis Sigma ,**
com carga horária de 80 horas.
Juiz de Fora - MG, 23 de Dezembro de 2020

Voitto Treinamento e Desenvolvimento
CNPJ: 10.325.713/0001-89

Clóvis Bergamo Filho
Presidente Six Sigma Brasil

Daniel Alves Praga

5262

grupo Voitto

CERTIFICADO:
355850622

Módulo 1 - F[illegible]amentos do Seis Sigma

Revisão Lean Seis Sigma

O Lean Seis Sigma Aplicado a todos os ramos empresariais

O Lean Seis Sigma e as barreiras organizacionais

Como implantar o programa Lean Seis Sigma nas empresas

Sistemática para seleção de projetos e candidatos

A importância da alta gestão

Formação de equipes

A gestão da mudança

Gerenciamento do tempo

Design for Lean Six Sigma e o método DMADV

Módulo 2 - DMAIC: Fase de Definição e Medição

Revisando o DMAIC

Kaizen ou Kaizen Blitz

Medidas de desempenho do negócio

Medidas para cálculo dos ganhos financeiros

Análise de series temporais

Capacidade de processos para dados não-normais

Cálculo de capacidade de processos para atributos

Módulo 3 - DMAIC: Fase de Análise

Regressão Linear Múltipla

Regressão logística

ANOVA para 2 fatores e múltiplas comparações

Testes não-paramétricos

Atividade da catapulta

Módulo 4 – DMAIC: Fase de Melhoria e Controle

Experimento fatorial fracionado

Experimento fatorial em blocos

Experimento fatorial com ponto central

Experimento fatorial com mais de dois níveis

Operação evolutiva (EVOP)

Ferramentas de melhoria da Lean

Módulo 5 - Estudo de caso

Aumento do índice de sucesso das entregas

Redução do tempo de setup na produção de ligas Ferro

Redução da taxa de desligamento dos consultores de venda

Aumento da produtividade na produção de Ligas de Cobre

Redução dos custos com honorários advocatícios e indenizações em condenações judiciais

5263

CERTIFICADO INTERNACIONAL

Certificamos que

Naasson Carlos de Almeida

CPF 016.623.201-75

Concluiu o curso "1º Programa Internacional de Formação de Avaliadores 100% Digital", com carga horária de 16 (dezesseis) horas.

São Paulo, 07 de Setembro de 2020

CKO - Chief Knowledge Officer

IQG HEALTH SERVICES ACCREDITATION
HEALTH STANDARDS ORGANIZATION | BRASIL

IQG HEALTH SERVICES ACCREDITATION

L 5264

QMENTUM IQG INTERNATIONAL

CERTIFICADO

O **Grupo Voitto** certifica que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu com êxito o **Treinamento de Green Belt em Lean Seis Sigma ,**
com carga horária de 80 horas.
Juiz de Fora - MG, 2 de Dezembro de 2020

Voitto Treinamento e Desenvolvimento
CNPJ: 10.325.713/0001-89

Clóvis Bergamo Filho
Presidente Six Sigma Brasil

Daniel Alves Praga

grupo Voitto

- 5265

CERTIFICADO:
355050622

Módulo 1 - Princípios do Lean Seis Sigma

O que é Seis Sigma

Visão geral do Lean Manufacturing

Integração Lean e Seis Sigma

Os níveis de certificação dos belts

Lean Seis Sigma e os sistemas de gestão

Visão histórica da melhoria contínua

O método DMAIC

Módulo 2 - DMAIC – Fase de Definição

Descrição da Fase Definição

Identificando Projetos Lean Seis Sigma

Mapas de Raciocínio

Voz do Cliente (VOC)

Escopo e planejamento do projeto

Análise de Risco do Projeto

Métricas Lean Manufacturing

Métricas Seis Sigma

Benchmarking

Definição de Metas para projetos Lean Seis Sigma

Equipe de Projeto e a Comunicação

Mapeamento Macro do Processo - SIPOC

Mapeamento do Fluxo de Valor – VSM

Dinâmica Voitto embarcações

Contrato de Projetos – Project Charter

Módulo 3 - DMAIC – Fase de Medição

O que é Seis Sigma

Visão Geral do Lean Manufacturing

Integração Lean e Seis Sigma

Os níveis de certificação dos Belts

Lean Seis Sigma e os Sistemas de Gestão

Visão histórica da melhoria contínua

O Método DMAIC

Consolidando o Conhecimento

Principais distribuições de probabilidade

Distribuição normal e teste de normalidade

Gráficos Básicos

Carta de controle

Capabilidade do processo

Análise do sistema de medição (Dados contínuos)

Análise do sistema de medição (Dados discretos)

Dinâmica dos carrinhos

Módulo 4 - DMAIC – Fase de Análise

Revisando as etapas do projeto; Definição e Medição

Descrição da Fase Análise

FMEA

Mapa de Análise Estatística

Correlação e Diagrama de Dispersão

Regressão Linear Simples

Testes de Hipóteses

ANOVA – Análise de Variância

Cartas Multi-Vari

Teste do Qui-Quadrado

Módulo 5 - DMAIC – Fase de Melhoria

Descrição da Fase de Melhoria

DOE – Planejamento de Experimentos

Diagrama de Árvore

Matriz de Priorização de soluções

Plano de ação – 5W2H

5S

SMED

Kanban

Kanban

Módulo 6 - DMAIC – Fase de Controle

Descrição da Fase de Controle

Cartas de Controle

OCAP e Diário de Bordo

Procedimento Operacional Padrão

Poka Yoke

TPM

Gestão Visual

Encerramento do Projeto

Módulo 7 - Projetos Lean Seis Sigma

Cases e Estudos de Caso

5266

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

NOME
NAASSON CARLOS DE ALMEIDA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4768779 DGPC GO

CPF
016.623.201-75

DATA NASCIMENTO
15/06/1987

FILIAÇÃO
JOSE ALMEIDA FIRMINO

DIVINA MARIA DE MENEZES ALMEIDA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03834768376

VALIDADE
16/10/2025

1ª HABILITAÇÃO
04/05/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
21321271398

OBSERVAÇÕES

Naasson Carlos de Almeida

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
16/10/2020

Marcos Roberto Silva - Presidente do DETRAN-GO

ASSINATURA DO EMISSOR

5267
54847550958
GO146047133

PROIBIDO PLASTIFICAR
21321271398

GOIÁS

CERTIFICADO

ONA EDUCARE

ISQua

Certificamos que

Naasson Carlos de Almeida

concluiu em 04/04/2017

o **Curso Sistema Brasileiro de Acreditação para Avaliadores**

realizado pela Organização Nacional de Acreditação com duração de 70 horas-aula.

São Paulo, 19 de Abril de 2017.

Dr. Arlindo de Almeida
Presidente da ONA

Shailiny Merlino
Gerente de Educação

L 5268

Entidades Fundadoras / Associadas:

Validade:**04/04/2019**

abramge · CNS · FenaSaúde · CMB · Sociedade Brasileira de Análises Clínicas · Unimed

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Campus Catalão

Resoluções: CNE/CES Nº 01, de 08/06/2007; CEPEC Nº 742, de 05/06/2005; CEPEC Nº 991, de 08/10/2010

Certificamos que **Naasson Carlos de Almeida** concluiu o curso de Especialização em **Gestão de Pessoas e Marketing**, ministrado pelo Campus Catalão da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Goiânia, 29 de novembro de 2012

Profª. Drª. Divina das Dôres de Paula Cardoso
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr Manoel Rodrigues Chaves
Diretor de Unidade

Naasson Carlos de Almeida
Concluinte

UFG

6929

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CAMPUS CATALÃO

Curso de Especialização em Gestão de Pessoas e Marketing

Nome: Naasson Carlos de Almeida **CPF:** 016.623.201-75 **Data de Nascimento:** 15/06/1987

Legenda situação: AP: Aprovado AD: Aproveitamento de disciplina RM: Reprovado por média RF: Reprovado por falta

Disciplinas	Carga horária (h) Prática	Teórica	Total	Docente responsável	Nota	Freq.	Situação.
Educação Estratégica nas Organizações: Novas Perspectivas em Gestão	0	24	24	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	9,30	100%	AP
Evolução das Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,70	100%	AP
Fundamentos Marketing - Conquistando e Mantendo Clientes	0	24	24	Profª. Ms. Luciana Carvalho	9,00	100%	AP
Gestão de Competência e Desempenho	0	32	32	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	9,00	100%	AP
Gestão de Pessoas: do Método Tradicional ao Modelo Por Competências	0	32	32	Prof. Ms. Serigne Ababacar Cisse Ba	7,00	90%	AP
Mapeamento, Identificação e Seleção de Talentos e Mercado de Trabalho Foco em Competência	0	24	24	Prof. Ms. Marcos Bueno	9,00	90%	AP
Marketing de Serviços	0	32	32	Prof. Ms. João Roberto Lo Turco Martinez	8,00	90%	AP
Marketing Estratégico	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Metodologia do Trabalho Científico	0	24	24	Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira	10,00	100%	AP
O Coaching Como Ferramenta de Gestão Por Competências	0	24	24	Profª. Ms. Natércia Guimarães Gomide	9,50	100%	AP
Pesquisa de Marketing	0	24	24	Prof. Ms. Solon Bevilácqua	9,00	100%	AP
Psicologia, Trabalho e Organizações	0	24	24	Prof. Ms. Andre Vasconcelos da Silva	8,00	95%	AP
Remuneração Por Competência	0	24	24	Prof. Ms. Vagner Rosalem	8,00	90%	AP
Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas Com Ênfase em Competências	0	24	24	Prof. Ms. Janduhy Camilo Passos	9,20	100%	AP

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.

Carga horária total: 360 horas. Período: 24 de setembro de 2010 a 28 de junho de 2012.

Título da monografia: A Comunicação Interna e Sua Importância para a Organização.

Data de aprovação: 20 de junho de 2012. Avaliação : 8,50

Orientador: Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira

Prof. Ms. Maxwell Ferreira de Oliveira
Coordenador de Curso

MEC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Certificado registrado sob nº. 7587 Data do registro: 29/11/2012

Expedido em 29 de novembro de 2012.

José Vitorino Vieira
Coordenador de Expedição e Registro de Diplomas

Confere:

VISTO: Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

2 - 5270

056

Associação Catalana de Educação
Centro de Ensino Superior de Catalão

CESUC

(Curso reconhecido pela Portaria Ministerial nº 1.111 de 16/07/1992 - D.O.U. 17/07/1992.)
(Renovado o reconhecimento pela Portaria Ministerial nº 2.247 de 24/06/2005 - D.O.U. 27/06/2005.)

O Diretor do Centro de Ensino Superior de Catalão, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de **Administração**, **Bacharelado** no **1º** semestre do ano de **2010** e a colação de grau em **19/08/2010**, confere o grau de **Bacharel em Administração** a **Naasson Carlos de Almeida**, brasileiro, nascido em 15/06/1987 em Catalão - GO, cédula de identidade 4768779 - DGPC/GO; expede-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Catalão/GO, 10 de setembro de 2010.

Naasson Carlos de Almeida
Diplomado

Prof. Paulo Antônio Lima
Diretor

Prof. André Luís Mázaro
Secretário Geral

5271

Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC

Secretaria Geral

Diplomado(a): **Naasson Carlos de Almeida**
Diploma registrado sob nº **3060**
No Livro **17** pág **030 - V**
Processo **63.820**
Código **CGB63.820-10**
Em **10/09/2010**

Prof. André Luís Mázaro
Secretário Geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ACADÊMICOS
GERÊNCIA DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Diploma Registrado sob o nº 77710, em 04 de janeiro de 2011.
Processo nº 23070.026749/2010-39, nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional)

Goiânia, 04 de janeiro de 2011.

Confere: Elen Kelrim Borges Pinho
Gerente de Registro de Diplomas em exercício

Visto: Profª. Drª. Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Departamento de Assuntos Acadêmicos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
DIVISÃO DE REGISTRO ACADÊMICO - DAA -
GOIÂNIA

2 5272

EMISSÃO DIGITAL DE CERTIDÃO DE CONCLUSÃO
HISTÓRICO ESCOLAR DE ESPECIALIZAÇÃO

A Secretaria Geral de Gestão Acadêmica do **Centro Universitário Internacional UNINTER** expede para o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, a CERTIDÃO DE CONCLUSÃO e HISTÓRICO ESCOLAR do curso **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

A Certidão de Conclusão e o Histórico Escolar foram emitidos digitalmente amparados pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC. A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento. .

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - Km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

- 5273

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO

Certificamos que o(a) aluno(a) **NAASSON CARLOS DE ALMEIDA**, CPF n.º 016.623.201-75, registro acadêmico n.º 1385326, concluiu no dia 27/02/2018 o curso de **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**, ministrado em nível de Especialização *lato sensu*, ofertado pelo **Centro Universitário Internacional UNINTER**, credenciado pela Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016.

O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resolução CNE/CES n.º 01 de 08/06/2007, para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

O presente documento foi emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

ESTE DOCUMENTO E EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

5274

HISTÓRICO ESCOLAR

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA - GO
Credenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012, publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012 e recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016, publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016

DADOS SOBRE O CURSO

Curso: Pós-Graduação *lato sensu* **Área:** SAÚDE
Especialização em: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR
Início da Turma: 04/07/2016 **Término**: 27/02/2018
O respectivo curso cumpriu todas as disposições legais da Resoluação CNE/CES nº 01 de 08/06/2007

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Aprovação por média: para resultados de notas de 70 a 100 na primeira fase de avaliação.
Aprovação por exame: para resultados de notas de 50 a 100 na primeira fase de avaliação.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo): A GESTÃO DE PESSOAS NA PRÁTICA: UMA PESQUISA REALIZADA COM PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL PRIVADO DE CATALÃO, GOIÁS
Nota: 89

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Histórico Escolar emitido digitalmente amparado pelo Ofício n.º 38/CES/CNE/MEC de 04/03/2011 e pelo Ofício n.º 387/2016/CES/SAO/CNE/CNE-MEC.
A validação da veracidade é dada por meio do endereço eletrônico www.grupouninter.com.br/documentosdigitais a partir dos dados contidos no rodapé deste documento.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER
Graduação
Pós-Graduação
Extensão

5275

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: NAASSON CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 016.623.201-75 **Matrícula:** 1385326

COMPONENTES CURRICULARES

Disciplinas	C.H.	Média	Resultado	Professor	Titulação
Gestão de Suprimentos Hospitalares	30h	100	APR.MÉDIA	RONALD GIELOW	Mestrado
Gestão Financeira e Custos Hospitalares	30h	70	APR.MÉDIA	PAULO MURO BARBOSA	Mestrado
Auditoria Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Metodologia Científica	30h	90	APR.MÉDIA	ANDERSON NOVELLO	Mestrado
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	30h	70	APR.MÉDIA	CELIO LUIZ BANASZEKI	Especialização
Sistema de Informação para Gestão Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOY GANEM LONGHI	Especialização
Meio Ambiente e Saúde	30h	90	APR.MÉDIA	RODRIGO DE CASSIO DA SILVA	Doutorado
Hotelaria Hospitalar	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Marketing Hospitalar	30h	90	APR.MÉDIA	JULIO CELESTINO PEDRON ROMANI	Mestrado
Epidemiologia	30h	60	APR.EXAME	IVANA MARIA SAES BUSATO	Doutorado
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	30h	90	APR.MÉDIA	ELIANA MARA FORTUNATO DE LUCENA REYNALDO	Mestrado
Bioética em Serviços Hospitalares	30h	80	APR.MÉDIA	JOAO LUIZ COELHO RIBAS	Doutorado
Trabalho de Conclusão de Curso	30h	89	APR.MÉDIA	-	-

Grade: Grade 2015 03 **Carga Horária Cursada:** 450h **Carga Horária do Curso:** 450h

Curitiba/PR, 28 de fevereiro de 2018.

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

Unidade Campo Largo: Rodovia BR-277 Curitiba Ponta Grossa - km 103,7, s/n | Vila Guarani - Campo Largo/PR | CEP 83608-900
Contatos: 41 3593 2900 | secretariageral@uninter.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER - Graduação Pós-Graduação Extensão

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Codigo Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passiveis de reclusão e multa.

Informamos que a validação da veracidade da emissão deste documento pode ser realizada através do site: http://www.grupouninter.com.br/documentosdigitais.
Documento emitido às 09:42:26 do dia 28/02/2018.
Código de Validação / Controle do documento: 4233039

5276

1.3 Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)

5278

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

ROBERTO ZOTA

5280



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE GOIÁS
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
ROBERTO ZONTA

CRM/UF
014541/GO

FILIAÇÃO
ARISTIDES ZONTA

IVANIR CAVALHEIRO ZONTA

DATA DE INSCRIÇÃO
09/03/2010

VIA
1

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
[illegible]

RG / ÓRGÃO EMISSOR
0703832-1/SSP-MT

TÍTULO DE ELEITOR
019314221813

SEÇÃO
0013

ZONA
001

DATA DE NASCIMENTO
01/02/1980

NATURALIDADE
ITAÚBA-MT

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
GOIÂNIA,03/07/2015

0168996

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.

5281

32058-3622-1501

Registro: Nº 016420

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA "GABRIEL RENÉ MORENO"
Santa Cruz – Bolivia

Alfredo Jaldín Farell
RECTOR



Por cuanto:

Roberto Zanta

Nacido(a) el 01 / 02 / 1980 en Brasil, con cédula de identidad N° CP.400267-EXT. y registro universitario N° 200053043, ha cumplido satisfactoriamente con todos los requisitos establecidos en el Plan de Estudios, así como las pruebas de evaluación y graduación exigidas por el ordenamiento académico de la Universidad, para obtener el ***GRADO ACADÉMICO*** *de:*

Médico Cirujano

Por tanto:

En nombre de la Universidad y con la facultad que le confieren los artículos 185 y 186 de la Constitución Política del Estado, se le otorga el presente ***DIPLOMA****, como público testimonio de su idoneidad profesional.*

Firmado, sellado con el Gran Sello de la Universidad, refrendado por el Decano de la Facultad Ciencias de la Salud Humana y el Secretario General, en Santa Cruz de la Sierra, a los 27 días del mes de febrero del año dos mil ocho

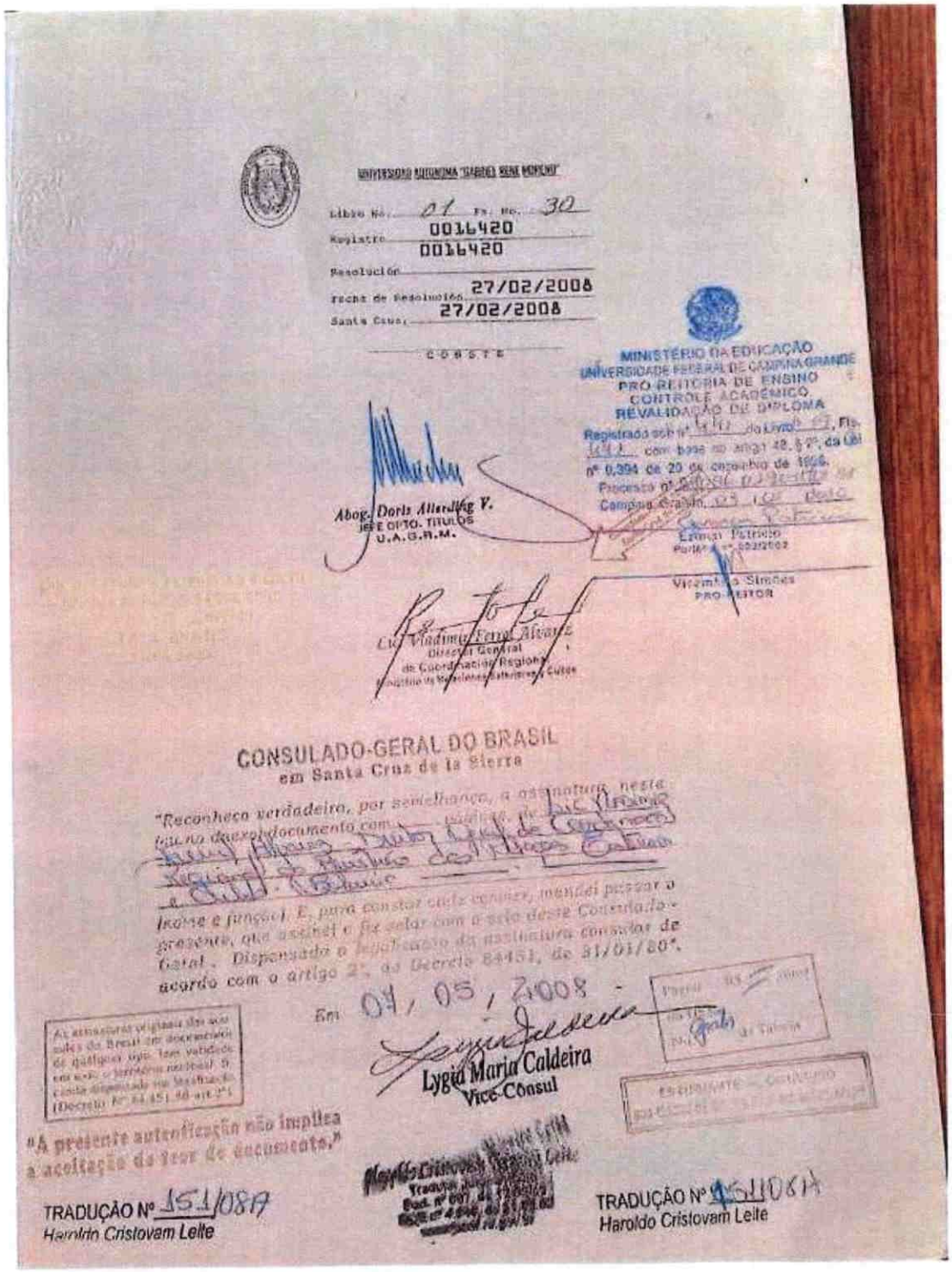
Lic. Edy Acosta Claros
SECRETARIO GENERAL

Dr. Decano
DECANO
Facultad Ciencias de la Salud Humana
U.A.G.R.M.

Lic. Alfredo Jaldín Farell
RECTOR

8

5282



UNIVERSIDADE ESTADUAL "GABRIEL RENE MORENO"

Libro Nº 01 Fs. Nº 30
Registro 0016420
0016420
Resolución
Fecha de Resolución 27/02/2008
Santa Cruz 27/02/2008

COSTE

Abog. Doris Allendes V.
JEFE DPTO. TITULOS
U.A.G.R.M.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
PRO-REITORIA DE ENSINO
CONTROLE ACADÊMICO
REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA
Registrado sob nº 1411 do Livro 01, Fls. 141 com base no artigo 48, § 2º, da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.
Processo nº 23096.[illegible]/2008-[illegible]
Campina Grande, 03 de [illegible] de 2008
Ezinaldo Patrício
Portaria nº 0022/02
Verônica Simões
PRO-REITORA

Lic. Vladimir Fenzl Alvarez
Director General
de Coordinación Regional
Ministerio de Relaciones Exteriores y Cultos

CONSULADO-GERAL DO BRASIL
em Santa Cruz de la Sierra

"Reconheço verdadeira, por semelhança, a assinatura nesta [illegible] documento com [illegible] [illegible] [illegible]

CREMEGO

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Nesta data, o presente diploma do(a) Dr. **ROBERTO ZONTA** foi registrado sob o nº **14641** de acordo com o artigo 17 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957

Goiânia 09/03/2010

Dr. Salomão Rodrigues Filho
Presidente

Nº 006117

5284

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS** instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional é a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade também como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 124.40420.34-6

NÚMERO: 4154970 | SÉRIE: 003-0 | UF: GO

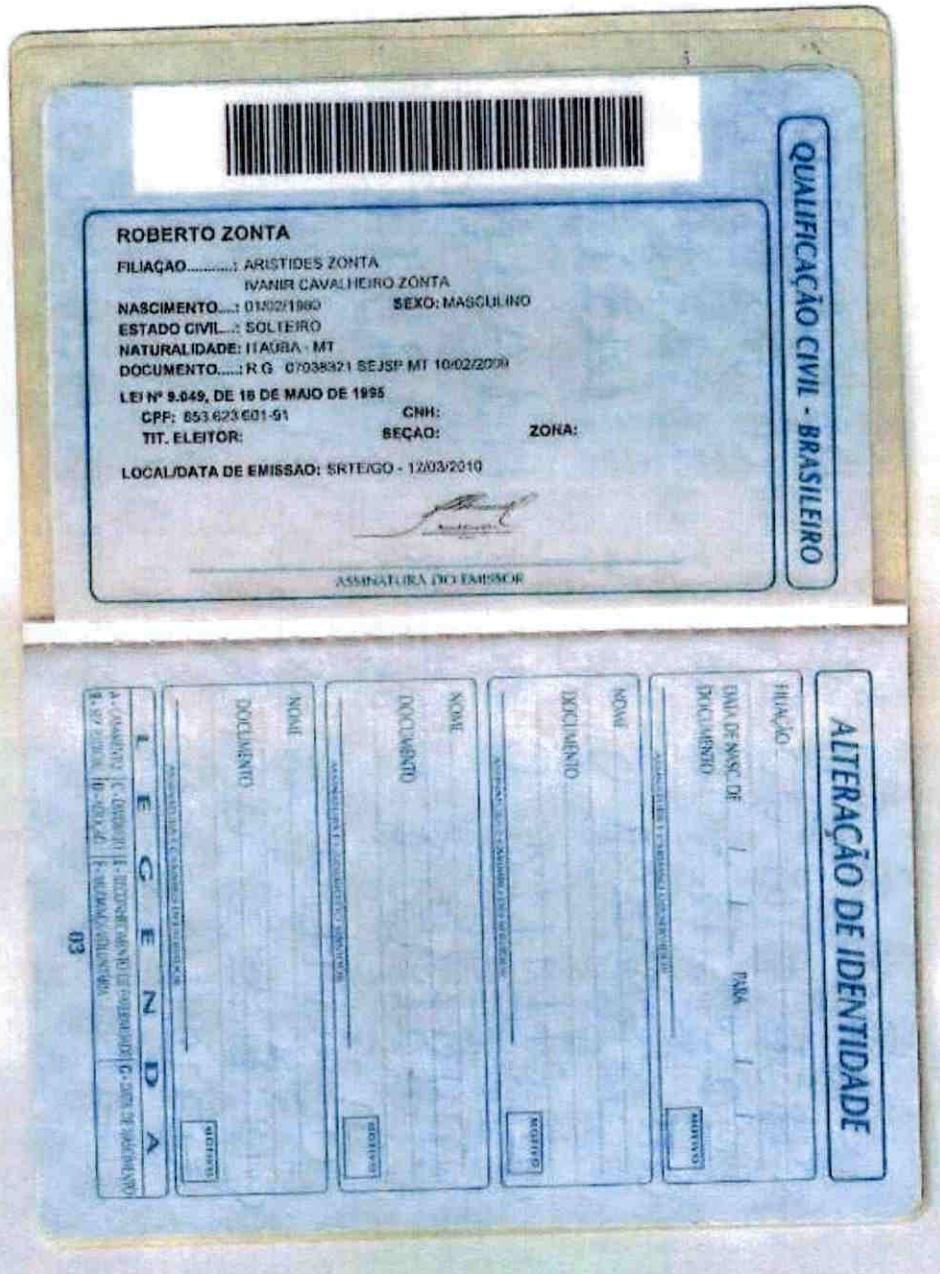
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO





5285



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ROBERTO ZONTA

FILIAÇÃO.....: ARISTIDES ZONTA
IVANIR CAVALHEIRO ZONTA

NASCIMENTO....: 01/02/1980 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ITAÚBA - MT

DOCUMENTO.....: R G 07038921 SEJSP MT 10/02/2009

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 853.623.601-91 CNH:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/GO - 12/03/2010

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO / / PARA / /

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

03

- 5286



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH

DIABETE
- [ ] SIM
- [x] NÃO

HEMOFILIA
- [ ] SIM
- [x] NÃO

ALERGIAS
- [ ] SIM
- [x] NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de Julho de 1993)
- [x] SIM
- [ ] NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
07351	00005	VRS	16/02/94
160310			

Osvaldo Pereira Gonçalves
Mat. 260522

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: HOSPITAL LÚCIO REBELO LTDA
CNPJ: 00.424.572/0001-06
ENDEREÇO: Av. Edmundo Pinheiro de Abreu, 451
Setor Bela Vista
MUNICÍPIO: Goiânia-GO UF:
ESP. DO ESTABELECIMENTO: Atendimento Hospitalar
CARGO: Médico
CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 04 DE maio DE 2013
REGISTRO Nº: 2691 FLS / FICHA:
REMUNERAÇÃO ESTIPULADA: R$ 13.000,00 Treze mil reais
por mês

Hospital Lúcio Rebelo Ltda.

DATA DE SAÍDA: DE: DE:
1ª: 2ª:

COM DISPENSA CD Nº:
FLS Nº DA CONTR:

07

5287



CONTRATO DE TRABALHO

14.963.977/0001-19

EMPREGADOR: INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE

LOGRADOURO: Rua 89 nº 526 Qd. F29 Lt.56

COMPLEMENTO: Setor Sul

ENDEREÇO: CEP: 74.083-140

MUNICÍPIO: GOIÂNIA-GO UF:

ESP. DO ESTABELECIMENTO:

CARGO: Medico Clinico Geral

CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 05 DE Julho DE 2019

REGISTRO Nº: FLS. FICHA:

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R$ 955,23 (Novecentos e cinquenta e cinco reais e vinte e três centavos, por mês)

Instituto de Gestão em Saúde - IGES

DATA DE SAÍDA: 22 DE Setembro DE 2019

Thadeu Grembecki
Diretor Administrativo

COM. DISPENSA CD Nº:

FGTS Nº DA CONTA:

08

Vide Transferência pg. 24 - 11 e 26

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO

CNPJ: 05.029.600/0203-68

Endereço: AV. ANHANGUERA, Nº 14.527 - SETOR SANTOS DUMONT

Município: GOIANIA UF: GOIAS

Esp. Do Estabelecimento: HOSPITALAR

Cargo: MEDICO(A)

Data da Admissão: 01 DE JULHO DE 2015

Ficha Registro Nº: 005756

Remuneração Especificada: R$ 8.871,66 (OITO MIL OITOCENTOS E SETENTA E UM REAIS E SESSENTA E SEIS CENTAVOS)

Assinatura do Empregador

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO (HUGOL)

DATA DE SAÍDA: DE DE

COM. DISPENSA CD Nº:

FGTS Nº DA CONTA:

09

- 5288



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – Hospital Universitário da Universidade Federal de GOIÁS

CNPJ: 15.126.437/0026-00

Endereço: Primeira Avenida S/N, Setor Leste Universitário Goiânia – Goiás

Cargo: MÉDICO – 24 H
CBO: 225125

Data de admissão: 01 de março de 2021

Remuneração: R$ 8.984,81 (Oito mil, novecentos e oitenta e quatro reais e oitenta e um centavos)

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Prof. José Garcia Neto
Superintendente HC-UFG/EBSERH

DATA DE SAÍDA 14 DE [illegible] DE 2022

Adm. Marcia Yassunaga Brito
Gerente Administrativa
HC-UFG/EBSERH

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF-CD

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº TLS/TICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

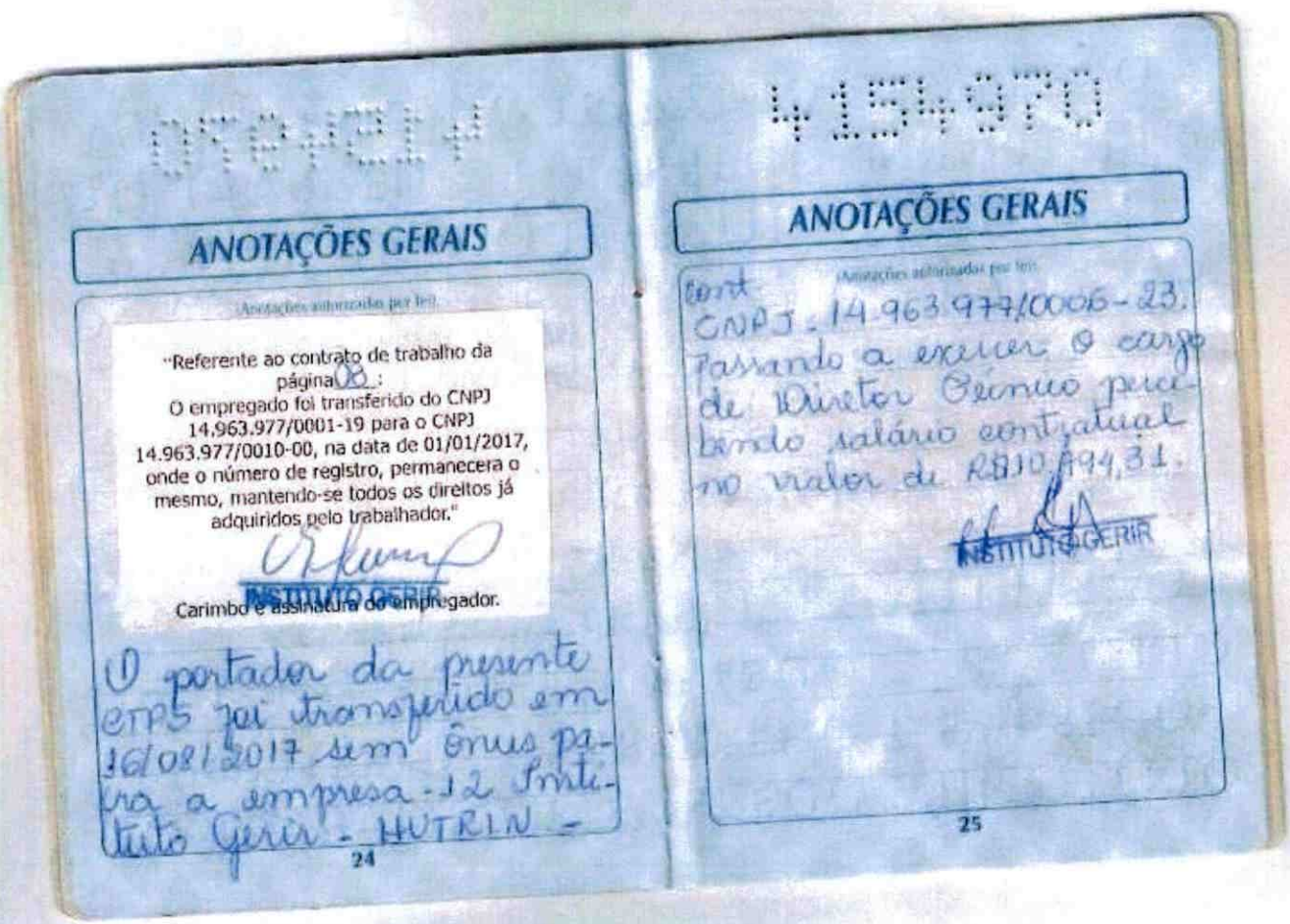
DATA DE SAÍDA DE DE

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

11

5289



ANOTAÇÕES GERAIS

Anotações autorizadas por lei

"Referente ao contrato de trabalho da página 08:
O empregado foi transferido do CNPJ 14.963.977/0001-19 para o CNPJ 14.963.977/0010-00, na data de 01/01/2017, onde o número de registro, permanecera o mesmo, mantendo-se todos os direitos já adquiridos pelo trabalhador."

INSTITUTO GERIR

Carimbo e assinatura do empregador.

O portador da presente CTPS foi transferido em 16/08/2017 sem ônus para a empresa - 12 Instituto Gerir - HUTRIN -

24

ANOTAÇÕES GERAIS

Anotações autorizadas por lei

Cont
CNPJ - 14.963.977/0006-23.
Passando a exercer o cargo de Diretor Clínico percebendo salário contratual no valor de R$10.194,31.

INSTITUTO GERIR

25

5290



ANOTAÇÕES GERAIS

Anotações autorizadas por lei.

Referente ao contrato de trabalho com o Instituto Gerir - Trindade:

O empregado (a) foi transferido do CNPJ 14.963.977/0006-23 para o CNPJ 12.053.184/0001-37, na data de 27/11/2018, mantendo-se todos os direitos já adquiridos pelo trabalhador.

Instituto CEM

Extinção do contrato em 22/09/19

Thadeu Grembecki
Diretor Administrativo

26

ANOTAÇÕES GERAIS

Anotações autorizadas por lei.

OPÇÃO 01/03/2021

RETRATAÇÃO ___/___/____

Banco Depositário: Caixa Econômica Federal
Agência: 0664-5
Praça: Brasília Estado: DF
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EBSERH

Prof. José Garcia Neto
Superintendente HC-UFG/EBSERH

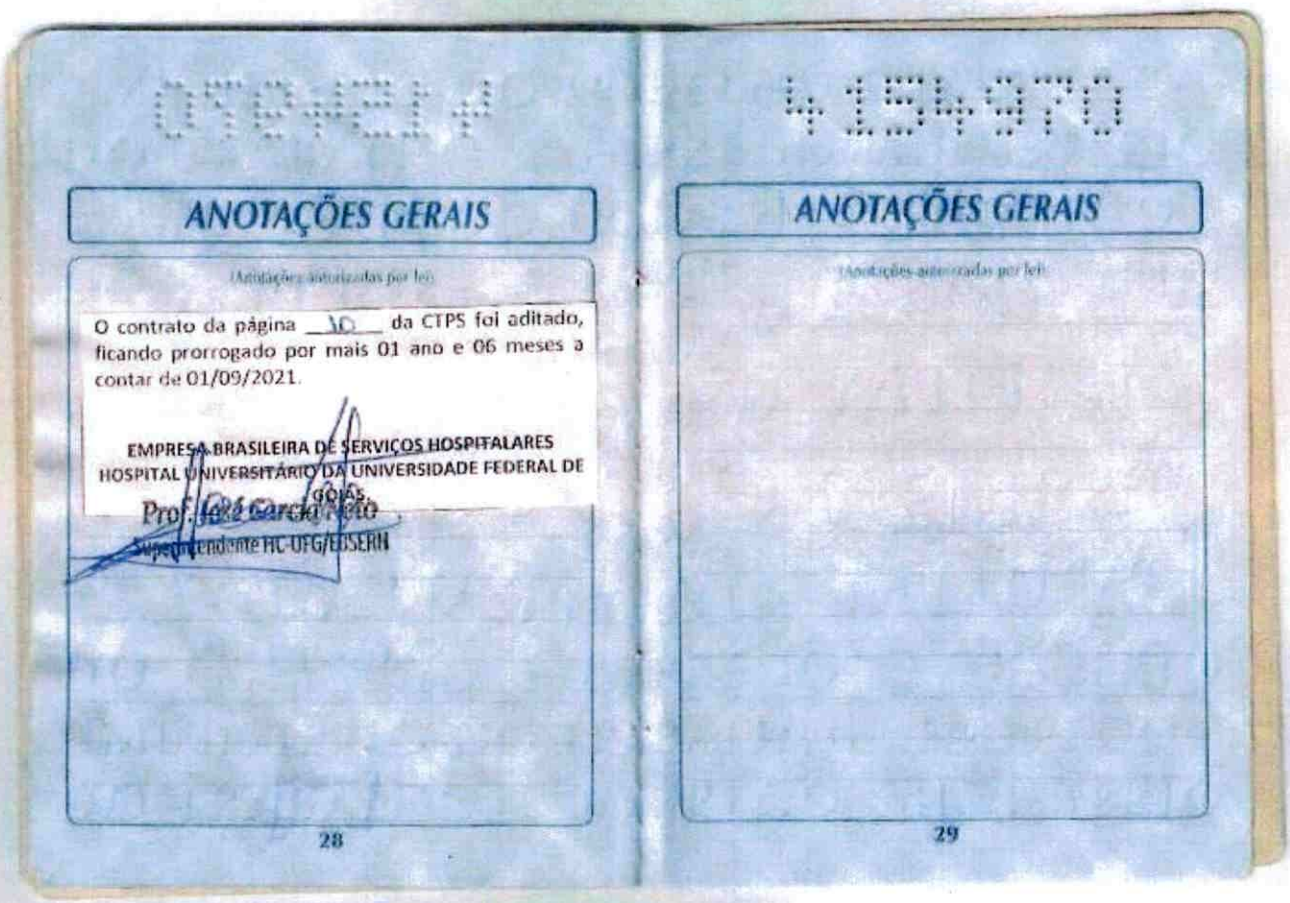
O contrato da página nº 10 vigora em caráter temporário por 06 (seis) meses.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Prof. José Garcia Neto
Superintendente HC-UFG/EBSERH

27

5291



ANOTAÇÕES GERAIS

Anotações autorizadas por lei:

O contrato da página 30 da CTPS foi aditado, ficando prorrogado por mais 01 ano e 06 meses a contar de 01/09/2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Prof. José Garcia Pêgo
Superintendente HC-UFG/EBSERH

28

ANOTAÇÕES GERAIS

Anotações autorizadas por lei:

29

- 5292

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: ROBERTO ZONTA

RG: 07038321 – SESJSP-MT
CPF: 853.623.601-91

Assinatura:_____

5293

- 5294

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

KARLA CASTRO

5295

5296 Y



Dados Pessoais

Nome: Karla Azeredo Ramos de Castro
Data de Nascimento: 11/09/1966 **Sexo:** Feminino
Idade: 53 **Estado Civil:** Casada
Telefone: (62) 99955-7070
Endereço: Av. Pedro Álvares Cabral
E-mail: Qd.162A Lt 03 Condominio Park Jaó
Bairro: Jaó
Cidade: Goiânia - GO / Brasil **CEP:** 74674-080

Dados Complementares

Cidade de Nascimento: Goiânia
Estado de Nascimento: GO
RG: 1615420 **Orgão:** SSP
Emissão UF: GO

Graduada em Ciências Contábeis pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO. Especialista em Gestão de Empresas pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Realizou cursos de Especialização em Gestão de Emergência no SUS, Administração Hospitalar e Liderança, além de outros cursos de qualificação profissional. Atualmente é gestora da governança hospitalar, atuante no Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo.

FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO

1986 – 1992: Graduação no Curso de Ciências Contábeis. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC
-GO, Goiânia, Brasil.

2002 – 2004: Especialização em Gestão de Empresas. Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO,Goiânia, Brasil.

2011 – 2013: Especialização Gestão de Emergência no SUS. Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, Brasil.

2013 – 2014: Pós Graduação em Administração Hospitalar. Faculdade Padrão, Goiânia, Brasil.

2019 – 2020: Liderança. IPOG, Goiânia, Brasil.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

2004 – 2012: Secretaria de Estado da Saúde

Departamento de Orçamento PúblicoCargo: Analista Orçamentário
Principais atividades: indicação de recursos, análise de processos, verificação de fontes pagadoras.

Hospital de Urgências de Goiânia

Cargo: **Assessora da Diretoria Administrativa**
Principais atividades: redação oficial, controle de processos administrativos, gerenciamento administrativo.

Cargo: **Gestora do Departamento Financeiro**
Principais atividades: compras e abastecimento, controle orçamentário (observando o Orçamento Público).

Cargo: **Gestora da Divisão de Manutenção Predial de Equipamentos**
Principais atividades: Gerenciamento da manutenção do prédio, instalações e equipamentos; acompanhamento dos contratos de empresas que fazem manutenção da Unidade.

Cargo: **Gestora do Departamento de Recursos Humanos**
Principais atividades: criar mecanismos de motivação em toda a esfera de funcionários, objetivando a excelência na prestação de serviço e satisfação do cliente interno e externo.

Cargo: **Gestora do Fundo Rotativo**
Principais atividades: responsável pelo abastecimento na Unidade, e o orçamento público e finanças da mesma.

Cargo: **Diretora Administrativa do Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo /SES- GO**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos (prestação de serviços), Fundo Rotativo, Faturamento, dentre outros.

2012 – 2014: Instituto de Gestão em Saúde - Gerir

Cargo: **Diretora Administrativa do Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo /Gerir- OS**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos, faturamento, dentre outros.

2013 – 2021: CRER Centro de reabilitação e Readaptação Dr.Henrique Santillo

Cargo: Gestora Administrativa do Setor de Diagnóstico e Ambulatorial
Responsável por todo o bom acompanhamento/ controle de todos os processos administrativos existentes, sejam eles de contrato, apoio a política de desenvolvimento de atividades do serviço de imagem, responsável em elevar os níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados objetivando o resultado

esperado, otimizar recursos evitando gastos desnecessários, reduzir ou corrigir as carências identificadas atendendo às necessidades do setor.

2021 – 2021: HMAP Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (6 meses)
Cargo: **Diretora Administrativa Operacional**
Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Abastecimento e controle de estoque, equipamentos, edificações, Recurso Humanos, controle de cobertura de contratos, faturamento, dentre outros. responsável em elevar os niveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados objetivando o resultado esperado, otimizar recursos evitando gastos desnecessários, reduzir ou corrigir as carências identificadas atendendo às necessidades dos setores, Contribuir parafomento de projetos consubstanciados na prática organizacional.

2021- Ataulmente - Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo

Cargo: Gerente da Governância Hospital de Urgências de Goiânia- Hugo Responsável por todo bom funcionamento da Unidade; Auxiliar na garantia das condições para a adequada higienização, limpeza e segurança da instituição, bem como prestar assistência na avaliação do nível de satisfação dos clientes, visando manter um ambiente agradável e seguro e manter os controles administrativos e indicadores da área, e sempre em atendimento o que preconiza em normas regulamentadoras, leis, decretos. Responde pelos setores: Diagnóstico, Higienização, Restaurante hospitalar, Engenharia Clinica e Predial, Recepção e Vigilância e Lavanderia.

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1995-1996: Instrumentação Cirúrgica. Serviço Social do Comércio, SESC, Goiânia, Brasil.

2011 – 2011: Excelência em Gestão Pública. Agência Goiana de Negócios Públicos, AGANP, Goiânia, Brasil.

2012 – 2012: Formação em Liderança. Agência Goiana de Negócios Públicos, AGANP, Goiânia, Brasil.

2013 – 2013: Negociação de Conflitos. Escola do Governo do Estado de Goiás, Brasil.

2018 – 2018: Como Ser Um Bom Líder. Escola do Governo do Estado de Goiás, Brasil.

FACULDADE PADRÃO

www.faculdadepadrao.com.br
COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIDÃO

Certificamos que, Karla Azeredo Ramos de Castro, inscrito no CPF 39740790178 e RG: 1615420-SSPGO, matricula nº 11.S.3.AH.000080, concluiu nesta Instituição de Ensino Superior o Curso de Pós-Graduação(Lato-Sensu) em Administração Hospitalar, com 100% de frequência

Informamos que o mesmo apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso, tendo resultado satisfatório.

Secretaria da Faculdade Padrão de Goiânia, Goiás, aos 05 de maio de 2014.

AMRosa

8

5300

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

O REITOR DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO PRESENTE O TERMO DE COLAÇÃO DE GRAU DE **BACHAREL** CONFERIDO EM 18 DE MARÇO 1993 A

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

NATURAL DE GOIÂNIA — ESTADO DE GOIÁS — BRASIL — C.I. Nº 1.615.420 — SSP/GO

NASCIDA A 11 DE SETEMBRO DE 1966, POR TER CONCLUÍDO O CURSO DE **CIÊNCIAS CONTÁBEIS** — RECONHECIDO PELO DECRETO Nº 38.044 DE 10/10/1955

EXPEDE-LHE O PRESENTE DIPLOMA PARA QUE POSSA GOZAR DE TODAS AS PRERROGATIVAS E DIREITOS CONCEDIDOS A ESTE TÍTULO PELAS LEIS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

IN SCIENTIA ET FIDE

GOIÂNIA, 30 DE AGOSTO DE 1993

REITOR

VICE-REITOR P/ ASSUNTOS ACADÊMICOS

DIPLOMADO

5301

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

UNIVERSO

Reconhecida pela portaria Ministerial nº 1283 de 08/09/93 Publicada pelo D O U de 09/09/93

PÓS-GRADUAÇÃO LATO - SENSU

HISTÓRICO / CERTIFICADO

DADOS DO ALUNO

MATRÍCULA [illegible] KARLA AZEREDO R. DE CASTRO

DATA NASC. [illegible] BRASILEIRA

CART. CAND. [illegible]

FILIAÇÃO [illegible]

GRADUAÇÃO BACHAREL EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

A N O 1993 UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

HISTÓRICO DO CURSO

CURSO GER. EMPRESARIAL

BASE LEGAL [illegible]

REGISTRO Nº 982544 LIVRO XI FOLHA 43

NÚMERO	DISCIPLINAS NOME	FREQUÊNCIA	NOTA	C.H.
0042	AS TEORIAS ADM.NO CONT.DAS ORG.MODERNAS MARLENE DE ALMEIDA GUIMARAES MESTRADO/EDUCACAO	100%	8.5	60
0043	GERENCIA POR OBJETIVOS MARLENE DE ALMEIDA GUIMARAES MESTRADO/EDUCACAO	100%	8.5	60
0008	METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	8.4	60
0018	METODOS E TECNICAS DE ESTUDO E PESQUISA MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	8.4	60
0044	SISTEMAS ADMINISTRATIVOS MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	9.5	90
0045	CONTABILIDADE APLICADA A ADMINISTRACAO MARCELO RODRIGUES ALBINO POS-GRADUADO/AUDITORIA E ANALISE DE B	100%	9.5	60
0046	ORG.E METODOS DE INSTRUMENTOS GERENCIAIS CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9.0	90
0047	ANALISE ECONOMICA-FINANCEIRA CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9.0	90
0048	PLANEJAMENTO E ORCAMENTO EMPRESRIAL CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9.5	90
0049	GERENCIA DE CONTROLE FINANCEIRO CARLOS ALBERTO CUNHA MESTRADO/ADMINISTRACAO	100%	9.5	60
0999	MONOGRAFIA A COMUNICACAO EMPRESARIAL E CLIENTE: O QUE FAZER PARA CONQUISTA-LO E MANTE-LO		10.0	

MÉDIA FINAL 9.1 TOTAL DE CARGA HORÁRIA 740

CERTIFICADO

O Reitor da **UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA - UNIVERSO**, no uso de suas atribuições, confere o presente CERTIFICADO de especialização a KARLA AZEREDO R. DE CASTRO por ter concluído com aproveitamento o CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO LATO - SENSU em GERENCIA EMPRESARIAL

REITOR
Marlene Salgado de Oliveira

PRÓ-REITOR
JAÍNA DOS SANTOS MELLO FERREIRA
Pró-Reitora Acadêmica

COORDENADOR
Prof. Dustan Machado R. Assist
Diretor Geral
UNIVERSO - Goiânia

PARTICIPANTE

SECRETÁRIA
Vania da Costa Martins
Secretária Geral

ESTE DOCUMENTO SÓ É VALIDO SEM RASURAS E COM ASSINATURA DOS RESPONSAVEIS

5302

FACULDADE PADRÃO

www.faculdadepadrao.com.br
COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIDÃO

Certificamos que, Karla Azeredo Ramos de Castro, inscrito no CPF: 39740790178 e RG: 1615420-SSPGO, matrícula nº 11.S.3.AH.000080, concluiu nesta Instituição de Ensino Superior o Curso de Pós-Graduação(Lato-Sensu) em Administração Hospitalar, com 100% de freqüência

Informamos que o mesmo apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso, tendo resultado satisfatório.

Secretaria da Faculdade Padrão de Goiânia, Goiás, aos 05 de maio de 2014.

AHRosa

Alexandra Martins Rosa
[illegible]
Faculdade Padrão
Portaria [illegible]

5303

ENAP Escola Nacional de Administração Pública

Certificado

A Escola Nacional de Administração Pública - ENAP e a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás - SECTEC, certificam que

KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO

concluiu o curso **Melhoria da Gerência Pública,** realizado no período de 17/11/2009 a 30/11/2009, com carga horária de 40 (quarenta) horas, promovido pela ENAP em cooperação técnica nos termos do Convênio MTE/SPPE nº 011/2001 - ENAP.

Brasília, DF, 07 de dezembro de 2009

Helena Kerr do Amaral
Presidente da ENAP

Joel Sant' Anna Braga Filho
Secretário de Estado
Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás

5304

PROADI-SUS SUS Ministério da Saúde Governo Federal HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que

Karla Azeredo Ramos de Castro

CPF nº 397.407.901-78 concluiu, conforme disposições do verso, o curso de **Pós-graduação Lato Sensu "Gestão de Emergências no SUS - GES"**, no período de 06 de junho de 2013 a 20 de março de 2014.

São Paulo, 30 de outubro de 2014.

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Superintendente de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Prof. Dr. Gilson Caleman
Coordenador do Curso

Karla Azeredo Ramos de Castro
Discente

5305

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

GERIR SUS GOIÁS

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação e a pedido da parte interessada, que KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO, portadora do CPF 397.407.901-78, prestou serviços nesta Unidade Hospitalar, vinculada ao quadro de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde, sob os seguintes vínculos e datas como segue:

Vinculo	*Periodo*	*Lotação*
Comissionado	*01/08/2006 à 01/08/2011*	*Chefe DRH no período de 01/07/2009 a 31/07/2010 – Chefe Dep. Financeiro no período de 01/08/2010 a 25/11/2010 – e Diretora Administrativa a partir de 26/11/2010*
Comissionado	*01/12/2011 à 31/05/2012*	*Diretora Administrativa*
GERIR	*01/06/2012 à 21/01/2014*	*Diretora Administrativa*

Declaramos ainda, que não consta em nossos registros, nada que desabone sua conduta profissional.

Por ser verdade firmamos a presente.

Divisão de Administração de Pessoal do Hospital de Urgências de Goiânia, aos 07 dias de abril de 2014.

Erica Cândida Gonçalves
Administração de Pessoal

14.963.977/0001-19
Instituto de Gestão em Saúde - IGES
Rua [illegible]
CEP 74.093-140
GOIÂNIA-GO

5306

Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74 810-100 Tel: (62) 3157 0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 14 de setembro de 2023

DECLARANTE: Karla Azeredo R. de Castro

RG: 1615420

CPF: 397.407.901-78

Assinatura:_____

5307

5308

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

LUIS HENRIQUE GABRIEL

5309


CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE GOIÁS
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL
CRM/UF GOIÁS/GO
FILIAÇÃO
ELIAS AUGUSTO GABRIEL
TERESINHA DA PIEDADE R.GABRIEL
DATA DE INSCRIÇÃO 26/10/1994
VIA 1
ASSINATURA DO PORTADOR
CPF 377.514.091-34
SEÇÃO 245
ZONA 127
NATURALIDADE RIO DE JANEIRO/RJ
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO GOIÂNIA/GO/10/2012
ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

5311



Escola de Medicina da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

O Diretor da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina
em 19 de dezembro de 1991, confere o título de

Médico a

Luis Henrique Ribeiro Gabriel

brasileiro, natural do Estado do Rio de Janeiro nascido a 17 de maio de 1960,
filho de Elias Augusto Gabriel e de Terezinha do Piedade Ribeiro Gabriel

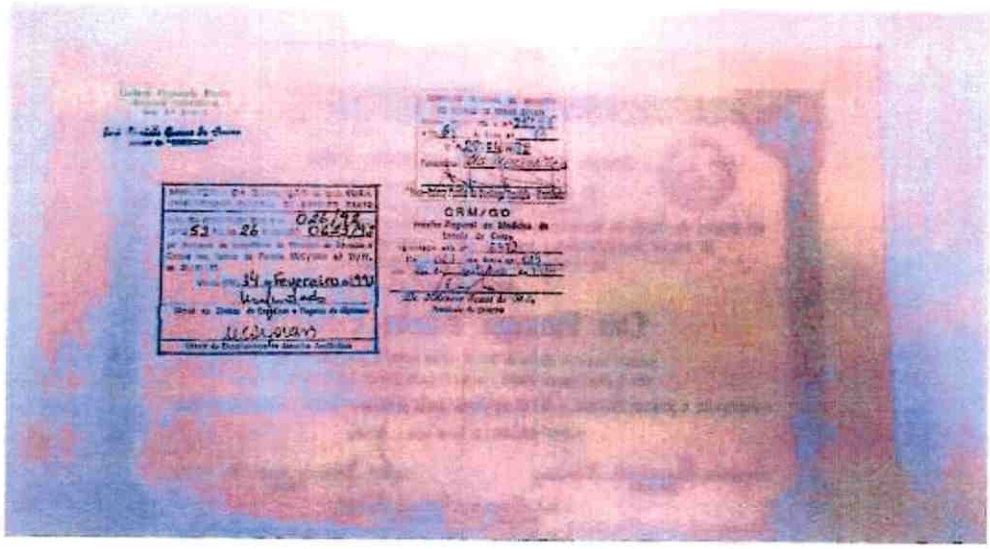
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Vitória-ES, 06 de Fevereiro de 1992.

Secretário

Diretor

Diplomado C.I. 1.586.334-GO



CRM/GO

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

5312

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-GO

CERTIDÃO
Diretor Técnico

Certifico, para os devidos fins, que o estabelecimento INSTITUTO CEM, Nome Fantasia INSTITUTO CEM, CNPJ 12.053.184/0001-37, Registro Nº 0004898-GO, sito à AV DEP J CECÍLIO N 2496 SL 26-A ED N B STYLE JARDIM GOIÁS, na cidade de Goiânia - GO, funciona sob a direção técnica do(a) Dr(a). LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL, inscrito sob o CRM nº 0006973-GO.

Por ser verdade, firmo a presente, para os fins de direito.

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO

Carla Silva de Matos
Aux. Administrativo

Goiânia, 06 de dezembro de 2018

5313

Hemolabor

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **Luis Henrique Ribeiro Gabriel**, inscrito no CPF sob o nº 377.514.091-34, RG: 1586554 SSP-GO, **CRM/GO nº 6973**, sócio proprietário e Diretor Hospitalar do **Hemolabor - Hematologia E Laboratório De Pesquisas Clínicas Ltda - CNPJ sob nº 00.418.954/0001-19** com endereço na R 5A, 90, Setor Aeroporto, Goiânia/GO - CEP 74075210, detém a **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** como Diretor Hospitalar, médico hematologista com título de especialista em patologia clínica pela sociedade brasileira de patologia do Rio de Janeiro, pós-graduado pelo Hospital Felício Rocho em Belo Horizonte no serviço de hematologia e exercendo suas funções na clínica de medicina interna.

Registra-se que o **HEMOLABOR** possui 34 leitos para atendimento e cirurgia Ambulatorial, 08 apartamentos, 08 enfermarias e 30 poltronas para prestação de serviço em quimioterapia e farmácia hospitalar, Gerenciamento de Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial, serviços de consultas clínicas médicas, conta com 15 consultórios médicos. No banco de sangue comporta-se com dez poltronas com média de mil e quinhentas doações mês, para atendimento de aproximadamente quarenta e duas instituições hospitalares, atividades de atendimento hospitalar de média e alta complexidade, com prestação de serviço em hematologia, oncohematologia, hemoterapia, hematologia pediátrica, oncologia clínica, cirúrgica, pediatra, serviços ambulatoriais, enfermaria e Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial.

Atestamos ainda, que realiza todas as atividades hospitalares acima descritas desde Outubro de 1994 até a presente data.

Goiânia, 02 de setembro de 2019.

Augusto Ribeiro Gabriel
CRM 7525

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura(s) de:
AUGUSTO RIBEIRO GABRIEL
posto que análoga à(s) constante(s) de nosso arquivo
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Selo digital nº: 00771912195659009469802
Dou fé. Em Testemunho _____ da verdade.
Goiânia-GO, 20 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE

5317


certificado
A Organização Nacional de Acreditação certifica que
HEMOLABOR UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA
CNPJ: 00.418.954/0007-04
ACREDITADO COM EXCELÊNCIA
ONA
São Paulo, 16 de janeiro de 2015
ONA
IQG
CNS
CMB

5315

5316 7



HOSPITAL FELÍCIO ROCHO
DA
FUNDAÇÃO FELICE ROSSO

Confere ao Sr. DR.LUIZ HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

Certificado

de Conclusão do Curso de Pós-Graduação no Serviço de HEMATOLOGIA, do Hospital' Felício Rocho no período de 15.12.92 á 30.09.94, sob orientação e cuidados do Dr.Romeu Ibrahim de Carvalho.

Belo Horizonte, 11 de setembro de 1997.

PRESIDENTE DA DIRETORIA — Rubens Resende Neves

DIRETOR CLÍNICO — Dr.Clementino P.M.Procópio

Chefe de Serviço — Dr.Romeu Ibrahim de Carva[illegible]



HOSPITAL FELÍCIO ROCHO
DA
FUNDAÇÃO FELICE ROSSO

Confere ao Sr. DR. LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

Certificado

de Conclusão em pós graduação, realizado no HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, no período de 16.Dezembro. 1991 a 16.Dezembro. 1992, exercendo suas funçoẽs na Clínica de Medicina Interna, sob orientação do Dr. José Olinto Pimenta de Figueredo.

Belo Horizonte, 16. Dezembro. 1992.

PRESIDENTE DA DIRETORIA
Dr. Rubens Resende Neves

DIRETOR CLÍNICO
Dr. Clementino P.M.Procópio

Dr.José Olinto P. Figueredo
Chefe da Cl.Medicina Interna

5317

5318



SBPC
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE PATOLOGIA CLÍNICA

AMB
ASSOCIAÇÃO MÉDICA
BRASILEIRA

TÍTULO DE ESPECIALISTA

Ao Médico LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL é conferido

o TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA CLÍNICA

Rio de Janeiro, 12 de agosto de 1996

Soc. Geral da A.M.B.
Dr. Luis Kerpel

Soc. Geral da SBPC

Presidente da A.M.B.
Dr. Antonio Celso Nunes Nasser

Presidente da SBPC



Serviço Público Federal

7289

MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, DO COMÉRCIO E DO TURISMO

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA NORMALIZAÇÃO E QUALIDADE INDUSTRIAL

CERTIFICADO

Conferimos a Luis Henrique Ribeiro Gabriel, por sua participação, no "II Seminário sobre Implantação da Qualidade, Auditoria e Credenciamento de Laboratórios Clínicos e I Curso de Formação de Auditores Internos de Laboratórios Clínicos e de Patologia", promovido pelo INMETRO/CTLE-04, nos dias 28, 29 e 30 de março de 1996, com carga horária de 24(vinte e quatro) horas.

Maria Emilia Goulart de Araújo
Chefe
Serviço de Desenvolvimento de Recursos Humanos - SEDER

Wilson [illegible]
Diretoria [illegible] Qualidade e [illegible]

Erlo Roth
Coordenador

5319

5320

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO, de acordo com a Resolução C.F.M Nº 1288/89, certifica que registrou no livro nº 8 às folhas 2585 sob o nº 2585, a qualificação do(a) médico(a) LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL - CRM 6973, na especialidade de PATOLOGIA CLINICA

Goiânia(GO), 04 de novembro de 1996.

Dr. Raimundo Nonato Leite Pinto
Presidente
Presidente

Dr. José Alberto Mourinho
1º. Secretário
Secretário

... SETOR BUENO - FONE: 285-4344 - FAX: 285-1917 - CAIXA POSTAL - 133 - CEP 74210-040 - GOIÂNIA - GO

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

CRM: 0006973-GO

Assinatura: Luis H. R. Gabriel

5321

5322

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

ADECEILDES ROCHA

5323

5524

Adecildes Dals Rocha

Rua Guajará - Quadra 194 - Lote 05 nº 95 Parque
Amazônia - Goiânia - GO
(62) 99121-2842
adecildes@hotmail.com
57 anos · Brasileiro · Casado

Objetivo Profissional: Gestor Hospitalar ou de Saúde

RESUMO DE QUALIFICAÇÕES

- Profissional com excelente experiência na área de Gestão Hospitalar e de Saúde, em entidades e órgãos públicos, atuando para garantir todas as metas estabelecidas através de uma gestão participativa, administrando materiais, recursos humanos, patrimônio, informações, recursos financeiros, orçamentários, tecnológicos, processos e métodos organizacionais.
- Desenvolver planejamento estratégico, identificando oportunidades, avaliando a viabilidade e fazendo recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novos negócios.
- Capacidade de produzir e relatar dados da Gestão Administrativa com precisão e comunicar-se de forma eficaz com os stakeholders e superiores, a fim de facilitar uma tomada de decisão ideal.
- Controlar e apoiar em processos relacionados à área Administrativa, propondo melhorias que tragam resultados positivos ao negócio.
- Habilidades de comunicação interpessoal, gestão de pessoas, percepção crítica e analítica para análise de melhoria em processos administrativos.
- *Participação em diversas palestras e congressos.*

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Pós-Graduação em Administração Hospitalar - concluído em 1992.
IPH - Instituto de Pesquisas Hospitalar
Graduação em Administração Hospitalar - concluído em 1991.
IPH - Instituto de Pesquisas Hospitalar

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

⇨ Informática: Pacote Office (Word, Excel, PowerPoint, Outlook e Internet).
⇨ Curso: **Conhecimentos dos Regulamentos e Rotinas Técnicos Burocráticos** - Hospital Kreiskrankenhaus-Rottweil.
⇨ Curso: **Capacitação de Gestores do Fundo Rotativo de Saúde** - Secretaria da Saúde.
⇨ Curso: **Elaboração de Projetos** - Secretaria da Saúde.
⇨ Curso: **Direito Previdenciário** - Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

5325

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Jan/2020 ate fev/2021 Secretaria Municipal de Saúde de Rio verde - GO
Cargo: Assessor especial – Maternidade Augusta Bastos
Localidade: Rio Verde - GO

Jun/2017 até Dez/2018 **Secretaria Municipal de Saúde de Goiatuba/GO**
Cargo: Secretário Municipal de Saúde e Diretor Geral do Hospital Municipal Doutor Henrique Santillo
Localidade: Goiatuba/GO

Fev/2013 até Jul/2015 **Hospital Ortopédico de Goiânia**
Cargo: Administrador Hospitalar
Localidade: Goiânia/GO

Jun/2010 até Fev/2013 **Hospital e Maternidade Dona Iris**
Cargo: Coordenador Administrativo
Localidade: Goiânia/GO

Abr/2006 até Fev/2011 **Tribunal de Contas do Estado de Goiás**
Cargo: Assessor e Analista de Processos das Contas dos Hospitais Públicos de Goiânia
Localidade: Goiânia/GO

Nov/2003 até Abr/2005 **Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Goiás**
Cargo: Administrador Hospitalar
Localidade: Goiânia/GO

Principais Atividades Desenvolvidas:

- *Executar as políticas sociais e econômicas, cumprindo as diretrizes estratégicas estabelecidas pela Mantenedora em relação ao Hospital.*
- *Administrar o hospital, assegurando regularidade do seu funcionamento, de acordo com este regulamento e em consonância com o contrato de gestão e as diretrizes estabelecidas pela mantenedora, visando atender plenamente a clientela SUS, adstrita a sua área de regionalização.*
- *Preparar planejamento estratégico obedecendo a diretrizes da entidade mantenedora e as políticas públicas definidas pelo Gestor de Saúde do Estado de Goiás.*
- *Implementar as estratégias, exercendo diretamente o comando da execução das diretrizes e metas do hospital, ouvindo os diretores das respectivas diretorias do hospital, e em consonância com a Secretaria.*
- *Estabelecer plano de metas e definir indicadores de controle e avaliação para o hospital, submetendo-os à Secretária de Saúde e respondendo pela operacionalização.*
- *Realizar as despesas ordinárias do hospital e obter, por escrito, autorização da Entidade paras as extraordinárias.*
- *Elaborar os contratos de prestação de serviços, fornecimentos e de terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da entidade.*
- *Implementar as políticas de: qualidade, contratação de pessoal, salários, assistência, aquisição, alienação e pagamentos.*
- *Planejar a manutenção preventiva dos equipamentos médicos, controle de estoque de materiais, a limpeza e até o destino dos resíduos hospitalares.*
- *Participar das reuniões, eventos e treinamentos desenvolvidos pelos órgãos competentes.*
- *Representar o hospital como membro do Conselho de Saúde do Município.*
- *Emissão de relatório periódico das atividades da unidade.*

5326

5327

Faculdade de Administração Hospitalar

do

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

O Diretor da Faculdade de Administração Hospitalar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração em 21 de dezembro de 1990, confere o título de

Bacharel em Administração a

Adecildes Dias Rocha

brasileiro, natural do Estado de Goiás

nascido a 22 de janeiro de 1962, cédula de identidade R.G. nº 13.863.164,

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 20 de março de 1991.

Maria Aparecida Camilo
Secretário

Diplomado

Diretor

5328

Curso de Administração Hospitalar
Reconhecido pelo Decreto n.º 79.268 em 14-02-77,
DOU de 15-02-77.

APOSTILA

O diplomado concluiu nesta Faculdade a habilitação:

Administração Hospitalar.

São Paulo, 20 / 03 / 91

Maria Graciliana Camilo
Secretário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Apoiada a Apostila
São Paulo, 11 de novembro de 1991
RCZ-id.
Secção de Registro de Diplomas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 906050
Processo n.º 91.1.37391.1.4
Em 11 de novembro de 1991
RCZ-id.
Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias Nos 720/77, 71/77, 80/79 e 81/80)

CONFERE
Em 01 / 09 / 92
Secção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.
São Paulo, 01 SET 1992
Profa. Dra. LOR CURY
Secretária Geral

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE GOIÁS | GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
Desenvolvimento com Responsabilidade

5329

SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
GESTÃO DE COMPETÊNCIAS

COF. 10 ANOS

Confere a

Adecildes Dias Rocha

Este certificado de participação no

I Seminário das Unidades Correcionais do Executivo Estadual

Realizado no **Auditório do CAT** nos dias **14 e 15 de Agosto de 2008**, com duração de **16 Horas/aula**.

Luísa das Graças Tomé
Gerente de Desenvolvimento de Pessoas

José Carlos de Oliveira Pajaro
Chefe da Corregedoria Fiscal

5330

TEMAS MINISTRADOS

	Carga Horária
1. **Palestra:** A Sindicância Administrativa e seu Papel Inqueritorial	**1h40min**
2. **Palestra:** O Processo Administrativo Disciplinar	**1h40min**
3. **Palestra:** Investigação Patrimonial	**1h50min**
4. **Palestra:** Lesão ao Erário na Infração Ético - Disciplinar	**1h30min**
5. **Palestra:** A Prova no Processo Administrativo Disciplinar	**1h30min**
6. **Palestra:** Nulidade e Prescrição	**1h40min**
7. **Palestra:** Normativa da Súmula 343 do STJ e Súmula Vinculada nº 05 do STF	**1h30min**

Registro nº 02
Livro nº 04
Folha (s) nº 120

Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS

INAMPS / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO
DO
HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS

5331

CERTIFICADO

O QUE É A RESIDÊNCIA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR?

Certificamos que

ODECILDES D. ROCHA participou da palestra ministrada neste hospital em 30.03.88.

DATA : S.Paulo, 07 de abril 1988
LOCAL : Hospital Infantil Darcy Vargas

Ana Raquel de Almeida
COORDENADORA E ORGANIZADORA DA PALESTRA

5332

CERTIFICADO

V

DIREITO ADMINISTRATIVO

472

Certificamos que

Adecildes Dias Rocha

participou do **CONGRESSO GOIANO DIREITO ADMINISTRATIVO**, realizado de 30 de maio a 01 de junho de 2006, no Centro de Convenções de Goiânia.

Carga Horária: 30 horas

Goiânia, 01 de junho de 2006.

Fabrício Motta

Prof. Fabrício Motta
Diretor presidente do IDAG

Idag Instituto de Direito Administrativo de Goiás

PROGRAMAÇÃO OFICIAL

30/05/2006 – Terça feira

09:30 - Conferência de Abertura
O Estado em juízo: prerrogativas ou privilégios?
Romeu Bacellar Filho (PR)

Presidência: Dep. Vilmar Rocha (UFG)

10:30 - Painel 1 – Direito Urbanístico
Alcance do conceito de "justa indenização" na desapropriação
Francisco Taveira Neto (GO)
O IPTU progressivo como instrumento de ordenação
Frederico Telho (GO)

Presidência: Dr. Eriberto Marin (UFG)

14:00 - Painel 2 – Licitações Públicas
Desconsideração da personalidade jurídica nas licitações
Edgar Guimarães (PR)
Novas modalidades de contratação e a Lei 8.666/93
Vera Monteiro (SP)

Presidência: Dr. Juscimar Pinto Ribeiro (IDAG)

16:20 - Painel 3 – Controle da Administração Pública
Controle de Constitucionalidade pela Administração Pública
Juliano Taveira Bernardes (GO)
Administração Pública e súmula vinculante
Bruno Bizerra (GO)
O controle do orçamento público
José Siqueira (GO)

Presidência: Dr. João Furtado (PGE)

31/05/2006 – Quarta feira

08:30 - Painel 4 – Servidores públicos
Questões polêmicas sobre o regime remuneratório do servidor público
Antônio Flávio (GO)
Reajuste e revisão da remuneração e responsabilidade civil do Estado
Ricardo Papa (GO)
Relações entre o regime geral de previdência e o regime próprio dos servidores
Fernando Cleber de Araújo Gomes (GO)

Presidência: Cons. Paulo Rodrigues (TCM-GO)

10:40 - Conferência
Repercussões das decisões do judiciário nas competências dos Tribunais de Contas
Benjamin Zymler (DF)

Presidência: Cons. Sebastião Tejota (TCE-GO)

14:00 - Painel 5 – Consórcios Públicos
Principais inovações da Lei 11.107/05
Leila Prudente (GO)
Consórcios municipais e prestação de serviços públicos
Odete Medauar (SP)

Presidência: Dr. Benedito Torres Neto (AGMP)

16:00 - Painel 6 - Constituição e Direitos Fundamentais
Defensoria pública e assistência jurídica aos necessitados
Alexandre Tocantins (GO)
Devido processo legal e o Estado em juízo
Valentina Jungmann (GO)

Presidência: Dr. Leonardo Buissa Freitas (JF-GO)

01/06/2006 – Quinta feira

08:30 - Painel 7 – Regime Jurídico da Administração Pública
Anulação de atos administrativos e o princípio da segurança jurídica
Ari Queiroz (GO)
Governo e judiciário entre os princípios da moralidade e eficiência administrativa
Emerson Gabardo (PR)
Princípio da publicidade, propaganda e eleições
Spiridon Anyfantis (GO)

Presidência: Dr. Nélson Figueiredo (IDAG)

14:00 - Painel 8 – Constituição e Poder Judiciário
O controle das CPIs pelo Poder Judiciário
Felicíssimo Sena (GO)
Questões concretas sobre mandado de segurança
Cristiana Fortini (MG)
Controle jurisdicional das políticas públicas
João Batista Gomes Moreira (DF)

Presidência: Dra.Sandra Regina Teodoro Reis (ASMEGO)

16:30 - Conferência de Encerramento
"Congruências e paradoxos do regime jurídico-administrativo contemporâneo".
José dos Santos Carvalho Filho (RJ)

Presidência: Fabrício Motta (IDAG)

5333

Adh'2004 SÃO CAMILO HOSPITALAR

A Saúde que Queremos: Inclusão Social e Gestão Profissional.

Certificado

Certificamos que ADECILDES DIAS ROCHA

participou do(a) IX Congresso Brasileiro de Gestão Financeira e Custos Hospitalares e V Congresso Internacional de Gestão Financeira e Custos Hospitalares

realizado no Expo Center Norte - São Paulo - SP no(s) dia(s) 01 e 02 de Junho de 2004, com a carga horária total de 16 HORAS na categoria de CONGRESSISTA

- 5335

Prof. Dr. Léo Pessini
Superintendente da União Social Camiliana.

Prof. Dr. Christian de Paul de Barchifontaine
Reitor do Centro Universitário São Camilo e
Presidente do Adh'2004 – São Ca

ENTIDADE PROMOTORA
CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

CERTIFICADO

GOIÁS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo do Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Gestão

Centro Formador de Recursos Humanos

SUS

Conferido a **Adecildes Dias Rocha**

por ter participado como Discente

no curso I Seminário de Gestão Municipal e Regional do SUS em Goiás – Pactuação dos Indicadores de Atenção Básica em Saúde

no período de 22 e 23.02.2005

com carga horária de 16 horas.

Goiânia, 23 de FEVEREIRO de 2005

Dr. Carlos Alberto Lisboa Vieira
Superintendência de Gestão

Adm. Héria A. Monteiro e Silva
Diretoria Geral
Centro Formador de Recursos Humanos

- 5336

TEMA

- **O PAPEL DA SES NA IMPLANTAÇÃO DO SUS.**
- **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM SISTEMAS MUNICIPAIS.**
- **PACTUAÇÃO DOS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUGES/CENFORH
REGISTRO DE CERTIFICADOS

Livro nº: 25 Fl: 78

Nº: 21775 Resp: Ronaldo

5337

GOIÁS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo do Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Gestão

Centro Formador de Recursos Humanos

CERTIFICADO

SUS

Conferido a Adecildes Dias Rocha

por ter participado como Discente

no curso I Seminário Goiano de Tecnologia Médico-Hospitalar

no período de 15 a 17.12.2003

com carga horária de 24 horas

Goiânia, 17 de DEZEMBRO de 2003

Superintendência de Gestão
Drº. Carlos Alberto Lisboa Vieira
Superintendente de Gestão - SES/GO

Diretoria Geral
Centro Formador de Recursos Humanos
Adm. Héria A. Monteiro e Silva
Diretora Geral do CENFORH-SUCES
SES

- 5338

5339

TEMA

- **A Resolução RDC nº 50;**
- **Conceitos básicos de ar condicionado. Resolução RDC nº 50 e instalações de climatização em EAS;**
- **A Portaria GM/MS nº 3523/98 e suas exigências;**
- **Resolução RE nº 09/03 e Resolução QAI em EAS (a ser publicada);**
- **Arquitetura X Controle de infecção em Serviços de Saúde (Materiais de Acabamento);**
- **Resolução RDC nº 50 - Instalações de Gases Medicinais;**
- **Resolução RDC nº 50 - Instalações Elétricas em EAS;**
- **Apresentação da experiência do Centro de Engenharia Biomédica (CEB) em implantar uma central de manutenção local - Caso Hospital das Clínicas (HCUNICAMP). Podendo ser expandida para experiência na implantação da Central de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares – CERMEQ – Caso CERMEQ Jaú-SP;**
- **Apresentação da experiência do Colégio Técnico da UNICAMP (COTUCA) em implantar um curso de formação de técnicos em manutenção de equipamentos médico-hospitalares – Caso COTUCA. Podendo ser expandida para experiência na implantação do curso de capacitação de artífices, técnicos em equipamentos e engenheiros clínicos - Caso Projeto Nordeste/MS.**

Coordenação:

Dra. Maria Paula Curado
Superintendência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde Leide das Neves Ferreira/SULEIDE

Engº Ricardo Alcoforado Maranhão Sá
Gerência de Avaliação e Incorporação Tecnológica em Saúde/SULEIDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUGES / CENFORH
REGISTRO DE CERTIFICADOS

Livro nº: 23 Fl. 70

Nº: 7685 Resp. Ronaldo

5340

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG

Goiânia, 19 de dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a pedido e para os fins de comprovação, que o Sr **ADECILDES DIAS ROCHA**, **CPF: 031.606.508-04**, foi funcionário (a) da Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (FUNDAHC/HC), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita sob o CNPJ 02.918.347.0001/43 sob o regime da CLT, com sede á Primeira Avenida nº. 545 – Setor Leste Universitário, Goiânia – Goiás.

O (a) supracitado (a) funcionário (a) laborou no Departamento de Diretoria– HMDI, na função de Diretor Administrativo e Financeiro. No período de 18/06/2012 a 21/08/2013.

02.918.347/0001-43
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Primeira Avenida nº 545
Leste Universitário
CEP: 74.605-020
GOIÂNIA - GO

Atenciosamente,

Cristiano Crispim de Figueiredo Souza
Gerente de Gestão de Pessoal/FUNDAHC

Estado de Goiás
AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS

A P O S T I L A

O PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, no uso de suas atribuições legais, **DECLARA** que, por Portaria n.º 1.849 de 18 de agosto de 2003, publicado à (s) pág. (s) 03 do Diário Oficial nº 19.221 de 21 de agosto de 2003, foi nomeado (a), e retificado pela Portaria nº 2.015 de 04 de setembro de 2003, do Gabinete Civil da Governadoria, apenas quanto ao nome de ADELCIDES DIAS ROCHA que fica assim grafado: **ADECILDES DIAS ROCHA**, para, em comissão e a partir de 18 de agosto de 2003, exercer o cargo de **Assessor Especial "C", Ref. III,** na Secretaria da Saúde.

GABINETE DO PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, em Goiânia, aos 05 dias do mês de setembro de 2003, 115º da República.

JEOVALTER CORREIA SANTOS
P/ PRESIDENTE

MARIA HELENA A SILVA
Chefe de Gabinete- Portaria n.º 454/2001
AGANP-GO

MATRÍCULA - IPASGO
4070275
ASS.
DATA: 09/09/03

Agência de Administração

GERÊNCIA EXECUTIVA DE PESSOAS
SUBGERÊNCIA DE CADASTRO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL
Tomou posse e recebeu a 1ª via em
08 / Setembro / 2003
Responsável

5342

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS** instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 120.06212.71-2

NÚMERO: 7175605 | SÉRIE: 0030 | U.F.: GO

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

A. CASAMENTO | B. DIVÓRCIO | C. RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | D. ALTERAÇÃO DE NOME | E. DATA DE NASCIMENTO

ALTERAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO ___/___/___ MAI

NOME

DOCUMENTO

ANOTAÇÕES E ASSINATURA DO PORTADOR

ALTERAÇÃO

NOME

DOCUMENTO

ANOTAÇÕES E ASSINATURA DO PORTADOR

ALTERAÇÃO

NOME

DOCUMENTO

ANOTAÇÕES E ASSINATURA DO PORTADOR

ALTERAÇÃO

NOME

DOCUMENTO

ANOTAÇÕES E ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADECILDES DIAS ROCHA

FILIAÇÃO: ULISSES DIAS DA ROCHA
LAURINDA MARIA DA ROCHA

NASCIMENTO: 22/01/1962 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: CASADO

NATURALIDADE: GURUPI - TO

DOCUMENTO: C. I. 1383164 12/08/1979 SSP SP

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 651.606.506-04 CNH: 02206845889

TIT. ELEITOR: 14531706012 SEÇÃO: 243 ZONA: 127

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SPTE/GO - 18/05/2011

ASSINATURA DO PORTADOR

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜINEO FATOR RH ..... DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS Dec. nº 879, de 12 de julho de 1991 ☐ SIM ☐ NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NUMERO 14770 SERIE 00015 UF SP DATA DE EMISSÃO 2/1/021990

19/05/2011 Alzira R. de Souza

Auxiliar Operac. de Serviços Diversos

NUMERO SERIE UF DATA DE EMISSÃO / /

NUMERO SERIE UF DATA DE EMISSÃO / /

NUMERO SERIE UF DATA DE EMISSÃO / /

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR 01.624.477/0001-00

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

ENDEREÇO AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, Nº 1440 SETOR OESTE - CEP 74115-030

MUNICÍPIO GOIÂNIA-GO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO Clínica Médica

CARGO Administrador

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO 01 DE julho DE 2011

REGISTRO Nº 06 FL. 23

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por mês

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

Dr. Nabyh Salum

DATA DE SAÍDA 23 DE Maio DE 2012

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

Dr. Nabyh Salum

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador : FUNDAHC

CNPJ: 02.918.347/0001-43

Endereco PRIMEIRA AVENIDA 545

Bairro LESTE UNIVERSITARIO

Cidade GOIÂNIA GO

Esp. Estabelec OUT.ATIV.ASSOCIATIVAS

Cargo ADMINISTRADOR II

Cod.CBO 09220

Data Admissao 18/06/2012

Ficha Nº 3130

Remuneracao especificada: 2.494,00

DOIS MIL QUATROCENTOS E NOVENTA E QUATRO REAIS

Prof. Nilzio Antonio da Silva
Diretor Executivo
FUNDAHC/UFG

FUND.DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLINICAS

DATA DE SAÍDA ..... DE ..... DE .....

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FL. FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

DATA DE SAÍDA DE DE

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

09

5344

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA EM CONTINUAÇÃO

CONVÊNIO

Número 14776 Série 00159SP

ASSINATURA DO PORTADOR



14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01.586.742/0001-03
HOSPITAL ORTOPÉDICO DE GOIÂNIA LTDA.
CNPJ/MF
Rua AV. L Nº 470 - ST. AEROPORTO Nº
Município CEP 74.075-060 Est.
Esp. do estabelecimento ADMINISTRATIVO
Cargo Administrador
CBO nº
Data admissão 16 de junho de 2014
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada R$ 5.000,00 (cinco mil reais) p/ mês

HOSPITAL ORTOPÉDICO DE GOIÂNIA
Nilton Portela
Depto Pessoal

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª
Data saída 30 de abril de 2015

Nilton Portela
Depto Pessoal
Hospital Ortopédico de Goiânia

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª
Com. Dispensa CD nº

15

CONTRATO DE TRABALHO

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

CNPJ: 11.858.570/0005-67

Endereço: AV FUAD RASSI /N° 541 QUADRA11 LOTE 11/12 SALA 13

Função: COORDENADOR ADMINISTRATIVO

Admissão 07/03/2016

Salário: R$ 4.000,00(QUATRO MIL REAIS POR MÊS)

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª
Data saída 04 de junho de 2016

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª
Com. Dispensa CD nº

5345

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA EM CONTINUAÇÃO

CONVENIO

Número 24.770 Série [illegible]



[illegible]
ASSINATURA DO PORTADOR

12

CONTRATO DE TRABALHO

102.918.347/0001-431

Empregador: FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CNPJ/MF
Rua PRIMEIRA AVENIDA Nº 645
Município ST. LESTE UNIVERSITÁRIO CEP: 74.605-020 Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo Administrador II
CBO nº
Data admissão 18 de junho de 2012
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada R$ 2.494,00 (Dois mil e quatrocentos e noventa e quatro reais)

Cristiano Figueiredo Sou
Supervisor RH/FUNDAH
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 23 de setembro de 2013
Sônia [illegible] Faria
Depto Pessoal / FUNDAHC
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº 1578668513

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: HOSPITAL SANTA CATARINA LTDA
CNPJ: 01.567.668/0001.88
Endereço: Rua 05 Nº 641 Setor Central
Município: Goiânia UF: GO
Esp. Do Estabelecimento: Serviços Saúde
Cargo: ADMINISTRADOR
CBO Nº: 252105
Data de Admissão: 19 de Dezembro de 2013.
Registro nº 080 Fls./Ficha: 085
Remuneração Especifica: Salário Fixo (Base) de R$ 2.719,33 (Dois mil setecentos e dezenove Reais e trinta três centavos) por mês.

HOSPITAL SANTA CATARINA LTDA

1º 2º
Data saída 04 de março de 2014
[illegible]
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº

5346



Continuação

Número 14770 Série 00015-SP

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Polegar Direito

ADECILDES DIAS ROCHA

ASSINATURA DO PORTADOR

---

14 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01 038 751/0004-02

FASA HOSPITAL DE URGÊNCIAS DR. HENRIQUE SANTILLO

CGC/MF AV. BRASIL NORTE, 3.105

Rua CIDADE UNIVERSITÁRIA Nº

Município CEP 75.083-440

Esp. do estabelecimento ANÁPOLIS - GO

Cargo Diretor Administrativo

C.B.O. nº

Data admissão 02 de Maio de 19 2005

Registro nº Fls./Ficha 005

Remuneração especificada R$ 4.000,00 (Quatro mil reais) p/ mês

Fundação de Assistência Social de Anápolis

Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo

Ass. do empregador para rogo c/test.

1º 2º

Data saída 14 de Julho de 19 2005

FASA Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo

Ass. do empregador para rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO 15

Empregador 01.624.477/0001-00

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

CGC/MF AV. REPÚBLICA DO LIBANO, Nº 1440

Rua SETOR OESTE - CEP 74115-030 Nº

Município GOIÂNIA-GO Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Gerente administrativo

C.B.O. nº

Data admissão 01 de Junho de 19 2010

Registro nº 06 Fls./Ficha 03

Remuneração especificada R$ 800,00 (oitocentos Reais) por mês

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

1º 2º

Data saída 10 de Setembro de 19 2010

CLÍNICA DE RAIO X NABYH SALUM S/S.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

5347

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO.
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 14 de setembro de 2023

DECLARANTE: Adecildes Dias Rocha

RG: 6763373-PC-GO

CPF: 031.606.508-04

Assinatura:_____

5349

5350

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

AMADIS LOTRÁRIO

5351

ceop

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **CENTRO DE OLHOS DO PARÁ - M. TAVEIRA DOS SANTOS EIRELI**, sediada a Rua Dr. Paes de Carvalho, no. 2985, Centro, Cidade de Castanhal, Estado do Pará, CEP: 68.743-060, com inscrição no C.N.P.J sob nº 08.080.995/0001-50, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, renegociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde.

Registramos que prestou serviços de Administração, assessorando a diretoria em planejamento estratégico, de 04 de janeiro de 2016 a 31 de março de 2018, em nossas unidades das cidades de Belém, Castanhal e Barcarena, no estado do Pará, com média mensais de atendimentos de 3.150 consultas, 4.100 exames e 230 cirurgias, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Castanhal, 12 de agosto de 2019.

Cartório 1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis Comarca Castanhal-PA

M. TAVEIRA DOS SANTOS EIRELI
Dr. Marcelo Taveira dos Santos
CPF: 516.136.032-15

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Comarca de Castanhal - Estado do Pará - Brasil
Rua Senador Antônio Lemos, 1 - CEP: 68.743-015

Reconheço por SEMELHANÇA a (s) firma (s) de:
[EKiwPUP]--MARCELO TAVEIRA DOS SANTOS.....
.....
Castanhal, 14/08/2019. Em testemunho da Verdade
JDCB - DANIELE PINTO DE LIMA - ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:R$5,30 - Selo:R$ 0,45 - Total:R$5,75

1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis Comarca Castanhal-PA
Estado do Pará
Série: H
Nº 624.866.021

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. Dou fé.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE
Selo Digital nº 00771912162981409490477
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AAA513502

5353

SÃO LUCAS
HOSPITAL

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUCAS – ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE GOIÁS LTDA.**, sediada a Rua 4, no. 1335, Centro, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.465-539, com inscrição no C.N.P.J sob nº 01.534.437/0001-78, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, renegociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde.

Registramos que prestou serviços de Administração, de **01 de Abril de 2011 a 30 de junho de 2013**, em nossa unidade, com 81 leitos de enfermaria, 11 leitos de UTI, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Centro Cirúrgico com 5 salas cirúrgicas, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Goiânia, 23 de agosto de 2019.

ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE GOIÁS LTDA.
RAFAEL HADDAD
CPF: 534.085.781-68

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912152981409490474
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513499

Rua 4, no. 1335, Setor Central, CEP: 74.465-539 – Goiânia – GO
Fone: (62) 3219-4500

5354

GESTÃO OPERACIONAL
Rua Nilo Margon Vaz, 63 Catalão-GO
Tel: 64 3442-9200, 3442-9326

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **AMADIS JOSÉ LOTRARIO**, inscrito no CPF sob o nº 029.964.238-01, RG 17.087.248-8, domiciliado na Rua GV 4, Quadra 12 Lote 30, Residencial Granville, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.366-014 prestou serviços ao **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO NICOLAU – CENTRO MÉDICO E CIRÚRGICO DE CATALÃO LTDA.**, sediada a Rua Nilo Margon, 63, Centro, Cidade de Catalão, Estado de Goiás, CEP: 75.701-150, com inscrição no C.N.P.J sob nº 01.326.206/0001-79, detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para Gestão Hospitalar, desempenhando as atividades de apoio administrativo para tomada de decisões, reestruturação e implantação de planejamento financeiro, mapeamento de processos, implantação de sistema informatizado, negociações com entidades financeiras para financiamento de projetos, treinamentos, análise e negociação de contratos com operadoras de planos de saúde e Fundo Municipal de Saúde para atendimentos do SUS – Sistema Único de Saúde.

Registramos que prestou serviços de Assessoria/Consultoria Administrativa, de **01 de março de 2017 a 31 de outubro de 2018**, em nossa unidade, com 56 leitos de enfermaria, 10 leitos de UTI Adulto, 04 leitos de UTI Neo Natal, Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Centro Cirúrgico com 5 salas cirúrgicas, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Hemodiálise, Laboratório de Análises Clínicas, Consultórios de especialidades, demonstrando plena capacidade para administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Catalão, 23 de agosto de 2019.

Cartório 2º Ofício Catalão-GO (64) 3441-2503

William André Safatle
Diretor Presidente

CENTRO MÉDICO E CIRÚRGICO DE CATALÃO LTDA.
WILLIAN ANDRÉ SAFATLE
CPF: 868.634.791-68

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 16 de Dezembro de 2019.
ROBSON PEREZINA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00771912162281609490484
"http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo"
AAA513509

5355

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

M
Secretaria de /
Departamento de Regulação, Avaliação e Contro
Coordenação-Geral de Sistema

Ficha de Estabelecimento Identificação

CNES: 2442620 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE SAO NICOLAU CNPJ: 01.326.206/0001-79

Nome Empresarial: CENTRO MEDICO CIRURGICO DE CATALAO LTDA Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: NILO MARGON Número: 63 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 520510 - CATALAO UF: GO

CEP: 75701-150 Telefone: (64) 3442-9328 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 007

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: NICOLAU ANDRE SAFATLE

Cadastrado em: 24/06/2003 Atualização na base local: 20/05/2021 Última atualização Nacional: 21/05/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	L
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	2	1
UTI ADULTO - TIPO II	9	8
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	11	0
UTI NEONATAL - TIPO II	4	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	0
ESPEC - CIRURGICO		

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

5357

Descrição	Leitos Existentes	L
BUCO MAXILO FACIAL	1	0
CARDIOLOGIA	2	1
CIRURGIA GERAL	5	3
ENDOCRINOLOGIA	1	1
GASTROENTEROLOGIA	2	1
GINECOLOGIA	2	1
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	1
NEUROCIRURGIA	2	1
OFTALMOLOGIA	2	1
PLASTICA	2	1
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	4	2
CLINICA GERAL	4	2
DERMATOLOGIA	1	0
GERIATRIA	2	0
HEMATOLOGIA	1	0
NEFROUROLOGIA	3	2
NEONATOLOGIA	2	1
NEUROLOGIA	3	1
PNEUMOLOGIA	2	0

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Descrição	Leitos Existentes	L
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	30	0
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	4	3
OBSTETRICIA CLINICA	2	1
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PNEUMOLOGIA SANITARIA	1	0
REABILITACAO	1	0
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	2	0

Data desativação: -- Motivo desativação: --

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

5359

5360

UNINTER
CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL

Certificado

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

AMADIS JOSÉ LOTRARIO

tendo em vista a conclusão do curso

GESTÃO HOSPITALAR.

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*, o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução em vigência.
Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 02 de Março de 2021.

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

AMADIS JOSÉ LOTRARIO
Especialista

5361

022.484

CERTIFICADO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO
Nome: AMADIS JOSÉ LOTRARIO **Matrícula:** 3159677 **CPF:** 02996423801

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO / CURSO
Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA (SETOR OESTE) - GO
Ato de Credenciamento e Recredenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012 publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012, seção 1, p.23. Recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016 publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016, seção 1, p.24
Curso: GESTÃO HOSPITALAR **Carga Horária Total do Curso:** 360 hs
Nível do Curso: Especialização *Lato sensu* **Área do Curso:** SAÚDE E BEM-ESTAR
Início da Turma: 19/08/2019 **Término[1]:** 01/03/2021

REGULAMENTAÇÃO
Resolução em vigência: os cursos ministrados pela IES cumprem todas as disposições legais da Resolução do Conselho Nacional - CNE vigente na data de início da turma.
- *Turma iniciada até Março/2001: Resolução CES nº 03 de 05/10/1999*
- *Turma iniciada até Maio/2007: Resolução CNE/CES nº 01 de 03/04/2001*
Turma iniciada até Abril/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007
Turma iniciada a partir de Maio/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 06/04/2018

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Certificado registrado sob o n.º 2082399 no Livro Eletrônico de Registros da IES.
As assinaturas do Reitor no anverso e da Secretária Geral de Gestão Acadêmica no verso deste Certificado são mediante chancelas mecânicas registradas em Escritura Pública no 7º Tabelião/Pr - Volpi, no Livro 2044-N 108500, folhas 265 e 266
[1] Período correspondente ao início e conclusão de todas as disciplinas obrigatórias que compõem a grade curricular.

Curitiba, 02 de Março de 2021

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

5362

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: AMADIS JOSÉ LOTRARIO

RG: 17087248
CPF: 029.964.238-01

Assinatura:_____

5363

5364

Estrutura e experiência da Diretoria

- **Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoriaou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)**

MELINA COSTA

5365

5366

MELINA MARIA SALES COSTA

Bacharel em Fisioterapia - UNIP (Bolsista). Especialista em Acupuntura - (UNISAÚDE/ CENTER FISIO). Formação em Reeducação Postural Global - (UNISAÚDE/ CENTER FISIO). MBA Executivo Gestão em Saúde pela IPOG (cursando). Tem experiência e vivência em coordenação e treinamento de equipes de trabalho. Habilidades em trabalhar em equipe e gestão de pessoas.

Nome : Melina Maria Sales Costa
Endereço: R. Sergipe, Setor Urias Magalhães - Goiânia-Goiás
Natural de São Paulo - SP, solteira, 37 anos.
e-mail: costamelina21@gmail.com
Telefone: (62) 984046260

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

2020 - 2021
Cargo Atual: Diretora - Geral de Unidade de Saúde Porte 2 - DAID-9 Empresa: CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA EM MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR - CREMIC/SAIS/SES/GO

2018 - 2019
Cargo: Gerente
Empresa: Espaço AME - Clinica de Estética

2016 - 2018
Cargo: Gerente
Empresa: Ludmilla Rabelo Estética Avançada

2011 - 2014
Cargo: fisioterapeuta
Empresa: Lux Laser - Depilação a Laser

2007 - 2010
Cargo: Supervisora
Empresa: Motivação Qualidade de Vida e Bem Estar - Ginástica

Laboral. **CAPACITAÇÕES:**

- Gestão de Qualidade, Auditoria e Acreditação Hospitalar
- Ética no Serviço Público - Escola de Governo
- Defesa do Usuário e Simplificação - Enap
- Desenvolvendo Times de Alta Performance - Enap

5367

- Gestão Pessoal - Base da Liderança - Enap
- Redação Oficial - Escola de Governo
- Formação Básica de Licitações - Escola de Governo
- SEI! Básico e Avançado - Escola de Governo
- Práticas Integrativas Complementares: Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, reiki, terapias com florais, auriculoterapia, aromaterapia, plantas medicinais.

CAPACITAÇÕES EM DERMATOFUNCIONAL:

- Treinamento aplicação de laser de epilação pela empresa Ibtlaser - 2019 - Manejo Fisioterapêutico nas complicações pós operatórias de cirurgias plásticas, Instituto Celulare, 2019
- Fibrose Zero, Angela Lange - 2019
- Moblização Tecidual Superficial e Taping em pré, intra e pós operatório, Juliana Botti, 2018
- Gerenciamento em estética pela, UEG 2017
- Procedimentos de skinbooster, técnicas de dermosustentação, lipoenzimática de papada, toxina botulinica e preenchimento com ácido hialuronico, Refference Treinamentos 2017 - Curso de capacitação técnica no Método Priscila Palazzo de criolipólise e técnicas associadas 2016
- Curso de capacitação em Biossegurança em Estética pela UEG 2015 - Curso de capacitação e técnicas dermato funcional corporal e facial - Carlos Ruiz - 2012 - Curso de capacitação em aplicação de laser em epilação pela Ibt lasers - 2011

Art. 9º Os Distritos Judiciários de Heitoraí e Morro Agudo de Goiás ficam transferidos das Comarcas de Itaberaí e Rubiataba, respectivamente, para a Comarca de Itapuranga.

Art. 10. Fica a Comarca de Itapuranga elevada à entrância intermediária.

§ 1º Os cargos de Juiz de Direito que se encontram providos na Comarca, somente serão reclassificados como de Comarca de entrância intermediária à medida que ficarem vagos.

§ 2º Os magistrados atualmente titularizados na Comarca de Itapuranga, quando promovidos à entrância intermediária, poderão exercer opção para que a promoção se efetive na respectiva unidade judiciária no prazo de 5 (cinco) dias, contados da data da publicação do ato respectivo.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190384

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010022791,

RESOLVE:

Exonerar ANA PAULA RIBEIRO ZENHA, CPF/ME nº 005.247.171-33, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ME nº 005.958.491-21, para exercê-lo. Fica condicionada a eficácia ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190385

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000036006793,

RESOLVE:

I - exonerar do cargo de provimento em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes, os que nelas se acham investidos, e nomear a indicada a seguir, para exercê-lo:

No DE ORDEM	EXONERAR	NOMEAR
1	RUTIANE LEMOS DE OLIVEIRA CPF/ME no 009.673.691-77	MEGGIE SADDI DUARTE CPF/ME no 024.867.231-29
2	ANDREZZA MEDEIROS TELES CPF/ME no 040.876.966-18	ANA CAROLINA MASSON SOUSA CPF/ME no 009.730.131-09

II - fica condicionada a eficácia dos provimentos de que trata o inciso I ao atendimento, pelas nomeadas, do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190388

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010020334,

RESOLVE:

Exonerar SÉRGIO COUBE BOGADO NETO, CPF/ME nº 042.900.411-75, do cargo em comissão de Assessor "A7", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear AMANDA DE MORAIS, CPF/ME nº 700.379.121-86, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Saúde. Fica condicionada a eficácia do provimento ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190389

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000025040408,

RESOLVE:

I - exonerar, a pedido e a partir de 4 de julho de 2020, MESQUISEDEC AIRES DE OLIVEIRA, CPF/ME nº 942.891.401-06, do cargo em comissão de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear ANDRÉ ADALTO DA ROCHA, CPF/ME nº 301.808.481-00, para exercê-lo, com lotação no Departamento Estadual de Trânsito;

Estado de Goiás
Imprensa Oficial do Estado de Goiás

AGÊNCIA BRASIL CENTRAL

Rua SC-1, nº 299 - Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 - Goiânia - Goiás
Fones: 3201-7639 / 3201-7623 / 3201-7663
www.abc.go.gov.br

Diretoria

Sofia Bezerra Coelho Da Rocha Lima
Presidente

Clebiana Pimenta Gouvêa Cruz
Diretora de Gestão Integrada

Marco Aurélio Vigário
Diretor de Telerradiodifusão, Imprensa Oficial e Site

Previsto Custódio dos Santos
Gerente de Imprensa Oficial e Mídias Digitais

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIAS
Assinado digitalmente pela ABC - AGENCIA BRASIL CENTRAL
CODIGO DE AUTENTICACAO: 01534790

Universidade Paulista

O Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições
e tendo em vista a colação de grau do Curso de Fisioterapia,
em 09 de fevereiro de 2006, confere o título de

Fisioterapeuta a

Melina Maria Sales Costa

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 15 de novembro de 1983
R.G. n.º 39302 40 - GO

e outorga-lhe o presente Diploma,
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 09 de fevereiro de 2006

Reitor

Secretário Geral

Diretor

Melina Mª Sales Costa
Diplomado

- 5370

Vice-Reitor de Graduação: Dr. Yugo Okida
Diretor: Prof. Dr. Paschoal Laércio Armonia
Secretário Geral: Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral Adjunto: Prof. Edison Fernandes

Universidade Paulista

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 550
D.O.U. de 09-11-1988

Curso de Fisioterapia

Reconhecido pela Portaria MEC n.º 2.447
de 14-11-2001 - D.O.U. de 16-11-2001

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP
Secretaria Geral
Departamento de Registros de Diplomas

Diploma registrado sob n.º 101700
Processo n.º 2007.1.97306
nos termos do Artigo 48 § 1º da Lei 9394/96.
São Paulo, 25 de junho de 2007

De acordo
Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral
RG: 1.471.274-SP

Diploma Registra
No Livro nº 2
Em 01 de
Dr JOSE EUC

CR
CONSELHO RE
E TERAPIA OC
Nome: Mali
Inscrição
Livro
Em
Dr. Eduardo

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO
- CREFITO 11 - DF e GO

REINSCRIÇÃO

Reinscrito(a) no CREFITO 11,
Livro/fls:5-F-GO/184V, Autorização n.: 127.
Deferido em
Brasília-DF, 10 de maio de 2016.

Dr. Bruno Metre Fernandes
Presidente

CREFITO 11ª Região DF/GO

SE
CONSEL
E TERA
BA
Deferido em: 04/
Reunião de Dire
Registro n.: 997
Livro / folha n.:
Brasili
Dr. B

5371

CERTIFICADO

O Diretor da UNISAÚDE / CENTER FISIO - IMES, com os poderes que l
conferidos pelo Estatuto Social e Constituição da República Federativa do Brasil, ce

Melina Maria Sales Costa

Curso de Formação em Acupuntura

no período compreendido entre março de 2003 a fevereiro de
tendo cumprido todas as exigências contidas no programa.

Goiânia, 18 de fevereiro de 2006.

Prof. Ms. Jean Luís de Souza
Diretor de Ensino

Melina Maria Sale
TITULADO

5372

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100010037157,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ME nº 005.958.491-21, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear ROSILENE MARTINS DA SILVA, CPF/ME nº 467.875.261-72, para exercê-lo.

Art. 2º Exonerar LUCIANA CARMO DE DEUS CAETANO, CPF/ME nº 885.714.751-72, do cargo em comissão de Diretor Técnico de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear WYLZENETH SIQUEIRA CÂNDIDO PORTUGUES SERAFIM, CPF/ME nº 925.257.091-87, para exercê-lo.

Art. 3º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos art. 1º e 2º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267297

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202114304002439,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar NAIADE SOUZA DI ROCHA, CPF/ME nº 634.485.641-68, do cargo em comissão de Gerente de Pesquisa, Projetos e Difusão de Tecnologia Avançada, DAI-1, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação, e nomear THIAGO ANGELINO MARTINS DA SILVA, CPF/ME nº 885.893.741-49, para exercê-lo.

Art. 2º Exonerar, a pedido e a partir de 27 de setembro de 2021, MARCELO ALVES DE SOUSA, CPF/ME nº 287.163.611-72, do cargo em comissão de Gerente de Desenvolvimento dos Parques Tecnológicos, DAI-1, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação, e nomear NAIADE SOUZA DI ROCHA, CPF/ME nº 634.485.641-68, para exercê-lo.

Art. 3º A eficácia dos provimentos estabelecidos pelos arts. 1º e 2º fica condicionada ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267299

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar a pedido, NAYARA CUNHA DE URZEDA, CPF/ME nº 025.396.511-00, do cargo em comissão de Assessor "A5", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear GABRIELA MACHADO CORSO, CPF/ME nº 026.455.241-50, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Comunicação.

Parágrafo único. A eficácia do provimento estabelecido pelo art. 1º fica condicionada ao atendimento do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267301

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100036011780,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar, a pedido e a partir de 24 de setembro de 2021, ODILON PAULO OLIVEIRA SANTOS, CPF/ME nº 066.314.545-73, do cargo em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 17 de novembro de 2021; 133º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 267303

DECRETO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202100005024881,

RESOLVE:

Art. 1º Tornar sem efeito o art. 1º do Decreto de 5 de outubro de 2021, publicado na página 41 do Suplemento do Diário Oficial nº 23.651, da mesma data (Protocolo nº 259293), que nomeou ONÁSSIS ROBERTO NASCIMENTO, CPF/ME nº 773.772.811-20, para, em comissão, exercer o cargo de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, por não haver tomado posse no prazo legal, e nomear GIULLIANO DE SÁ CARVALHO, CPF/ME nº 798.442.356-34, para exercê-lo.

Art. 2º Nomear os relacionados no quadro abaixo para, em comissão, exercerem os cargos ali discriminados, da Secretaria de Estado da Administração:

5374

IPOG INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO & GRADUAÇÃO

Certificado

O Diretor Acadêmico do IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em **MBA Executivo Gestão em Saúde**, (Área de conhecimento Negócios, administração e direito), com carga horária total de 432 horas/aula, consoante os termos da Resolução MEC/CNE/CES, N° 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013, outorga o título de especialista a

MELINA MARIA SALES COSTA

nacionalidade Brasileiro(a), nascimento em 15 de novembro de 1983, cédula de identidade nº 3930240-2-SPTC /GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 19 de junho de 2023

Prof.º CARLO COSTA GUIZELINI
DIRETOR ACADÊMICO

ESPECIALISTA

SARA DE SÁ CAVALCANTE
SECRETÁRIA ACADÊMICA

52759

IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO

Recredenciamento Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto de 2016.

SECRETARIA ACADÊMICA

Certificado registrado sob o nº 7921 - No livro 82 - Folha(s) 396

O curso obedeceu todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG Nº 4 de 22 de maio de 2013.

Goiânia, 19 de junho de 2023

Raniely Carneiro Melo
Setor de Registro de Certificado

Sara de Sá Cavalcante
Secretária Acadêmica

IPOG

1° Via

L 5376

HISTÓRICO ACADÊMICO – IPOG Instituto de Pós-graduação & Graduação

Curso: MBA Executivo Gestão em Saúde

Credenciamento: Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto 2016

MEC/CNE/CES, Nº 1, de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013

CERTIFICADO REGISTRADO SOB O

Nº: 7921 FOLHA: 396 LIVRO: 82

Período de Realização: 4 de Fevereiro de 2022 a 2 de Abril de 2023 **Turma: DZEGSGYN001**

Carga Horária Total: 432 horas/aula

Acadêmico(a): MELINA MARIA SALES COSTA **Nacionalidade:** Brasileiro(a) **Sexo:** Feminino

Identidade: 3930240-2 / GO **CPF:** 005.958.491-21 **Data de Nascimento:** 15/11/1983

Disciplina	Nota	Freq.	C.H.	Professor	Titulação
Gestão Estratégica de Pessoas em Organizações de Saúde	10,0	100	36	RAQUEL MAGALHÃES DE MELLO	Especialista
Aspectos Jurídicos em Saúde	10,0	100	36	MARIA LUISA DE BARROS CORREIA	Mestre
Liderança nos Organizações de Saúde	8,0	100	36	EDUARDO REFKALEFSKY	Doutor
Desenvolvimento Integral do Potencial Humano	8,5	75	36	BRUNO FERREIRA ALEGRIA	Doutor
Marketing em Saúde	9,5	100	36	JOSÉ HUMBERTO VIANA LIMA JÚNIOR	Doutor
Qualidade, Segurança e Acreditação em Saúde	10,0	100	36	SEMÉIA DE OLIVEIRA CORRAL	Doutor
Gestão de Facilities, Hospitalidade e Serviços Hospitalares	9,0	100	36	CRISTINA HELENA TOULIAS HERINGER	Especialista
Tecnologia de Informação e Inovação em Organizações de Saúde	10,0	100	36	MARCELO ALMEIDA MAGALHÃES	Doutor
Gestão de Suprimentos e Logística Hospitalar	10,0	100	36	ESDRAS JORGE SANTOS BARBOZA	Mestre
Sustentabilidade, Ética e Responsabilidade Social	8,5	100	36	JULIANA DALBONI ROCHA	Doutor
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde	10,0	100	36	FABIANO LUÍS FIGUEIREDO DA SILVA	Mestre
Gestão Financeira em Saúde	7,0	75	36	RAFAEL VARGAS PONTES	Mestre

Título Artigo: A importância da Acreditação hospitalar no Sus

Nota Artigo: 9,25

Goiânia-GO, 19 de junho de 2023

5377

Assinado Por CARLO COSTA GUIZELINI:59752661149
Data: 20/06/2023 10:19:29
ID: 000000204637

Assinado Por SARA DE SA CAVALCANTE:89646711120
Data: 20/06/2023 13:20:04
ID: 000000204637

Assinado Por IPOG - INSTITUTO DE POS-GRADUACAO & GRADUACAO LTD:04688977000102
Data: 19/06/2023 17:32:17
ID: 000000204637

CERTIFICADO

IDOR
INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO

Certificamos que

MELINA MARIA SALES COSTA

Inscrito (a) no CPF sob o nº. 005.958.491-21 participou do Curso de Gestão Prática de Linhas de Cuidado baseado em Valor, realizado pelo Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, no(s) dia(s) 18, 25 de maio e 01, 06, 15 de junho de 2023, com carga horária total de 16 horas.

São Paulo, 27 de junho de 2023

Dr. Felipe Spinelli de Carvalho
Diretor Executivo
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

Dra. Helidea de Oliveira Lima
Coordenadora Acadêmica do Curso
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

5379

5380 Y

GRUPO IBES

Certificado

O IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde, Instituição Acreditadora credenciada pela ONA e pela ACSA International, concede este certificado a



MELINA MARIA SALES COSTA

Pela Conclusão do **Curso Formação de Avaliadores ONA**, realizado no (s) dia (s) 22 e 23 de junho de 2023, com carga horária de 20 hora(s).

São Paulo, 23 de junho de 2023.

Aléxia Regina Mandolesi Costa

Aléxia Regina Mandolesi Costa
DIRETORA TÉCNICO-CIENTÍFICA
DO GRUPO IBES

Vanice Costa
MEMBRO DO CONSELHO
DO GRUPO IBES

5381

ANS · apcer · IQNet · ONA · ACSA International · IEEA · IEEA

Curso
Formação de Avaliadores SBA/ONA

Carga Horária: 20 horas

Conteúdo Programatico:

- Atuação do Avaliador do SBA/ONA
- Manual de Conduta IBES
- Coleta de informações e análise crítica de evidências
- O Sistema Brasileiro de Acreditação
- Avaliação Remota (novo)
- Diagnóstico Organizacional, Certificação e Manutenção
- Fundamentos da Acreditação e Dimensões da Qualidade
- Gerenciamento de Protocolos Multiprofissionais
- Padrões de Nível 1, 2 e 3
- Busca de evidências e interpretação de padrões e requisitos nas Seções do Manual ONA: Gestão Organizacional, Atenção ao Paciente, Diagnóstica e Terapêutica e Gestão de Apoio
- Redação de relatórios
- Simulado de avaliação de habilidades de comunicação e técnicas de entrevista, incluindo feedback

IBES – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
Av. Queiroz Filho, 1.700 – sala 112 - E- CEP 05319-000
Cond. Villa Lobos Office Park – São Paulo -SP
www.grupoibes.com.br / atendimento@ibes.med.br

Certificado Registrado sob número 19528 Folha 53
do Livro de Registro nº 3

Aléxia Regina Mandolesi Costa

Aléxia Regina Mandolesi Costa
São Paulo, 23 de junho de 2023.

L 5382

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: MELINA MARIA SALES COSTA

RG: 3930240 SPTC-GO
CPF: 005.958.491-21

Assinatura: Melina Maria Sales Costa

5383



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

ANEXO –APRESENTAÇÃO STRICTO

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74.810-100, GOIÂNIA/GO – TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

INSTITUTO CE

Santa Helena de Goiás -2023

INSTITUTO CE

ANEXO – Apresentação Título Stricto Sensu

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

5385



Currículo lattes

Dra. Meire Incarnação Ribeiro Soares

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8435059107791883

Possui graduação em **FISIOTERPIA** pela Universidade do Oeste Paulista (1984), graduação em **PEDAGOGIA** pela Universidade Norte do Paraná (2009), acadêmica em **DIREITO** pela faculdade Raizes-GO, Especialização em fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização aperfeiçoamento em gestão dialógica e comunicação para a gestão escolar-ENSP/FIOCRUZ(2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de Saúde – UFF(2015), curso de aperfeiçoamento em metodologias ativas - PBL (UniEvangelica), Mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanalise -Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005). Exerceu a presidência da comissão de educação do Conselho Regional de Fisioterapia 11º, Presidente da Comissão de Tomadas de Contas do Conselho Regional de fisioterapia 11º (2007 a 2010), membro titular do conselho fiscal da Abenfisio (2009a 2010), Delegada Regional da Associação Brasileira de Educação em Fisioterapia, Professora do curso de fisioterapia e Educação Física da Universidade Estadual de Goias-UEG/GO (1998 a 2003), Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da UNIP/GO (2000 a 2002), diretora da Área da saúde e Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Padrão-GO (2001 a 2003), Pró-reitora acadêmica e Coordenadora do Curso de Fisioterapia da FAGO/GO (2002 a 2003); Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Tamandaré-GO (2003 a 2007), Coordenadora e Professora do Curso de Fisioterapia da Uni-Evangélica- GO (2006 a 2009), Professor adjunto dos Cursos de Fisioterapia, Farmácia e Medicina da Fundação UNIRG-TO (2009 a 2011), Tutora do projeto Caminhos do Cuidado –Ministério da Saúde/SES-GO, Colaboradora Técnica Pedagógica do Instituto de Excelência em Educação e Saúde- IEES (2009 a 2016). Colaboradora técnica pedagógica de curso de Medicina, Farmácia, Biomedicina, Enfermagem e Fisioterapia do Instituto Educacional Qualitas-SP (2005 a 2009), Consultoria nas áreas de saúde para instituições de ensino técnico profissional e superior no credenciamento/ recredenciamento de instituições e de cursos de graduação e pós-graduação, Tem experiência profissional clinica e em homecare na área de Fisioterapia Neurológica, Membro Efetivo da Câmara técnica de Educação e Trabalho do CONASS (2011 A 2015),Membro Suplente do CONASS na Câmara Técnica de Residência Multiprofissional em Saúde- CNRMU/MEC, Membro Efetivo da Grupo técnico da CIB (2011/2015) e membro efetivo da Câmara Técnica da CIB(2011/2015), Membro efetivo da mesa de negociação permanente do plano de cargos, carreira, salários e vencimentos da SES/GO, 2011/2015); Membro efetivo do colegiado

consultivo e deliberativo da ESAP/CEP-SAUDE-SES/GO(2011/2015); Superintendente de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás-SES/GO (2011/2015); Membro do fórum Goiano de Enfrentamentos as Drogas, 2016 até a presente data; membro efetivo dos Eixos Comunidade Terapêutica e de Tratamento, do fórum Goiano de Enfrentamentos as Drogas; Gerente Técnica Operacional do Grupo Executivo de Enfrentamento as Drogas-GEED, 2016 até apresente data; Consultora ***Ad hoc*** do Conselho Estadual de Educação de Goiás-CEE/GO; Professora de cursos de capacitação da Escola de Governo *Henrique Santilo,* 2016 até a presente data; Superintende de Ensino do CEGECON – Centro de Gestão em Educação Continuada, 2017; Consultoria em projetos e programas de reinserção social de usuários de drogas do GEED , 2016 até presente data; Consultoria em projetos de qualificação em editais de Chamamento Publico para gestão em áreas da Educação de 2014 até a presente data, experiência e captação de recursos publico nacional e internacionais para projetos sociais.

Estado de Goiás
Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº **048784278-25**, ***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55 nº 384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC bairro JARDIM GOIÁS, na cidade de GOIÂNIA CE:74810-230 Estado de GOIÁS, prestou serviços ao*** **GRUPO EXECUTIVO DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS - GEED,** inscrito no CNPJ sob nº 17.465.354/0001-04, situado na Rua 104, nº 168, Qd. F-21, Lt 24, 1º e 2º andar, Setor Sul – Goiânia/GO neste ato representada por sua **Diretora Geral, IVÂNIA ALVES FERNANDES**, portadora da CI/RG Nº 593.386/2 e do CPF sob nº 211.236.671-87, detém **Gerencia Técnica e Operacional do Grupo Executivo de Enfrentamento as Drogas – GEED, áreas de assistência a saúde mental de usuários de álcool e outras drogas e, educação em saúde, no planejamento, elaboração, execução e coordenação de cursos e projetos de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e educação em saúde e, apoio e assistência ao terceiro setor.**

Registramos que prestou serviços no: **operacionalização dos projetos/ações estabelecidas pelos órgãos titulares do GEED, contidos no Planejamento Estratégico 2017-2020; dos mecanismos de avaliação contínua dos programas, projetos e ações no âmbito da prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas e repressão ao tráfico de drogas; do controle, distribuição, avaliação e acompanhamento das vagas em Comunidades Terapêuticas, que se encontrarem devidamente regulamentadas, para acolhimento de pessoas com dependência química, conforme disponibilidade orçamentária e de fluxo financeiro; da Articulação e disponibilização de serviços nos equipamentos da rede de saúde mental para acolhimento de pessoas com dependência química; no Diagnostico desenvolvimento e divulgação de capacitações, ações e serviços destinados à prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas, bem como o fluxo deste atendimento em todos os Municípios do Estado de Goiás; no Monitoramento dos programas e ações do plano de trabalho, no âmbito do Poder Executivo Estadual, bem como seu desdobramento em projetos, nos quais constarão responsáveis e prazos por cada ação a serem desenvolvidas a curto, médio e longo prazos; na Articulação, junto às Secretarias Estaduais e Entidades Autárquicas relacionadas o cumprimento das ações estabelecidas de prevenção, tratamento /acolhimento, repressão qualifica e reinserção social; na Elaboração e apresentação para todos os envolvidos, periodicamente, de relatórios contendo o resultado das ações e impactos, bem como promover a sua divulgação; na Representação do órgão ao Ministério Público do Estado de Goiás relacionadas ao planejamento e andamento das atividades e Ações atribuídas a politica de drogas do estado de Goiás constantes do presente Acordo de Cooperação. Sempre atuando na gerencia técnica e operacional de acolhimento, tratamento e reinserção de usuários de álcool e outras drogas e no apoio a gestão de serviços**

Rua 104 nº. 1 — 2671

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (62) 3215-8998
-01331912110872709490571 - http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. 156205C *0024*.
Goiânia, 16 de dezembro de 2019.

Artal Cavalcante de Assunção - Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu, Nº 157 Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

5388

do terceiro setor (comunidades terapêuticas) cadastradas e contratados pelo GEED/SES/GO. Sendo contrata em janeiro de 2016 até dezembro de 2018.

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005).**

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

GOIÂNIA, 30 de dezembro de 2018.

TAB.

Ivania Alves Fernandes
Diretora Geral

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (62) 3215-0998
01331912110859209400668 - http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por Semelhança a assinatura indicada de IVANIA ALVES FERNANDES PESSOA *246051*0032*. Dou fé. Goiânia, 16 de dezembro de 2019 - 16:44:32h.
Em Test° da Verdade.
Simony Coelho Medeiros Gouveia-Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Simony Coelho Medeiros Gouveia
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (62) 3215-0998
01331912110872709490572 - http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *562055 *0024*.
Goiânia, 16 de dezembro de 2019.
Artal Cavalcante de Assunção - Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

IEES!
Instituto de Excelência em Educação e Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº 048784278-25, *RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua* ***55 nº 384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC*** *bairro* ***JARDIM GOIÁS****, na cidade de* ***GOIÂNIA*** *CE:74810-230 Estado de* ***GOIÁS****, prestou serviços ao INSTITUTO DE EXCELENCIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, CNPJ nº* ***10347669/0001-08****, estabelecida na Rua* ***85,*** *, nº* ***186,*** *bairro* ***SETOR SUL****, CEP 74080-010, na cidade de* ***Goiânia,*** *Estado de GO* , detém **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** para, **ELABORAÇÃO, EXECUSSÃO E COORDENAÇÃO DO PANEJAMENTO DE CURSOS E PROJETOS DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NA ÀREA DA SAÚDE e EDUCAÇÃO.**

Registramos que prestou serviços **NA DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DE CURSOS NA AREA DA SAÚDE OFERTADOS PELO INSTITUTO DE EXCELÊNCIA EM EDUCAÇÃO E SAÚDE- IEES, DESDE DE MAIO DE 2010 ATÉ A PRESENTE DATA.**

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005)**

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Cidade, 20 de agosto de 2019.

Cartório Antonio do Prado

Manuela Echebarria de Almeida

MANUELA ECHEBARRIA DE ALMEIDA
DIRETORIA FINANCEIRA

CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de MANUELA ECHEBARRIA DE ALMEIDA
Em testemunho da verdade.
GOIANIA-GO, 05 de Dezembro de 2019, às 19:31:37 horas.
MATHEUS LOPES FERREIRA - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo:00071912042801509460373

CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
Matheus Lopes Ferreira
Suboficial e Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493039 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé Em Test. Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs495880
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

5390

REDE DE NEGÓCIOS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, queMEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES, inscrito no CPF sob o nº 048784278-25,*RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua* 55, *nº* 384 apt.201/a, ed. Flamboyant Parc, *bairro* jardim goiás, *na cidade de* Goiânia*CEP:74810-230, Estado de* GOIÁS, *prestou serviços a REDE DE NEGOCIOS, CNPJ nº* 18.670.548/0001-04, *estabelecida na rua* Calçada das Gardênias, 20, Sala 13 - Centro Comercial - CEP 06.453-051, Alphaville - Barueri,*Estado doSão Paulo* detém qualificação técnica paradireção e supervisão em áreas gestão da qualidadeempresarial.

Registramos que prestou serviços na Supervisão do planejamento estratégico de contratos firmados com esta empresa REDE de Negócios no período de 16 de janeiro a 30 de abril de 2019, com uma carga horaria de 40hs, em contrato no valor de R$ 40.000,00 (quarenta mil reais), executando as seguintes atividades:

- Elaboração, coordenação e implantação de projetos de capacitação da força de trabalho;
- Elaboração, aplicação e tabulação de instrumentos de pesquisa de satisfaçãode clientes e funcionários;
- Elaboração, coordenação e avaliação de projetos de extensão na área da gestão da qualidade empresarialem áreas saúde e educação;
- Elaboração diagnóstica situacional de viabilidade técnica de serviços de saúde e educação;

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Palmas, 30 de abril de 2019.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1408 - Qd. F-41 Lt 197 / 198 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇAO
01131912010562409493042 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé Em Test de Verdade,Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs49689C
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

QueilaFigueiredo
Diretora Presidente

2º TABELIONATO DE NOTAS DE PALMAS/TO
Sagramor Angela Piccoli - Tabelia
Confirme a Autenticidade: http://corregedoria.tjto.jus.br/index.php/selodigital
Selo Digital nº 126466AAC327713-FKW
Reconheço por "VERDADEIRO" a assinatura indicada de QUEILA MONTEIRO DE FIGUEIREDO. Dou fé. Palmas/TO, 25 de agosto de 2019. 635466. EMOLUMENTOS: R$2,50, Taxa Judiciária: R$0,70, Funcivil: R$0,50, ISS: R$0,12, TOTAL: R$3,82. Luana Tamara Delazeri. Escrevente Auxiliar.
Quadra 104 Norte - Av. LO-02, nº 22 - Centro - Palmas/TO - CEP: 77.006-022 - Fone: (63) 3216.7200

REDE DE NEGOCIOS - Cnpj18.670.548/0001-04

www.redebc.com.br contato@redebc.com.br

5391

QFTreinamentos

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº 048784278-25,***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55, nº 384 apt.201/a, ed. Flamboyant Parc, bairro jardim goiás, na cidade de GoiâniaCEP:74810-230, Estado de GOIÁS, prestou serviços a, QFTreinamentos,CNPJ nº*** Cnpj: 09.017.806/0001-67, ***estabelecida na rua 106 norte, alameda 02, , LT. 04 E 05- ed. Palmas business center, sala 905, bairro conjunto I, CEP: 77006-054, na cidade de Palmas, Estado do Tocantins***,detém qualificação técnica paraCoordenaçãoem áreas Gestão da Qualidadee de Recursos Humanos cujo desempenho se deu em contrato de prestação de serviço **no período de 12 de agosto a 28de outubro de 2018, no município de Goiânia, totalizando 94 horas de consultoria técnica, no valor de R$ 95.000,00 (noventa e cinco mil reais).**

Registramos que prestou serviços na:coordenação do planejamentoda seleção, movimentação e qualificação de Recursos Humanos de contratos firmados com a empresa ***QFTreinamentos***,atuando na:

- ✓ Elaboração e coordenação de projetos de qualificação profissional e técnica da força de trabalho;
- ✓ Na pesquisa de satisfação de clientese;
- ✓ Em projetos de extensão na área da gestão da qualidade e inovação empresarialnas áreas da saúde e educação.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

Palmas, 28 de outubro de 2018.

2º TABELIONATO

Queila Figueiredo
Presidente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1408 - Qd. F-41 LT 102 / 104 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493041 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé Em Test de Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019.cs49589C
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

2º TABELIONATO DE NOTAS DE PALMAS/TO
Sagramor Angela Riccoli - Tabelã
Confirme a Autenticidade: http://corrugadoria.tjto.jus.br/index.php/selodigital
Selo Digital nº 126466AAC327714-DGG
Reconheço por "VERDADEIRO" a assinatura indicada de QUEILA MONTEIRO DE FIGUEIREDO. Dou fé. Palmas/TO, 28 de agosto de 2019. 63546B. EMOLUMENTOS: R$2,50, Taxa Judiciária: R$0,70, Funcivil: R$0,50, ISS: R$0,12, TOTAL: R$3,82. Luana Tamara Delazeri. Escrevente Auxiliar.
Quadra 104 Norte - Av. LO-02, nº 22 - Centro - Palmas/TO - CEP: 77.006-022 - Fone: (63) 3218-7200

QF Treinamentos e Desenvolvimento

Cnpj: 09.017.806/0001-67

contato@queilafigueiredo.com.br

5392

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

ATESTAMOS, para os devidos fins de direito, que a empresa ***CONTSERVS GESTÃO CONTÁBIL E EMPRESARIAL LTDA – EPP, com sede na Rua 217 nº 728, Quadra 47, Lote 11, Setor Leste Universitário, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.253.287/0001-85***, presta serviços para execução do Projeto de implantação da **GESTÃO PARTICIPATIVA** entre pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificadas como Organização Social (OS) e o Município de Rio Verde – Goiás, o qual busca a reorganização, o gerenciamento, a reestruturação das ações, o desenvolvimento, a implantação e a execução de trabalhos nos diversos serviços disponibilizados, inovação com às modalidades de atendimento na unidade de saúde UPA24h José Póvoa Mendes na Cidade de Rio Verde – Goiás. O contrato de Prestação de Serviços da CONTRATADA "CONTSERVS GESTÃO CONTÁBIL" e o CONTRANTE "SECRETARIA MUNICIPAL DE RIO VERDE – GOIÁS", deu-se através do Pregão Presencial 189/2018, que continuadamente procedeu o Contrato de Prestação de Serviços nº 776/2019 o qual deu início em 17/01/2019 a ser finalizado em 31/12/2021,

Diante da exposição, DECLARAMOS, que os trabalhos são executados operacionalmente por uma equipe técnica de consultores, dentre os membros da equipe a de forma direta a participação da Profissional técnica **MEIRE INCARNACAO RIBEIRO SOARES**, BRASILEIRA, CASADO(A), Comunhão Parcial, EMPRESÁRIA, data de nascimento 06/09/1963, portador da Carteira Nacional de Habilitação (CNH): n° 03042229570, expedida por DETRAN/GO em e CPF: n° 048.784.278-25, residente e domiciliada na cidade de Goiânia - GO, na RUA 55, nº SN, QUADRA19B LOTE 2/7 APT 201 COND RES FLAMBOYANT PARCK, JARDIM GOIAS, CEP: 74810-230

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 155 - Nº 1499 - Qd. F-41 LT 190 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-6854
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493040 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test°
Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019. os436897
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493045 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test. da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs438878
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

Com vistas ao fornecimento do seguinte objeto contratado:

1.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS

1.1.1 ESTRUTURA FÍSICA OPERACIONAL E FUNCIONAL

1.1.1.1 Analisar os regulamentos Técnicos em conformidade com recomendações dos órgãos externos de fiscalização;

1.1.1.2 Analisar a caracterização visual da UPA 24h – de acordo com a Portaria nº 2.838/GM/MS – 2011;

1.1.1.3 Levantar a existência de Protocolos clínicos na Unidade;

1.1.1.4 Levantar a existência de Regimentos Internos;

1.1.1.5 Levantar existência de Procedimentos Operacionais Padrões (POP's)

1.1.1.6 Levantar a existência de estruturas apropriadas para ensino, pesquisa e extensão na Unidade;

1.1.1.7 Levantar a existência de convênios, termos de cooperação técnica e contratos referentes à oferta de ensino, pesquisa e extensão na Unidade.

1.1.1.8 Levantar a existência de protocolos para oferta de ensino, pesquisa e extensão na Unidade;

1.1.1.9 Levantar a existência e operacionalização de sistemas da gestão do controle e avaliação da Unidade.

1.1.1.10 Levantar e analisar o sistema integrado de gestão pública de saúde na Unidade;

1.1.1.11 Levantar a existência de um sistema de registro e controle de ponto biométrico;

1.1.1.12 Levantar a existência de organograma da Unidade.

1.1.2 COMPOSIÇÃO ECONÔMICA E FINANCEIRA

1.1.2.1 Levantamento dos gastos com Pessoal Direto e Indireto na Unidade;

1.1.2.2 Levantamento dos gastos com Manutenção preventiva e corretiva (com terceiros ou próprios);

1.1.2.3 Levantamento dos Bens de uso depreciados e a depreciar;

1.1.2.4 Levantamento dos gastos fixos para manutenção operacional da estrutura administrativa:

- Água / Luz, internet e Telefone;
- Materiais de Expediente e Limpeza;
- Lanches e Refeições e etc.

1.1.2.5 Levantamento dos gastos com Contratos de Terceiros;

1.1.2.6 Identificação e análise as FONTES DE RECURSOS disponíveis para custeio operacionais diretos e indiretos;

1.1.2.7 Identificação dos custos efetivos de processamento, manutenção e conservação dos vestuários e instrumentais hospitalares;

1.1.2.8 Identificação da oferta e/ou potencialidade de implantação ou implementação de programas de residência médica e multiprofissional na Unidade;

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
01131912010562408493044 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confira com o Original. Doc. Fé. Em Test. da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs486875
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

1.1.2.9 Levantamento do quantitativo de exames laboratoriais e de imagens solicitados pela Unidade no período último trimestre em curso;

1.1.3 PATRIMONIAL (BENS OPERACIONAIS)

1.1.3.1 Avaliação comparativa dos bens mobiliários em geral com base nas legislações do SISMOB/MS

1.1.3.2 Levantamento, quantitativo, dos itens que compõe os bens mobiliários;

1.1.3.3 Avaliação do estado de conservação dos bens que compõem o imobilizado;

1.1.3.4 Levantamentos dos bens que compõem os mobiliários de propriedade de terceiros (comodato, termos de cooperação técnica e locação);

1.1.4 RECURSOS HUMANOS (PESSOAL)

1.1.4.1 Levantamento atual do quantitativo de profissionais disponíveis na Unidade;

1.1.4.2 Análise do quantitativo da equipe assistencial multiprofissional em relação á de profissionais administrativos compatíveis com a atual demanda para atendimento na Unidade;

1.1.4.3 Levantamento e análise da sazonalidade de servidos ofertados no último trimestre em curso;

1.1.4.4 Levantamento do quantitativo de servidores: concursados, comissionados, residentes médicos e multiprofissionais, estagiários de graduação e nível técnico e, profissionais cedidos de outras autarquias, terceirizados e, de contrapartidas de contratos/convenio e termos de cooperação técnica;

1.1.4.5 Levantamento do número de profissionais que atuam como preceptores de ensino, pesquisa e extensão na Unidade;

1.1.5 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGENS E EXAMES LABORATORIAIS

1.1.5.1 Levantamento das legislações regulamentadoras dos serviços de imagem e exames laboratoriais;

1.1.5.2 Analisar as legislações regulamentadoras dos serviços de imagem e exames laboratoriais, com as existentes na Unidade;

1.1.5.3 Levantamento da efetividade dos exames realizados na Unidade considerando o período do último trimestre em curso;

1.1.5.4 Levantamento da oferta dos serviços de imagem e exames laboratoriais para o atendimento a demanda da Unidade;

1.1.5.5 Identificar a existência de convênios, contratos e termos de cooperação técnica para realização, complementar, de exames de imagem e laboratoriais na Unidade.

1.2 FORMATAÇÃO DO CAGES (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE).

1.2.1 LEGISLAÇÃO DO CAGES

1.2.1.1 Elaboração da minuta de lei (resolução, portaria, projeto de lei...);

1.2.1.2 Definição da estrutura física operacional;

1.2.1.3 Definição do perfil funcional dos membros da comissão;

1.2.1.4 Construção da minuta de regimento interno do CAGES;

1.2.1.5 Submissão à apreciação e aprovação dos gestores responsáveis;

1.2.1.6 Submissão a apreciação junto ao departamento jurídico da SMS.

Goiânia -Goiás, 04 de setembro de 2019.

Dirceu Júlio de Cantuária Almeida
Auditor e Sócio administrador
CRC-GO-11.745/O-6 / CPF: 381.519.951-49

Eliane Joana Cláudio Almeida
Consultora e Sócia operacional
CRC/GO-023694/O-8 / CPF: 808.249.001-20

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 Lt 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
02051907311057094603586, 02051907311057094603587 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança as assinaturas de ELIANE JOANA CLAUDIO ALMEIDA, DIRCEU JULIO DE CANTUARIA ALMEIDA. Dou fé Em Test° da Verdade.
Goiânia-GO, 04/09/2019 - 15:01:56h.cs1200770 *0005
Ezequiel da Silva Carvalho Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493043 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé Em Test° da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019.cs496873
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins, que**MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES,**prestou serviços ao **INSTITUTO CONEXÃO MASTER- ICM**, no período de 20 de março a 25 de junho de 2018, no município de Goiânia Goiás, totalizando 60 horas de consultoria técnica, no valor de R$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais).

Com qualificação especifica em DIREÇÃO E SUPERVISÃO TÉCNICA EM ÁREAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO, atuou como consultora em:

- Supervisão e Direção doplanejamento, elaboração e coordenação de projetos de qualificação profissional e técnica nas áreas de educação e saúde;
- Pesquisa em projetos de extensãonas áreas da saúde e educação;
- Elaboração de editais públicos;
- Elaboração diagnóstica de serviços de saúde e educação.

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

2º TABELIONATO

Palmas, 10 de julho de 2018.

Queila Figueiredo
Diretora Presidente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493048 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº
Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019.cs/93882
Leonardo Silveira Araújo.Escrevente

2º TABELIONATO DE NOTAS DE PALMAS/TO
Sagramor Angela Riccelli - Tabelia
Confirme a Autenticidade: http://corregedoria.tjto.jus.br/index.php/selodigital
Selo Digital nº 126466AAC327712-BMJ
Reconheço por "VERDADEIRO" a assinatura indicada de QUEILA MONTEIRO DE FIGUEIREDO. Dou fé. Palmas/TO, 29 de agosto de 2019. 635461. EMOLUMENTOS: R$2,50, Taxa Judiciária: R$0,70, Funcivil: R$0,50, ISS: R$0,12. TOTAL: R$3,82. Luana Tamara Delazeri. Escrevente Auxiliar.

© 2017 Instituto Conexão Master CNPJ: 08.877.988/0001-83
SEDE: Qd 106 norte, alameda 02, lt. 04 e 05 - Ed. Palmas Business Center, Sala 905, Conjunto L, Palmas Tocantins - CEP: 77006-054
www.icmaster.com.brcontato@icmaster.com.br 62 9 95787114

Dados para conferência:

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES

CPF sob o nº 048784278-25, RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55, nº 384 apt. 201/A, Ed. Flamboyant Parc, Jardim Goiás - Goiânia Goiás, CEP:74810-230.

INSTITUTO CONEXÃO MASTER

CNPJ nº 08.877.988/0001-83, estabelecida na Qd106 norte, Al 02, lt. 04 e 05- Ed. Palmas Business Center, Sala 905, Conjunto L - PalmasTocantins, CEP: 77006-054.



ALCANCE
Clínica Médica e Exames em Geral

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1400 - Qd. F-41 17 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493046 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test° da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs49687D
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº **048784278-25**, ***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55 nº 384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC bairro JARDIM GOIÁS, na cidade de GOIÂNIA CE:74810-230 Estado de GOIÁS, prestou serviços a*** **CLÍNICA ALCANCE (centro de medicina Garavelo- ltda)**, inscrito no CNPJ sob nº 17.372.032/0001-10, situado na Rua 15-c, nº s/n, Qd.102, Lt 30, cep : 74930-280 , Setor GARAVELO Aparecida de Goiânia/GO neste ato representada por seu **Diretor Geral, LEO ANTONIO DE ALMEIDA** portador do, CRM nº**15615**, RG Nº**4157189** e do CPF sob **nº001.792.621-14**, detém competências técnicas no **Gerenciamento Técnico e Operacional da CLÍNICA ALCANCE (centro de medicina Garavelo-ltda) áreas de assistência a saúde em clinica geral a usuários do SUS e particular, dando consultoria técnica da gestão da qualidade, ofertando educação permanente e capacitação técnica ao equipe de Recursos Humanos da empresa e aos usuários da clinica; planejamento, elaboração, execução e coordenação de cursos e projetos através do ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e educação em saúde e, apoio e a assistência técnica e administrativa da unidade de saúde .**

Registramos que prestou serviços no: **operacionalização dos projetos/ações estabelecidas pelos pela direção da clinica, contidos no Planejamento Estratégico 2013 a 20019; dos mecanismos de avaliação contínua dos programas, projetos e ações no âmbito da prevenção, tratamento, reabilitação da saúde em geral; da articulação nos equipamentos da rede de saúde, pública e privada, para acolhimento de pessoas com em processo de tratamento clinico e ambulatorial ; no Diagnostico desenvolvimento e divulgação de capacitações, ações e serviços destinados à prevenção, tratamento, reabilitação da saúde, bem como a orientação aos usuários do SUS e familiares sobre fluxo deste atendimento em todos os Municípios do Estado de Goiás; na Articulação, e apoio junto às Secretarias Estaduais e Entidades Autárquicas relacionadas o cumprimento das ações estabelecidas de prevenção, tratamento /acolhimento, repressão qualifica e reinserção social; Sempre atuando na consultoria gerencial técnica e operacional de acolhimento, tratamento e reinserção de usuários. prestando serviço voluntariado desde abril 2013 até a presente data.**

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em**

5399

ALCANCE
Clínica Médica e Enfermeiras em Geral

Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL (UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005).

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

GOIÂNIA, 25 de Agosto de 2019.

Leo Antonio de Almeida
Médico / Resp. Técnico
CRM-GO 15.615

Dr. LEO ANTONIO ALMEIDA
Diretor Geral

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
[illegible]-LEO ANTÔNIO DE ALMEIDA
Em testemunho da verdade.
GOIÂNIA-GO, 05 de Dezembro de 2019, às 14:30:45 horas.

MATHEUS LOPES FERREIRA - SUBOFICIAL E ESCREVENTE
Selo:00071912042801509460375

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Matheus Lopes Ferreira
Suboficial e Escrevente

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
NUA 115 - Nº 1493 - Qd. F-41 LT 102 / 104 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: (62) 3223-1914
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493051 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé Em Test da Verdade.Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019.cs49888C
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

5400

Clínica Revitale
A Solução para quem você Ama!
Especialistas em Tratamento de dependências químicas e comportamentais
Internações Involuntárias e Voluntárias
CNPJ: 17372032/0001-10
paredeusardrogas@gmail.com www.clinicarevitale.net

QUALIDADE MATRIX

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES**, inscrito no CPF sob o nº **048784278-25**, ***RG 130268-SSP/MS, domiciliado na Rua 55 nº 384 APT. 201/A, ED. FLAMBOYANT PARC bairro JARDIM GOIÁS, na cidade de GOIÂNIA CE:74810-230 Estado de GOIÁS, prestou serviços a CLINICA REVITALE LTDA***, inscrito no CNPJ sob nº 17.372.032/0001-10, situado na Rua ALAMEDA DAS FLORES , nº 100, Qd. D, Lt 03, , Setor VILLAGE CASA GRANDE – Goiânia/GO neste ato representada por sua **Diretor Geral**, LUIS GONZALO portadora da CI/RG Nº XXXe do CPF sob nºXXX, detém competências técnicas no **Gerenciamento Técnico e Operacional da clínica REVITALE - LTDA , áreas de assistência a saúde mental de usuários de álcool e outras drogas e, educação em saúde, no planejamento, elaboração, execução e coordenação de cursos e projetos de capacitação técnica de recursos humanos através do ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e educação em saúde e, apoio e a assistência técnica e administrativa da unidade de saúde .**

Registramos que prestou serviços no: **operacionalização dos projetos/ações estabelecidas pelos pela direção da clinica, contidos no Planejamento Estratégico 2012 a 20019; dos mecanismos de avaliação contínua dos programas, projetos e ações no âmbito da prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas; do controle, distribuição, avaliação e acompanhamento das vagas na clínica para acolhimento, tratamento e reinserção social de pessoas com dependência química; da Articulação nos equipamentos da rede de saúde mental e assistência social, pública e privada, para acolhimento de pessoas com dependência química; no Diagnostico desenvolvimento e divulgação de capacitações, ações e serviços destinados à prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação e re(inserção) social da pessoa em uso de álcool e outras drogas, bem como a orientação aos usuários e familiares sobre fluxo deste atendimento em todos os Municípios do Estado de Goiás; na Articulação, e apoio junto às Secretarias Estaduais e Entidades Autárquicas relacionadas o cumprimento das ações estabelecidas de prevenção, tratamento /acolhimento, repressão qualifica e reinserção social; participação em Ações atribuídas a politica de drogas do estado de Goiás; Sempre atuando na gerencia técnica e operacional de acolhimento, tratamento e reinserção de usuários de álcool e outras drogas . prestando serviço voluntariado desde janeiro de 2012 até a presente data.**

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1488 - Qd. F-41 LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-335
FONE: (62) 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493050 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Test° ____ da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs496887
Leonardo Silveira Araújo Escrevente

5401

Clínica Revitale
Especialistas em Tratamento de dependências químicas e comportamentais
Internações Involuntárias e Voluntárias
A Solução para quem você Ama!
CNPJ: 17372032/0001-10
paredeusardrogas@gmail.com www.clinicarevitale.net

QUALIDADE MATRIX

Que a referida profissional possui o título de formação universitária em: **Fisioterapia, Pedagogia e Direto (em formação), Especialização em Fisioterapia Neurológica - UnB (1999), Especialização Aperfeiçoamento em Gestão Dialógica e Comunicação para a Gestão Escolar- ENSP/Fiocruz (2012), Especialização em Processos Educacionais na Saúde- IEP/HSL (2014), Especialização em Micropolíticas de saúde – UFF (2015), Especialização em Gestão Hospitalar, UNINTER (2019, em andamento), Curso de Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas - PBL(UniEvangelica,2005), Mestrado em Educação pela pontifícia PUC/goiás (2002), Mestranda em Educação com Ênfase em Psicanálise - Universidade de Málaga (2006) e Doutorado em Doctor of Education - University of Cambridge (2005).**

Informamos ainda que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone sua capacidade técnica, até a presente data.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1458 - Qd. F-41 LT 152/154 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74055-335
FONE: (62) 3223-1614
01131912010471009463149 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura de LUIS GONZALO GOMEZ BARRETO. Dou fé Em Test° da Verdade.
Goiânia-GO, 05/12/2019 - 16:49:05 cs646783 *0026
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

GOIÂNIA, 25 de Agosto de 2019.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1458 - Qd. F-41 LT 152/154 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74055-335
FONE: (62) 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
01131912010562409493049 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé Em Test° da Verdade Goiânia-GO, 05 de dezembro de 2019 cs496897
Leonardo Silveira Araújo-Escrevente

Dr. Luis Gonzalo Gomez Barreto
CREMEGO 5679
Psiquiatra
Pós-Graduado em Dependência Química
UNIFESP

Luis Gonzalo Gómez Barreto - CRM 5679 – RQE 7691
Médico Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria / Associação Médica Brasileira
Pós-graduado em Dependência Química – Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP
Capacitação para Tratamento de canabinoides:
INTERCAN International Cannabis Academy - Instituto HealthMetrix
Coordenador técnico-clínico do Centro Estadual de Avaliação Terapêutica álcool e drogas - CEAT AD
Diretor Técnico da Clínica Revitale

Faculdade de Fisioterapia de Presidente Prudente

Presidente Prudente – Estado de São Paulo
Reconhecimento: Portaria n.º 254/84 – D.O.U. de 14/06/84

MEC - Universidade Federal de São Carlos
Registrado sob n.º 130997
por delegação de competência do Ministério da Educação e Cultura nos termos das portarias MEC/SESu n.º 29/79 e 31/80.
Reitoria 24 de 10 de 1985
Mario Tolentino
p/ Reitoria Delegação Port. GR. 057/79

O Diretor da Faculdade de Fisioterapia de Presidente Prudente, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Fisioterapia, em 21 de dezembro de 1984 confere o título de

Fisioterapeuta

a **Meire Incarnação Ribeiro**

RG n.º 130.268-MS nacionalidade: Brasileira

filha de **Arly Ribeiro** e de **Darci Panobianco Ribeiro**, nascida a 06 de setembro de 1963, natural de Mariluz, Estado do Paraná e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Presidente Prudente, 21 de dezembro de 1984.

Diretor
ALTAMIRO BELO GALINDO - RG. 3226768

Secretário
VERA LUCIA MOLINA MULLER - RG 6.190.900
SECRETÁRIA PRO-TEMPORE

Fisioterapeuta

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
051802051259084927791 - Consulte em
Thiago Mauricio de Souza Assis-Escrevente

Universidade Norte do Paraná

Estado do Paraná

UNOPAR

A Reitora da Universidade Norte do Paraná,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 04 de julho de 2009 do

Curso de Graduação em Pedagogia

e a sessão solene de colação de grau em 13 de agosto de 2009, confere o título de

Licenciado em Pedagogia a

Meire Incarnação Ribeiro Soares

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 06 de setembro de 1963, RG 130.268-MS, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Londrina, 17 de setembro de 2009.

Diplomada

Reitora

Chanceler

5404

PROADI-SUS SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

5405

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que



Meire Incarnação Ribeiro Soares

CPF nº 048.784.278-25 concluiu, conforme disposições do verso, o curso de **Pós-Graduação Lato Sensu – Especialização em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em facilitação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem**, no período de 01 de abril a 12 de dezembro de 2014.

São Paulo, 07 de agosto de 2015.

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Superintendente de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Profa. Dra. Valéria Vernaschi Lima
Coordenadora do Curso

Meire Incarnação Ribeiro Soares
Discente

Certificado de
Especialização

Universidade de Brasília
Diretoria de Administração Acadêmica

Certificamos que **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES** portador(a) do documento de identificação 130 268 SEP MS nascido(a) em 06 de setembro de 1963 nacionalidade brasileira natural do Estado do Paraná concluiu o curso de especialização EM FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA da UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, no período de 14 de abril de 1999 a 28 de abril de 2000 com duração de ///465/// (QUATROCENTAS E SESSENTA E CINCO) horas.

Brasília, 07 de março de 2001

Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

Certificado registrado sob o nº 314

no livro nº 008 folha nº 063

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
02061902061259004927789 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou fé. Em Test. da verdade. Goiânia-GO, 28 de abril de 2010, às 8:47:00.
Thiago Maurício de Souza Assis, Escrevente

5406

UNIVERSIDADE
Católica
DE GOIÁS

GABINETE DO REITOR-GR
Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010
Goiânia • Goiás • Brasil
Fone: (62)3227.1000 • Fax: (62)3227.1005
www.ucg.br • reitoria@ucg.br

RECONHECIMENTO DE TÍTULO

O Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação (Mestrado) da Universidade Católica de Goiás, reconhece o título de **CERTIFICADO-DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS,** da Senhora **MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES,** obtido na **UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA – ESPANHA,** equivalente ao título de **MESTRA EM EDUCAÇÃO** da **UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**. O reconhecimento foi feito com base na seguinte legislação: Artigo 48 Parágrafo 3º da Lei nº 9.394 de 20/12/1996; Resolução CNE/CES nº 01 de 03/04/2001 e nº 02 de 09/06/2005 e Ato Próprio Normativo nº 009/2006-CEPEA/UCG de 03/05/2006.

Goiânia, 06 de setembro de 2007.

Prof. Wolmir Therezio Amado
Reitor da Universidade Católica de Goiás

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
02051902051259094527798 - Consulte em
http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo
Confere com o original - Bro Fé Em Test de
Verdade Goiânia-GO, 26 de abril de 2019 às 16:07:09
Thiago Maurício de Souza Assis Escrevente

5407

5408

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

El Rector de la Universidad de Extremadura otorga este

CERTIFICADO-DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS

a

Dña. MEIRE INCARNAÇÂO RIBEIRO SOARES

por haber superado con la calificación de NOTABLE el día 22 de Noviembre de 2002 la evaluación de los conocimientos en los periodos de docencia e investigación que prevé el artículo 6 del Real Decreto 778/1998, de 30 de abril, correspondientes al Programa de Doctorado FORMACIÓN DEL DOCENTE UNIVERSITARIO del Departamento de INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, con las calificaciones de: Periodo de docencia, NOTABLE (7,43) y Periodo de investigación, APROBADO (6).

El interesado accedió a los estudios de tercer ciclo con título extranjero sin homologar en virtud de la Disposición Adicional Primera del señalado Real Decreto 778/1998.

Este documento certifica, al amparo del mencionado Real Decreto, el reconocimiento de los Estudios Avanzados realizados por el interesado en el área de conocimiento de DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR, y acredita su Suficiencia Investigadora.

Badajoz, 17 de Noviembre de 2004

La interesada

El Rector

Fdo: J. Francisco Duque Carrillo

Nº de Registro: 846



Cambridge International University

The Directors of the University
On the recommendation of the Academic Board and by
Virtue of the Authority in them vested have conferred on

Meire Incarnação Ribeiro Soares

Who has satisfactorily pursued the Studies and passed
the Examinations required therefore the Degree of

Doctor of Philosophy in Education, Ph.D.

Together with all rights and privileges pertaining to the award.
In witness whereof this degree is signed and affixed with
the Seal of this University.
Given this ten of July of the year two thousand seven

President

Dean



5409

5410

UNINTER
CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL

Certificado

O Reitor do Centro Universitário Internacional UNINTER, no uso de suas atribuições, confere o título de especialista a

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES

tendo em vista a conclusão do curso

GESTÃO HOSPITALAR,

ministrado em nível de Pós-Graduação *Lato sensu*, o qual cumpriu todas as disposições legais da Resolução em vigência. Para que o(a) acadêmico(a) possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o certificado de especialização.

Curitiba, 27 de Fevereiro de 2020.

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES
Especialista

BENHUR ETELBERTO GAIO
Reitor

CERTIFICADO

025033

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO
Nome: MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES **Matrícula:** 2862320 **CPF:** 04878427825

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO / CURSO
Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER | PAP GOIÂNIA (SETOR AEROPORTO) - GO
Ato de Credenciamento e Recredenciamento: Portaria n.º 688 de 25/05/2012 publicada no D.O.U. n.º 102 de 28/05/2012, seção 1, p.23.
Recredenciado pela Portaria n.º 1.219 de 26/10/2016 publicada no D.O.U. n.º 208 de 28/10/2016, seção 1, p.24
Curso: GESTÃO HOSPITALAR **Carga Horária Total do Curso:** 360 hs
Nível do Curso: Especialização *Lato sensu* **Área do Curso:** SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL
Início da Turma: 03/03/2019 **Término[1]:** 23/02/2020

REGULAMENTAÇÃO
Resolução em vigência:os cursos ministrados pela IES cumprem todas as disposições legais da Resolução do Conselho Nacional - CNE vigente na data de início da turma.
- *Turma iniciada até Março/2001: Resolução CES nº 03 de 05/10/1999*
- *Turma iniciada até Maio/2007: Resolução CNE/CES nº 01 de 03/04/2001*
- *Turma iniciada até Abril/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007*
- *Turma iniciada a partir de Maio/2018: Resolução CNE/CES nº 01 de 06/04/2018*

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Certificado registrado sob o n.º 1979176 no Livro Eletrônico de Registros da IES.
As assinaturas do Reitor no anverso e da Secretária Geral de Gestão Acadêmica no verso deste Certificado são mediante chancelas mecânicas registradas em Escritura Pública no 7º Tabelião/Pr - Volpi, no Livro 2044-N 108500, folhas 265 e 266
[1] Período correspondente ao início e conclusão de todas as disciplinas obrigatórias que compõem a grade curricular.

Curitiba, 27 de Fevereiro de 2020

SIMONE RAMOS DE OLIVEIRA
Secretária Geral de Gestão Acadêmica

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EXCLUSIVAMENTE PELA SECRETARIA GERAL DE GESTÃO ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER.
Reproduções indevidas deste documento são consideradas crimes que se enquadram no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07/12/1940) e sofrerão as penalidades previstas nos Art. 298, Art. 299, Art. 301, Art. 304 e Art 305 do Código Penal, passíveis de reclusão e multa.

5411

Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás – Dr. Albanir Faleiros Machado - Herso

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás – Dr. Albanir Faleiros Machado - Herso, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 13 de setembro de 2023

DECLARANTE: Meire Incarnação Ribeiro Soares

RG: 130.268 - SSJP-MS

CPF: 048.784.278-25

Assinatura:_____

5412

5413

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

O Reitor da Universidade de São Paulo,
no uso de suas atribuições,
confere a

RODRIGO DE SOUZA CASTRO

de nacionalidade brasileira,
portador da cédula de identidade
RG nº 4255975 GO,
nascido em 24 de setembro de 1983
e natural do Estado de Goiás,
o título de

MESTRE EM CIÊNCIAS

obtido em 06 de maio de 2020,
no Programa: Mestrado Profissional em Neurologia e Neurociências Clínicas,
Área de Concentração: Doenças Crônico-Degenerativas e Imuno-mediadas do Sistema Nervoso.
E, para que possa gozar de todos os direitos e
Ribeirão Preto, 09 de julho de 2020.

Reitor
Prof. Dr. Vahan Agopyan

Pró-Reitor de Pós-Graduação
Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Junior

Documento emitido às **11:20:08** horas do dia **20/07/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle: **TKDG-E1M1-SASF-UZGJ**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da Universidade de São Paulo http://uspdigital.usp.br/webdoc

5414

5415

Programa Reconhecido de acordo com o disposto na Portaria MEC nº 609 de 14/03/2019, DOU de 18/03/2019.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA GERAL
DIVISÃO DE REGISTROS ACADÊMICOS

Diploma registrado sob nº UPG040619
Processo nº 2020.5.211.17.5
Nos termos do artigo 48 da Lei 9394/96.
São Paulo, 13 de julho de 2020.

De acordo.

Prof. Dr. Pedro Vitoriano de Oliveira
Secretário Geral

Documento emitido às **11:20:08** horas do dia **20/07/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle: **TKDG-E1M1-SASF-UZGJ**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da Universidade de São Paulo

http://uspdigital.usp.br/webdoc

5416

ARIOSVALDO BEZERRA DE SOUSA:09356356882 Digitally signed by ARIOSVALDO BEZERRA DE SOUSA:09356356882 Date: 2020.07.20 11:19:44 BRT

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº-2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 – SES/GO Hospital Estadual de santa helena de Goias – Dr Albanir Faleiros machado - HERSO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goias – Dr Albanir Faleiros Machado - HERSO** , localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 27 de setembro de 2023

DECLARANTE: RODRIGO DE SOUZA CASTRO

CRM: 15108

Assinatura:_____

5418

5419



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

A REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, no uso de suas atribuições, tendo em vista a obtenção dos créditos regulamentares e a dissertação "DISTÚRBIO FONÉTICO: DISTORÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO?", apresentada em 29/01/02, confere o título de

MESTRE EM LETRAS E LINGÜÍSTICA

a

Lucila Stopa Fonseca dos Reis

brasileira, nascida a 29 de março de 1969 em **Araguari–Minas Gerais**, cédula de identidade nº 1830622-DGPC-GO. Para os efeitos legais, expede-se o presente diploma.

Goiânia, 20 de agosto de 2002

Profª Drª Milca Severino Pereira
Reitora

Lucila Stopa Fonseca dos Reis
Diplomada

5420

5421

Universidade Federal de Goiás
DRA-DAA

Título expedido conforme Resoluções nº 77/74 e 240/85 do Conselho Coordenador de Ensino e Pesquisa da UFG, e referendada pela Resolução nº 09/85 do Egrégio Conselho Universitário da UFG.

Curso recomendado pela CAPES/MEC com CONCEITO 3 e reconhecido de acordo com a Portaria Ministerial nº 1418 de 23/12/98 – DOU 24/12/98 e Portaria CAPES nº 13 de 01/09/2002 – DOU 08/04/2002.

Título: Mestre em Letras e Linguística

Área de Concentração: Estudos Linguísticos

Defesa da Dissertação : 9,5 (nove e meio) – Conceito A

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Título registrado sob o nº 591 Processo nº 007757/02-50

Em 20 de agosto de 2002

Chefe do SERD/DRA/DAA

Confere:
Diretora da Divisão de Registro Acadêmico

VISTO:
Diretor do Departamento de Assuntos Acadêmicos

004518

Scanned with CamScanner

5423

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P0016





Lucila Stoppa F. dos Reis

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1830622 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2018

NOME LUCILA STOPPA FONSECA DOS REIS

FILIAÇÃO GERALDO FONSECA

IVONETE STOPPA FONSECA

ARAGUARI - MG

NATURALIDADE

29/03/1969

DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM CERTIDÃO DE CASAMENTO 47687 B-240 FLS87 2 2N GOIÂNIA-GO EM 03/10/2018

CPF 507024911-87

5640407

Deusny Aparecido Silva Filho

ASSINATURA DO DIRETOR

4E424467

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

5424

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr Albanir Faleiros Machado - Herso

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr Albanir Faleiros Machado - Herso, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 12 de setembro de 2023

DECLARANTE: Lucila Stoppa Fonseca dos Reis

Assinatura:_____

Lucila Stoppa Fonseca dos Reis
Coordenação COREMU/USO

5426

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2400, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3187 0732
http://www.institutocem.org.br

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr Albanir Faleiros Machado - Herso

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr Albanir Faleiros Machado - Herso, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 12 de setembro de 2023

DECLARANTE: Lucila Stoppa Fonseca da Rei

Assinatura: _____

Lucila Stoppa Fonseca da Rei
Coordenação Gerência/CEO

6427


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS P0001

POLICIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7263479 1ª VIA 08/05/2018

LÚZIA DOS SANTOS OLIVEIRA

GENTIL LEONARDO DE OLIVEIRA

MARIA ODETE DOS SANTOS OLIVEIRA

GRANJA - CE 15/12/1980

CERTIDÃO DE NASCIMENTO 2029 A-4 FLS3 SANBAIBA-CE EM 30/04/1983

814734003-68

3623676

Deusny Aparecido Silva Filho

6B566130

ASSINATURA DO TITULAR

5428

5429

UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **017/2023** da sessão de Defesa de Dissertação de **LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA,** que confere o título de Mestra em **SAÚDE COLETIVA, no Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/IPTSP/UFG**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.**

Aos vinte e nove dias do mês de junho de dois mil e vinte três, a partir das **09h00**, via plataforma: **https://meet.google.com/vcn-gdfm-jqq**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada **"CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO ITINERANTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA, ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE TRIAGEM PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITES B E C."** Os trabalhos foram instalados por mim, **Prof. Dr. Marcos André de Matos (PPGSC/IPTSP/UFG)- orientador,** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: **Prof. Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista (PPGSC/IPTSP/UFG), Prof. Dr. Reinaldo Gutiérrez Barreiro (Universidad Surcolombiana), Profa. Dra. Cristina Aparecida Borges Pereira Laval (SES/GO).** Em seguida, fiz a apresentação formal dos membros da Banca e orientei a candidata sobre como utilizar o tempo durante a apresentação de seu trabalho. A palavra a seguir, foi concedida a autora da dissertação que, em 30 minutos procedeu à apresentação de seu trabalho. Terminada a apresentação, cada membro da Banca, utilizou o tempo de 20 minutos para argui a candidata, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, a Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada,** pelos seus membros, cumprindo todos os requisitos para fins de obtenção do título de **Mestra em Saúde Coletiva**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde,** pela Universidade Federal de Goiás.

Proclamados os resultados por mim **Marcos André de Matos**, Presidente da Banca Examinadora, em seguida foram encerrados os trabalhos e, para constar, Neuracy Moreira Andrade, secretaria do PPGSC/IPTSP/UFG, lavrou a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e nove dias do mês de junho de 2023.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS DE UM INSTRUMENTO DE TRIAGEM PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITES B E C PARA CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO ITINERANTE

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **Marcos André De Matos, Professor do Magistério Superior**, em 30/06/2023, às 08:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **Sandro Rogério Rodrigues Batista, Professor do Magistério Superior**, em 03/07/2023, às 15:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

5430

5431

Documento assinado eletronicamente por **Cristina Aparecida Borges Pereira Laval, Usuário Externo,** em 03/07/2023, às 15:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **reinaldo gutierrez barreiro, Usuário Externo,** em 06/07/2023, às 16:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3855461** e o código CRC **AB3F6465**.

Referência: Processo nº 23070.034668/2023-27 SEI nº 3855461

5432

5433

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2496, Quadra B 22, L. 4E,
Sala 26-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO,
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr Albanir Faleiros Machado - Herso

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr Albanir Faleiros Machado - Herso, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 12 de setembro de 2023

DECLARANTE: Lauzia dos Santos Oliveira

Assinatura: _____

5434

Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 2450, Quadra B 22, L. 48
Sala 24-A, Edifício New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia/GO.
CEP: 74.810-100 Tel: (62) 3157.0732
http://www.institutocem.org.br

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr Albanir Faleiros Machado - Herso

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os fins de direito, o interesse em compor a Gestão da unidade Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr Albanir Faleiros Machado - Herso, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás conforme Organograma descrito na Proposta De Trabalho apresentada pelo Instituto CEM, CNPJ nº12.053.184/0001-37, no Chamamento Público nº 04/2023.

Goiânia/GO, 12 de setembro de 2023

DECLARANTE: Luzia dos Santos Oliveira

Assinatura: _____

8435



HERSO

Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Dr. Albanir Faleiros Machado

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 04/2023.

INSTITUTO CEM

Santa Helena de Goiás -2023

ANEXO – PROPOSTA CONVÊNIO

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

5426

ANEXO VII – Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios.

5437

1 Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios

1.1 ENSINO E PESQUISA

As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

Em se tratando de unidade nova de saúde, o **INSTITUTO CEM** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **INSTITUTO CEM** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **INSTITUTO CEM**, que deverá solicitar Certificação como Hospital

de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

O **INSTITUTO CEM** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

O **INSTITUTO CEM** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

O **INSTITUTO CEM** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

O **INSTITUTO CEM** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 – SES- GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na unidade que não estiver cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas da SES.

O **INSTITUTO CEM** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

O **INSTITUTO CEM** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

O **INSTITUTO CEM** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

O **INSTITUTO CEM** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

O INSTITUTO CEM deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

11.13.2. O INSTITUTO CEM deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

11.13.3 Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o INSTITUTO CEM deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

O **INSTITUTO CEM** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

O **INSTITUTO CEM** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **INSTITUTO CEM**.

Caso haja mudança de INSTITUTO CEM, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

O INSTITUTO CEM, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado

de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **INSTITUTO CEM**.

A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

O **INSTITUTO CEM** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

11.20.1. O **INSTITUTO CEM** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

O **INSTITUTO CEM** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

Cabe ao **INSTITUTO CEM** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

Caso o **INSTITUTO CEM** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

O **INSTITUTO CEM** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

1.1.1 DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS** , são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

O Termo de Colaboração que regulamenta o ajuste entre o **INSTITUTO CEM** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

O **INSTITUTO CEM** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **INSTITUTO CEM**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa

finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

12.9.1 A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo;

O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

O valor a que se refere o item 12.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

0 .2 **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **INSTITUTO CEM**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 13.10, em razão da equidade.

As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

O **INSTITUTO CEM** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

12.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **INSTITUTO CEM** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

O **INSTITUTO CEM** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos programas de residência médica e coordenadores dos

Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

12.15.1. Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

1.1.2 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, as Resoluções das Matrizes de Competências, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO E

Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022).

O **INSTITUTO CEM** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

Quando cabível, competirá ao **INSTITUTO CEM** , por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para- professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de- competencias-aprovadas-pela-cnrm

As avaliações de que tratam o item 13.7 deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

13.11 O INSTITUTO CEM deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.

1.1.3 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRMS) E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (PRAPS)

A Instituição sob gerenciamento do **INSTITUTO CEM** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde(PRAPS) deverão ser executados em

conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

O **INSTITUTO CEM** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito

do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

14.10.1. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes;

O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir processo seletivo para o cargo de coordenador.

Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

O **INSTITUTO CEM** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

14.16.1 Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

14.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

1.1.4 DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da

SESG/SES/GO Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

Ocorrendo a situação descrita no item 15.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

5452

Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

15.7.1 Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

1.1.5 ESTÁGIOS CURRICULARES

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio de 2023, ou outras que venham substituí-las.

O **INSTITUTO CEM** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela

5453

Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de

estágio, que deve atender a proporção de 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

O **INSTITUTO CEM** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí- la.

1.1.6 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O **INSTITUTO CEM** deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG;

O **INSTITUTO CEM** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias;

A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta;

17.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente;

O **INSTITUTO CEM** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

2 Projeto de Ensino e Pesquisa no HERSO

A **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS**), instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País. Resultado de lutas e esforços promovidos pelos defensores do tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho em saúde, a PNEPS é uma conquista da sociedade brasileira.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas bases estruturadas na reforma sanitária, tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde brasileiras, ora fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde.

As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

Têm por premissa a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS e, no Estado de Goiás como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários. Desta forma o **INSTITUTO CEM** deverá constituir na Instituição HERSO sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, uma comissão especial de Educação Permanente e proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados à esta comissão. Também favorecerá que o Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) do HERSO, tenha sua estrutura física, documental e de Recursos humanos em total atendimento as exigências pertinentes a "qualificação hospitalar" do "Programa de Certificação

5456

de Hospitais de Ensino (HE)" em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015.

Em atendimento a Política de Educação Permante do Estado de Goiás, as unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás deverão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, programas de pós graduação (lato e stricto sensu), bem como campo de estágio curricular, profissional voluntário e profissionalizante, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO. Sendo assim, em atendimento a essa política o **INSTITUTO CEM** garantirá o pleno funcionamento do departamento de ensino e pesquisa, já existente e, complementará com serviços de apoio ao ensino, pesquisa e extensão através da criação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP), que tem como missão oportunizar a integração dos alunos (residentes, estagiários) preceptores, tutores, coordenadores e supervisores no que tange a ferramentas de facilitação didático pedagógica e metodológica, assim como, na integração dos alunos no processo de ensino aprendizagem, na inter-relação profissional e pessoal.

Manterá na equipe de organização de estágios, visitas técnicas profissionais voluntários um supervisor de ensino que manterá plena e constante o acompanhamento do desempenho do estágios e a observâncias as normas vigentes para execução do ato na unidade HERSO.

Proporcionará, direta ou indiretamente, através da SES/GO, cursos de qualificação profissional aos preceptores, tutores, coordenadores e supervisores de programas de residências na unidade, sempre em consonância com as demandas provenientes da comissão especial de Educação Permanente.

Da mesma forma essa comissão contemplará em seu corpo membros representantes do ensino e pesquisa e, também do RH (desenvolvimento recursos humanos) e setor da Qualidade, que levantarão as demandas de qualificação profissional do corpo da assistência, do ensino e pesquisa na unidade

com reuniões, trimestrais e ou semestrais, de onde partirão as deliberações de ações que poderão vir a atender a demanda solicitada dos setores da unidade assistencial Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado.

O **INSTITUTO CEM** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e Multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

O **INSTITUTO CEM** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas disponibilizando a estrutura necessária e colaborando com a coordenação dos programas de residências (médica, multiprofissional e em área especializada) a atualização de seus regimentos com finalidade de propor que os trabalhos de conclusão de curso possam proporcionar modalidades em formatos de artigos científicos e, assim, buscar indexação de revista própria da unidade hospitalar HERSO, com a garantia de relevância cientifica dos trabalhos desenvolvidos no campo prático do ensino das residências e do estágio da unidade. Da mesma forma o **ICEM** proporá que os melhores trabalhos possam ser fomentados, no quesito inscrição e custeio para apresentação dos respectivos trabalhos de pesquisa em congressos nacionais e internacionais.

O **PARCEIRO PUBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderá receber

sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **INSTITUTO CEM**.

A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científicas e como profissional em exercício na instituição. E será definida a escolha e classificação por comissão especifica para esse fim em observância ao contrato de gestão da SES/GO.

As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO. Cabendo o compromisso do **INSTITUTO CEM** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

Caso o **INSTITUTO CEM** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

Todo esse processo de ensino pesquisa ficará a cargo do **Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP**), composto pela *diretoria de ensino e pesquisa* em seu organograma terá as atribuições gerais de gerencia todo o processo relacionado do ensino (educação permanente, programas de residências, estágios curriculares e voluntários, capacitações e qualificações dos residentes e profissionais assistenciais da unidade, visitas técnicas e pesquisa científica e eventos científicos)

1.2. Dos Programas De Residência Médica E Multiprofissional e em Área Da Saúde

Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **INSTITUTO CEM** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

O **INSTITUTO CEM** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação

de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o PARCEIRO PÚBLICO e o INSTITUTO CEM, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

Programa De Residência Médica e Multiprofissional

1.2.1. DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Os programas desenvolvidos na unidade hospitalar HERSO, gerenciados por **INSTITUTO CEM** atenderá os requisitos dos Programas de Residência Médica definido pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se-á para as demais resoluções da CNRM vigentes.

O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O INSTITUTO CEM manterá, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um técnico executivo e um técnico administrativo em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar, diretamente, os residentes no programa. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

Quando cabível, competirá ao **INSTITUTO CEM**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG/GO, a substituição das bolsas, atualmente, pagas pela

SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específico para tal.

As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: (http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm)

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata à ACESSORIA das COREMES e ou das COREMES das unidades pretendidas a fim efetivar termo de cooperação técnica para esse fim e aprovação dos novos cenários propostos pela SESG.

2.1 REGIMENTO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - COREME/HERSO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE

5463

GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

PREÂMBULO

Este Regimento Interno encontra-se fundamentado na RESOLUÇÃO CNRM nº. 02, DE 3 DE JULHO DE 2013 (Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de residência médica) c/c Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011 , o qual foi devidamente REVISTO PARA ADEQUAÇÃO À NOVA ESTRUTURA DA COREME/HERSO 2020 (Revisão Aprovada na Reunião Ordinária da COREME/HERSO, realizada em 31 de julho de 2020 - Resolução COREME/HERSO 001/2020 c/c Portaria nº 469/2020-SES/GO).

TÍTULO 1

DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Residência Médica - COREME do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO, foi oficialmente instituída através da Portaria nº 004/1995, de 26 de novembro de 1995, estando subordinada à Diretoria Geral da Unidade e tem seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo denominado de Regimento Interno.

CAPÍTULO 1

DA DEFINIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO

DA DEFINIÇÃO

Artigo 1° - O Programa de Residência Médica - PRM, é instituído na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES - GO, na forma do Decreto nº. 3.960, de 06/04/93 e da Lei de Diretrizes e Base da Educação - LDB de 1998. A Comissão de Residência Médica Do Hospital de Urgências de Goiânia - COREME/HERSO é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e da

5464

Comissão Estadual de Residência Médica - GEREM, estabelecida em instituição de saúde pública estadu- al, que oferece programa de residência médica, sob a forma de cursos de especializa- ção, caracterizada por treinamento em serviço, mediante o cumprimento de programa e de serviço pré-determinado, com duração definida em regime de tempo integral, se- gundo normas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sob a orienta- ção de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, para plane- jar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica da institui-

ção e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011.

Parágrafo único. A COREME é o órgão responsável pela emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro no sistema de informação da CNRM.

OBJETIVOS

Artigo 2° - A Residência Médica do Hospital de Urgências De Goiânia - HERSO tem como objetivos:

1 - treinamento e aperfeiçoamento científico, técnico e profissional;

Ii - treinamento e aperfeiçoamento de atitudes e habilidades nas várias áreas do conhecimento médico;

Ili - qualificação e capacitação para o desempenho ético da profissão;

- promoção da melhoria da assistência à saúde em níveis primário, secundário e terciário, nas diversas áreas do conhecimento médico;

- estímulo às ações com caráter preventivo à assistência à saúde da população;

- estímulo à pesquisa e produção científica.

ORGANIZAÇÃO

Artigo 3° - No âmbito do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO, a regulação, co- ordenação e supervisão da Residência Médica é realizada pela Comissão de Residên- cia Médica - COREME, conforme as disposições destem Regimento Interno, que deve ser de conhecimento de todos os Médicos Residentes do HERSO e Preceptores, que disciplinam as atividades dos Programas de Residência Médica do HERSO.

Parágrafo único - A COREME é o órgão competente no HERSO para manter contato

com a Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás - CEREM/GO e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, no que aplicável.

Artigo 4° - Os Programas de Residência Médica (PRMs) do Hospital de Urgências de Goiânia compreendem programas em áreas básicas, de acordo com as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

§ 1°. As propostas de criação ou modificação de PRMs deverão ser encaminhadas à Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO, que após a análise e aprovação as encami- nhará à Diretoria Geral para ciência e apoio logístico.

ESTRUTURA DA COREME

Artigo 5º - A Comissão de Residência Médica do Hospital de Urgências de Goiânia terá sua secretaria instalada em espaço físico amplo e adequado, e contará com um

secretário (a) executivo (a) e, pelo menos, um (a) assistente administrativo (a) auxi- liar, além da provisão de materiais e insumos necessários e adequados ao seu regular funcionamento.

CAP ÍTULO Ii

DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 6º - A COREME é um colegiado de instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica - GEREM. Com a finalidade de planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011 c/c Resolução CNRM nº. 02, de 3 de Julho de 2013.

Parágrafo único. A COREME reger-se-á por meio desse regimento devidamente aprovado por seu Colegiado.

Art. 7° - A Comissão de Residência Médica do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado- COREME/HERSO, terá caráter deliberativo e será a responsável pela normatização, fiscalização, controle e administração geral das atividades desenvolvidas pertinentes a esta modalidade de ensino e adotará a sigla COREME.

Parágrafo Único - Para auxiliar no gerenciamento dos processos de fiscalização, controle e administração geral das atividades será criado um Sistema de Gerenciamento da Residência Médica (SGRM), organizado pelo 1° e 2° Secretários, eleitos para o cargo, o qual auxiliarão o Coordenado r Geral nas atividades que forem de sua competência. Será também instituído um Grupo Técnico-Científico composto de 08 (oito) membros, responsáveis pela constituição, coordenação e execução de eventos científicos promovidos na Unidade em parceria com a Coordenação do Departamento de Ensino e Pequisa da Instituição.

Art. 8° - A COREME será integrada, de forma paritária, por profissionais de reconhecida competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina, ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes e por representantes dos Médicos Residentes regularmente matriculados.

§ 1° - Os mandados do Coordenador e do Vice Coordenador têm a duração de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

§ 2° - O Médico Residente é inelegível para os cargos de Coordenador e do Vice Coordenador.

CAPÍTULO Ili

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA COREME

Artigo 9° - São competências do Colegiado da COREME do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO:

Zelar pelo cumprimento deste Regimento;

Estabelecer as reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME;

e) Reunir-se mensalmente, sempre na primeira semana do mês.

Planejar e deliberar sobre a criação de novos programas de residência médica na instituição, manifestando-se sobre a conveniência em fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas a serem oferecidas;

Planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica, buscando obter os meios de sua efetiva execução e verificar o seu desenvolvimento;

Promover intercambio com outros centros de residência médica;

Contribuir para o aprimoramento técnico-científicodos residentes;

Coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;

Analisar o número de vagas a ser oferecido por programa de Residência Médica no edital do processo seletivo;

Aprovar o edital do processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;

Avaliar e Aprovar periodicamente os programas de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia;

Dar parecer sobre pedidos de estágios médicos nas várias áreas, de acordo com as normas da CNRM;

Indicar à CNRM, ouvidos os Departamentos, o número de vagas pretendidas para cada período de Residência Médica de cada ano, incluindo, se necessário, novos credenciamentos;

Controlar a frequência dos Médicos Residentes, encaminhando relatório mensal à Superintendência de Administração e Finanças/SES.

Elaborar , revisar e aprovar periodicamente o seu regimento interno e regulamento;

Providenciar os pagamentos da bolsa de estudo respectivamente;

Comunicar à Diretoria do HERSO, as irregularidades no cumprimento dos Programas pelos departamentos;

Julgar as transgressões disciplinares dos Médicos Residentes, comunicando o fato à Diretoria e tomando as medidas regulamentares;

Elaborar relatório anual de suas atividades, incluindo prestação de contas;

Julgar e propor à Diretoria, soluções sobre casos omissos neste Regimento, a ela encaminhados;

Efetivar as matrículas dos residentes admitidos e promovidos;

Participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada;

Emitir certificados de conclusão de programa dos médicos residentes.

Analisar, e Julgar recursos promovidos em face dos programas de residências médicas vigentes.

CAPÍTULO IV

DAS REUNIÕES DO COLEGIADO DA COREME

Art. 10º - As reuniões ordinárias serão realizadas mensalmente, com periodicidade mínima bimestral, ou, extraordinariamente, a qualquer momento, com prévia divulgação da pauta da reunião e registro em ata (RESOLUÇÃO CNRM Nº 02, de 07 de Julho de 2005 e Resolução CNRM N° 02, de 03 de Julho de 2013).

§ 1° O calendário de reuniões ordinárias do próximo ano será divulgado amplamente, na última reunião do ano vigente.

§ 2° As convocações para as reuniões deverão ser realizadas com antecedência mínima de 3 dias úteis, para reuniões ordinárias, e de 24 horas, para as reuniões extraordinárias.

§ **3°** Qualquer membro **da** COREME poderá solici**tar** a realização de reuniões extraordinárias. Estas serão convocadas pelo Coordenador da COREME ou por solicitação da maioria dos membros do colegiado.

§ 4° Será instalada a sessão com a presença mínima de 20% **dos** membros da COREME.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO DA COREME

Artigo 11° - A COREME do **Hospital** de **Urgências** de Goiânia, é um órgão colegiado constituído por:;;

1 - Um Coordenador;

li - Um vice-coordenador;

Ili - 1° e 2° Se cretário;

- Coordenador Técnico-Científico (08 vagas);

- Um representante do corpo docente/supervisor por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM;

- Um representante da Diretoria da Instituição ;

- um representante dos médicos residentes por programa de residência médica.

Parágrafo único. Os grupos referidos nos incisos IV, V, VI e VII, indicarão suplentes à

COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

Artigo 12° - Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado, ou que não compareça a 3 reuniões segui- das ou no prazo de 1 (um) ano por mais de 4 vezes alternadas, sem justificativa legal;

Artigo 13° - Têm direito a voto, na COREME, os médicos Supervisores ou seus respectivos suplentes, os 1° e 2° Secretários, o Coordenador e o Vice-coordenador da COREME..

§ **1°** Votos a serem computados:

um voto para cada Supervisor ou seu suplente;

11- um voto do 1° Secretário e do 2° Secretário;

111- um voto do Coordenador da COREME e do Vice-coordenador.

§ 2°: As deliberações serão aprovadas por maioria simples dos votos dos membros presentes e, em caso de empate, prevalecerá o voto do Coordenador da COREME.

DO COORDENADOR DA COREME

Artigo 14° - O Coordenador da COREME é a autoridade superior em matéria adminis- trativa da Comissão de Residência Médica.

§ **1°** - O Coordenador deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO, e membro da COREME/HERSO, com experiência na supervisão de médicos residentes e domínio da legislação sobre residência médica, eleito através do sufrágio secreto. O resultado da Eleição deverá ser comunicado à Direção Geral da Unidade, para a elaboração da competente Portaria Institucional, constando os nomes dos novos membros, eleitos para exercer mandato de 02 (dois) anos à frente da Coordenação da COREME, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

§ 2° - O coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO.

Artigo 15° - Compete ao Coordenador da COREME:

Zelar pelo cumprimento deste Regimento;

Supervisionar , coordenar e orientar as atividades da Comissão de Residência Médica;

e) Convocar reuniões e presidi-las;

Encaminhar à instituição de saúde as decisões da COREME;

Coordenar o processo seletivo dos programas de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO;

Propor a realização de estudos e projetos de interesse da Residência Médic

Organizar internamente a Comissão de Residência Médica;

Coordenar a realização do exame para a admissão de Residentes, conforme as normas fixadas pela Comissão de Residência Médica;

Pronunciar-se decisivamente quanto aos assuntos específicos deste exame;

Baixar instruções para o bom andamento dos trabalhos;

Representar a COREME junto à GEREM; e

Encaminhar à GEREM, quando solicitado, informações atualizadas sobre os programas de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO.

m) propor medidas visando a melhoria das técnicas e métodos de seleção de candidatos à Residência Médica.

Parágrafo único. O contrato de trabalho do coordenador da COREME junto ao Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO deverá reservar um período de 50% de sua carga horária contratada para a realização das atribuições enumeradas neste artigo.

DO VICE-COORDENADOR

Artigo 16° - O vice-coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO, com experiên- cia em programas de residência médica.

Parágrafo único. O vice-coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de super- visores de programas de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO.

Artigo 17° - Compete ao Vice-coordenador da COREME:

Substituir o Coordenador em caso de ausência ou impedimentos; e

Auxiliar o Coordenador no exercício de suas atividades;

c) Estar presente nas reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME;

Substituir o Coordenador nas suas faltas ou impedimentos;

Participar com o Coordenador na supervisão dos programas e atividades dos residentes;

Auxiliar o Coordenador nas suas diversas atividades;

Cumprir e fazer cumprir este regimento.

Parágrafo único. O contrato de trabalho do vice-coordenador da COREME junto ao Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO deverá reservar um período de 50% de sua carga horária semanal contratada para a realização das atribuições enumeradas neste artigo.

DO 1° SECRETÁRIO e DO 2° SECRETÁRIO

Artigo 18° - O 1° Secretário da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO, com experiência em programas de residência médica.

Parágrafo único. O 1° Secretário da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia

- HERSO.

Artigo 19° - Compete ao 1° Secretário da COREME:

Sem prejuízo de suas atribuições, substituir o Vice Coordenador em todos os seus impedimentos e ausências superiores a 30 (trinta) dias;

Redigir ou mandar redigir e ler as Atas das Reuniões de Diretoria, fazendo o

mesmo quanto aos expedientes nas Reuniões de Diretoria, das Assembleias Gerais;

Acompanhar a guarda dos arquivos da COREME;

Dirigir e fiscalizar os trabalhos da Secretaria da COREME;

Executar outras funções e atividades que lhe forem atribuídas. Com funções especificamente delegadas pelo Coordenador e Vice da COREME, apresentando Relatório à Coordenação na primeira oportunidade que surgir;

Será substituído pelo 2° Secretário;

Artigo 20° - O 2° Secretário da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO, com experiência em pro- gramas de residência médica.

Parágrafo único. O 2° Secretário da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia

- HERSO.

Artigo 21D - Compete ao 2° Secretário da COREME:

Sem prejuízo de suas atribuições, substituir o 1° Secretário em seus impedimentos e ausências superiores a 30 (trinta) dias;

Auxiliar e colaborar com o 1° Secretário, executando medidas que lhe sejam atribuídas;

Com funções especificamente delegadas pelo Coordenador, representar a CO-REME em Eventos da Secretaria Estadual de Saúde e/ou da Comissão Estadual de Residência Médica - CEREM/GO, apresentando Relatório à Coordenação da COREME na primeira oportunidade que surgir;

DO REPRESENTANTE DO CORPO DOCENTE/SUPERVISOR

Artigo 22D - O Supervisor de Programa de Residência Médica será responsável pela gestão do programa e deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO.

Parágrafo único. O Supervisor será indicado pelo conjunto dos preceptores do programa de residência médica representado.

Artigo 23D - Compete ao representante do corpo docente/supervisor:

Elaborar anteprojeto da programação das atividades que deverá ser discutido e aprovado pela Comissão de Residência Médica - COREME;

Zelar pelo fiel cumprimento do Programa de Residência Médica - PRM, suas normas técnicas administrativas, disciplinares, organizando escala de atividades e férias do Médico Residente e Preceptores, compatibilizando as diversas atividades do Programa de Residência Médica - PRM e aplicando eventuais medidas disciplinares;

e) Promover a revisão e evolução contínua do programa de residência médica representado, de acordo com a legislação, as políticas de saúde, a ética médica, as evidências científicas e as necessidades sociais.

Avaliar com regularidade e continuidade os Médicos Residentes, apresentando relatórios trimestrais à COREME. Avaliar anualmente os preceptores e as diversas atividades do Programa de Residência Médica - PRM, apresentando conclusões à COREME;

Representar o programa de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO nas reuniões da COREME;

Auxiliar a COREME na condução do programa de residência médica que representa;

Mediar a relação entre o programa de residência médica e a COREME.

Participar, obrigatoriamente de todas as reuniões da COREME, e na impossibilidade de comparecimento, enviar um suplente para representá-lo (a).

Parágrafo único. O contrato de trabalho do representante do corpo docente/Supervisor junto do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO deverá reservar 20%, 30% ou 40% sua carga horária semanal contratada . a depender do número de residentes matriculados no programa, para a realização das atribuições enumera- das neste artigo.

DO PRECEPTOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Artigo 24º - O preceptor de programa de residência médica deverá ser médico espe- cialista, integrante do corpo docent do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO.

Parágrafo único. O preceptor do programa de residência médica será designado no projeto pedagógico do programa cadastrado no sistema da CNRM.

Artigo 25º - Compete ao Preceptor do Programa:

Fazer cumprir o Programa de Residência Médica na área de seu Departamento;

Coordenar, fiscalizar e orientar o grupo de Residentes do seu Departamento,

o cumprimento dos trabalhos desenvolvidos nas enfermarias, ambulatórios e

outros serviços, visando o aprimoramento técnico-profissional e ético.

e) Programar com os Residentes a organização das escalas da Residência Médica no Departamento (rodízio nos setores, férias e plantões);

Estimular e realizar planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos técnicos necessários a execução das atividades;

Colaborar com a programação e execução das atividades teóricas do Programa de Residência Médica - PRM;

Manter os chefes dos serviços do HERSO, informados das atividades desenvolvidas pelos médicos residentes;

Estabelecer a ligação entre o Departamento e a Comissão de Residência Médica;

Coordenar a elaboração da avaliação dos residentes de acordo com as normas

da CNRM;

Comunicar à Comissão de Residência Médica as transgressões disciplinares;

Iniciar os processos disciplinares;

Fornecer à Comissão de Residência Médica a escala de locais de desenvolvimento das atividades e a frequência dos Residentes.

Realizar outras atividades compatíveis com a função.

Participar das reuniões a que forem convocados pelo Representante do Corpo Docente/Supervisor do Programa de Residência Médica ou pela Comissão de Residência Médica - COREME, contribuir para o bom andamento dos programas, em harmonia com as normas técnicas, administrativas e disciplinares da COREME do HERSO;

Parágrafo único. O contrato de trabalho do representante do preceptor junto do Hos- pital de Urgências de Goiânia - HERSO deverá reservar um período de 20% de sua car- ga horária semanal contratada para a realização das atribuições enumeradas neste ar- tigo.

DO REPRESENTANTE DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 26° - O representante dos médicos residentes deverá estar regularmente matri- culado em programa de residência médica do Hospital de Urgências de Goiânia.

Artigo 27° - Compete ao representante dos médicos residentes:

Representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;

Auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica; e

e) Mediar a relação entre os médicos residentes e a COREME.

DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO

Artigo 28° - O representante da Instituição deverá ser médico integrante da diretoria da Unidade.

Artigo 29° - Compete ao representante da Instituição

Representar a Diretoria da Unidade nas reuniões da COREME;

Auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica; e

e) Mediar a relação entre a COREME e as demais Diretorias do Hospital.

DO GRUPO TÉCNICO-CIENTÍFICO

Artigo 30° - O Grupo Técnico-Científico será composto por até 08 membros eleitos pelos integrantes da Comissão de Residência Médica do HERSO, que serão alocados/distribuídos num dos dois grupos das áreas do conhecimento, a saber: AC1

- Área Clínica; AC2 - Área Cirúrgica.

§ 1° - Os membros do Grupo Técnico-Científico, preferencialmente deverão fazer parte do quadro de preceptores da COREME.

§ **2°** - Em caso de ausência ou impedimento legal de qualquer dos membros do Grupo Técnico-Científico,será indicado substituto nomeado pelo Coordenador da COREME, respeitando-se a composição original prevista no "caput" deste artigo.

§ **3°** - O Presidente do Comitê Técnico-Científico será o Coordenador da COREME.

cada Grupo da área do conhecimento deverá ser escolhido

entre os seus integrantes.

§ 5° - Os membros do Comitê Técnico-Científico que se ausentarem por duas reuniões consecutivas sem justificativa, serão automaticamente desligados do GTC.

CAPÍTULO VI

DA ESCOLHA E DO MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Artigo 31° - A eleição de coordenador e vice-coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos:

1 - A COREME, até trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;

li-As candidaturas deverão ser registradas até sete dias antes da eleição;

Ili -A eleição será presidida pelo coordenador da COREME e em sua falta por seu vice;

- Caso o coordenador da COREME seja candidato à eleição, um membro do corpo docente, não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

- A votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

-Em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade.

Parágrafo único. O médico residente é inelegível aos cargos de Coordenador e Vice- Coordenador da COREME.

Artigo 32° - Os mandatos do coordenador e do vice-coordenador têm duração de 02 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

§ **1°** - Terá direito de elegibilidade e voto, para Coordenador da COREME os atuais Supervisores de Programa, membros da COREME;

§ **2°** - Os preceptores, poderão votar para eleger o coordenador da COREME, mas não podem se candidatar para concorrer ao cargo.

§ **3°** - Os preceptores de cada programa de residência, serão indicados pelos supervisores, devendo seus nomes serem aprovados pelo Coordenador da COREME;

Artigo 33° - O representante do corpo docente/supervisor e seu suplente serão indi- cados pelos seus pares, dentro de cada programa de residência médica, para manda- to de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Artigo 34° - O representante dos médicos residentes de cada programa e seu suplen- te serão indicados pelos seus pares, para mandato de um ano, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

§ 1°- O representante dos médicos residentes e seu suplente deverá ser de anos diferentes, eleitos pelos médicos residentes, com mandato de (01) um ano, podendo haver recondução;

Artigo 35° - Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO DA COREME E ORGANIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Artigo 36° A COREME reger-se-á por meio de regimento interno e regulamento devi- damente aprovados pelo órgão.

Artigo 37ª A COREME do Hospital de Urgências de Goiânia - HERSO reunir-se-á, ordi- nariamente, com periodicidade mensal, ou extraordinariamente, a qualquer momento, mediante prévia divulgação da pauta da reunião e registro em ata.

Parágrafo único. Qualquer membro da COREME poderá solicitar a realização de reu- nião extraordinária.

Artigo 38° - A Residência Médica será mantida nos Programas aprovados pela Comis- são Estadual e Nacional de Residência Médica.

Artigo 39° - As programações das atividades e estudos dos Residentes caberão aos respectivos Supervisores dos Programas, desenvolvendo-se entre 1° de março a 28 de fevereiro os programas para cada estágio de Residência Médica deverão ser apre- sentados à Comissão de Residência até o dia 30 (trinta) de novembro de cada ano, bem como relação do,Pessoal docente designado em seu desenvolvimento.

Parágrafo único - O número de vagas e a programação aprovada, não serão altera- dos durante o período anual de vigência.

Artigo 40° - Os Programas terão duração, carga horária e distribuição de atividades

de conformidade com as normas recomendadas pela Comissão Nacional de Residên- cia Médica.

Parágrafo único - Os Residentes serão denominados R1,R2,R3, conforme o ano de treinamento em que se encontrarem.

Artigo 41° - Aos concluintes dos Programas, segundo as normas da Comissão Nacio- nal de Residência Médica, será conferido Certificado de Conclusão.

Artigo 42° - Aos Médicos que por qualquer motivo não concluírem a Residência Médi- ca prevista, será fornecida declaração dos estágios efetuados.

CAPÍTULO VIII

DA SECRETARIA DA COREME

Art. 43° - A Coordenação de Ensino e Pesquisa do HERSO designará um (a) secretário (a) executivo (a) e uma assistente administrativo auxiliar, para os serviços de secretaria da COREME.

Art. 44° - À secretária executiva da COREME compete:

1 - efetuar o serviço de secretaria da COREME;

li - supervisionar os serviços executados pelo auxiliar administrativo;

111- submeter ao Coordenador os assuntos em pauta;

encaminhar as convocações para as reuniões;

assistir as reuniões da COREME, gravando-as e lavrando as atas; **VI-** receber e lançar no sistema a frequência dos médicos Residentes; **VII-** cumprir o que for determinado pelo Coordenador e pelo colegiado.

- Zelar pelo acervo de documentos da COREME;

- Assessorar o Coordenador da COREME, em todas as fases de organização e realização do processo seletivo de residência médica;

- Assessorar o Coordenador da COREME e os Supervisores de PRM, nas organizações dos eventos científicos da COREME.

- Assessorar o Coordenador da COREME no acompanhamento das atualizações das grades curriculares dos programas, bem como dos pareceres e resoluções expedidos pela CNRM e demais legislações pertinentes;

- Assessorar o Coordenador da COREME, junto as demandas protocolizadas na secretaria.

- Assessorar o Coordenador da COREME nas demandas internas expedidas pela Direção do Hospital;

- Assessorar o Coordenador na elaboração, expedição e/ou publicação de planilhas de custo, planilhas de frequências de preceptores, planilhas de PRC para a SES/GO (gratificação de preceptoria), escalas de atividades internas de residentes e preceptores, escalas de ambulatórios.

- Promover o controle das escalas de acesso à sala de aula.

CAPÍTULO IX

DO PROCESSO SELETIVO

Artigo 45º - A seleção para preenchimento das vagas de todos os Programas de Residência médica do HERSO é anual e de acordo com as normas específicas estabelecidas em edital, publicado na imprensa, e em obediência ao prazo legal.

§ 1º O candidato deverá apresentar a documentação em conformidade com o estabelecido em edital.

§ 2º Todo o processo de seleção será de acordo com a legislação vigente.

Artigo 46º - Somente podem se candidatar aos Programas de Residência Médica desta Instituição, médicos formados no país, por instituições oficiais ou reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC), ou formados por instituições estrangeiras, cujos diplomas tenham sido revalidados, em consonância com a legislação em vigor, Resolução CNE nº 3 de 22/06/2016.

Parágrafo Único. Somente podem se candidatar aos PRM s, em especialidades com pré-requisito, os médicos que tiverem realizado o(s) pré-requisito(s) exigido(s) em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Artigo 47º - Os candidatos selecionados deverão efetivar a matrícula no prazo determinado pelo edital.

Parágrafo Único. O trancamento de matrícula no PRM só será possível nos casos

Comissão Nacional de Residência Médica.

CAPÍTULO X

DO INGRESSO, CONTRATAÇÃO E REGIME DOS MÉDICOS RESIDENTES

SEÇÃO 1 DA ADMISSÃO

Artigo 48º A seleção anual para o ingresso dos Médicos Residentes, em qualquer Programa/Área de atuação de Residência Médica, será organizada pela COREME através de Processo Seletivo Público, de acordo com critérios estabelecidos pelos Programas/Área de atuação, sempre em comunhão com as normas da Resolução CNRM n.º 04, de 23 de outubro de 2007.

Artigo 49° O Médico Residente deve cumprir o Programa de Residência Médica em regime de tempo integral e, após a conclusão, não adquire qualquer vínculo de nature- za empregatícia com os Hospitais de Urgências de Goiânia - HERSO, enquadrando-se apenas na qualidade de estudante de pós-graduação, bolsistas em conformidade com Lei n.º 6.932 de 7 de julho de 1981, que institui a Residência Médica no país e pelas Resoluções aplicáveis da CNRM.

Artigo 50° O Médico Residente admitido terá anotado no Contrato Padrão de Resi- dência Médica: qualidade de Médico Residente no programa/área de atuação, nome da Instituição, data de início, previsão de término da residência e valor da bolsa resi- dência paga pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em concurso com o Minis- tério da Saúde e Educação - MEC.

Artigo 51° Em casos de interrupção justificada do PRM, o Médico Residente deverá cumprir a carga horária necessária para completar o tempo previsto do Programa, sob pena de não ser emitido seu Certificado de conclusão do Programa.

Artigo 52° Fazem jus ao Certificado de Conclusão os Médicos Residentes que:

I - cumprirem carga horária integral;

Ii - apresentarem trabalho de conclusão, conforme definições do PRM no início do período da Residência, até o término do PRM;

Ili - obtiverem aprovação na Avaliação Final do treinamento e;

IV- satisfizerem as condições mínimas previstas neste Regimento Interno, consoante o previsto na Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981.

Artigo 53° O edital da seleção pública deverá obedecer às dis osições contidas na Re-

solução da CNRM nº. 02/2005, alterada pela Resolução nº. 04/2007/CNRM e, será en- caminhado pelo COREME da Unidade de Saúde responsável para a Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST/SUS),

que o submeterá à análi- se técnica e, após, o encaminhará para validação da Advocacia Setorial (AS) da SES- GO, e posteriormente para a homologação. O edital será publicado obrigatoriamente no Diário Oficial e, se necessário, em jornal de grande circulação do Estado, observa- do o prazo mínimo de 15 (quinze) dias antes da data de início da inscrição.

Artigo 54° O processo seletivo será coordenado pela COREME da Unidade de Saúde, conforme cronograma de aplicação por ela estabelecido, mediante supervisão e acom- panhamento da Assessoria Geral das Comissões de Residência Médica das Unidades da SES/GO e/ou por certame quando necessário.

SEÇÃO Ii

DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

Artigo 55° O candidato à vaga de Residência Médica deve apresentar no ato da ins- crição:

1 - Requerimento de inscrição à Comissão de Residência Médica da Unidade de Saúde, informando a especialidade pretendida e o nome da instituição de ensino em que concluiu o curso de medicina e, o ano de conclusão;

Ii - Carteira de registro em um Conselho Regional de Medicina;

Ili - Os médicos brasileiros, formados em outro país, deverão apresentar comprovante de inscrição em um Conselho Regional de Medicina, sendo exigido o diploma de graduação devidamente revalidado **ou processo de revalidação em andamento em Instituições Públicas Brasileiras** (Resoluções 1831 de 24/01/2008 e 1832 de 25/02/2008 do Conselho Federal de Medicina, Resolução 04 de 23 de outubro de 2007);

IV - Os médicos estrangeiros que concluíram o curso de graduação em Medicina em faculdades brasileiras, reconhecidas pelo MEC, deverão apresentar comprovante de inscrição em Conselho Regional de Medicina, sendo exigido o visto permanente no Brasil e diploma de graduação

5486

(Resoluções 1831 de 24/01/2008 e 1832 de 25/02/2008 do Conselho Federal de Medicina) e, deverão comprovar a proficiência em língua portuguesa nos

os da Resolução CFM nº. 1.620/2001;

- Os médicos estrangeiros que concluíram o curso de graduação em medicina em faculdades fora do Brasil deverão apresentar comprovante de inscrição em um Conselho Regional de Medicina, sendo exigido o visto permanente no Brasil, diploma de graduação, devidamente revalidado ou processo de revalidação em andamento em Instituições Públicas Brasileiras e certificado de proficiência da língua portuguesa, concedido por instituição oficial (Resoluções1831 de 24/01/2008, 1832 de 25/02/2008 e Resolução CFM nº. 1.620/2001 do Conselho Federal de Medicina);

- Procuração com firma reconhecida, no caso de impedimento da presença do candidato;

- Os candidatos que se inscreverem na condição de concluinte do curso de medicina deverão comprovar a data prevista para conclusão da graduação, data esta que não poderá ultrapassar a data da matrícula da Residência Médica, por meio de documento oficial, expedido pela Coordenação do Curso e, ainda, apresentar declaração da faculdade de medicina que comprove sua frequência regular no último período do curso de medicina (6° ano);

- 02 (duas) fotos 3X4 cm, de frente, tiradas e datadas no ano da inscrição;

- Comprovante do pagamento da taxa de inscrição ou comprovação de condição para isenção da mesma, de acordo com as normas da CNRM (Resolução CNRM nº. 07, de 20 de outubro de 2010);

- Cédula de Identidade (RG);

- CPF ativo.

Parágrafo único - Os fiscais que participam do Exame de Residência Médica, serão médicos e/ou servidores lotados na COREME, os quais poderão inscrever-se em data oportunamente marcada e amplamente divulgada pela Comissão de Residência Médi- ca.

CAPÍTULO XI

DA AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 56° - No decorrer da Residência Médica, os Residentes serão avaliados na for- ma definida no respectivo Programa, de acordo com a CNRM.

Artigo 57° - **As** avaliações deverão dar prioridade às atuações práticas dos Residen- tes, uma vez que a Residência Médica tem por finalidade básica o treinamento e a es- pecialização em serviço.

Artigo 58° - Periodicamente, os Residentes opinarão por escrito sobre a execução dos Programas cumpridos.

Artigo 59° Os Médicos Residentes, trimestralmente, terão avaliações com critérios te- óricos, práticos e ético disciplinares, cuja média anual inferior a 5 (cinco) implica em reprovação.

§ 1° - Os critérios de avaliação e pontuação dos Médicos Residentes serão definidos pelo respectivo PRM, seguindo as diretrizes do caput deste artigo e determinações da CNRM.

§ 2° - Compete à COREME, no caso de reprovação, julgar, em reunião extraordinária, em prazo máximo de 7 (sete) dias a contar da comunicação do Supervisor do PRM, se o Médico Residente reprovado será excluído do PRM ou repetirá novamente o ano do PRM. § 3° - A decisão do parágrafo anterior será encaminhada à CEREM e CNRM.

CAPÍTULO XII

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 60° São DEVERES dos Médicos Residentes:

1- Cumprir o rigoroso do Regimento da Comissão de Residência Médica - COREME/HERSO;

Ii - Obedecer às normas internas da instituição ou outra unidade hospitalar ou serviço onde estiver estagiando;

Ili - Cumprimento dos Regulamentos dos Departamentos, do Hospital de Urgências, e do Código de Ética Médica, exercendo a Residência médica em regime de 60 (sessenta) horas semanais;

- Assiduidade e pontualidade no cumprimento das atividades assistenciais ou teórico científicas previstas no respectivo Programa de Residência Médica ou decididos pela Comissão de Residência Médica - COREME;

- Dedicação às atividades e aplicação ao estudo, cumprindo integralmente a

carga horária;

- Execução do programa de trabalho proposto pelo Coordenador;

- Justificar junto à sua supervisão e/ou Comissão de Residência Médica - COREME eventuais faltas;

- Completar a carga horária total prevista, em caso de interrupção do Programa de Residência Médica por qualquer causa, justificada ou não.

- Eleger anualmente seus representantes junto à Comissão de Residência Médica - COREME.

- Asseio, pontualidade, frequência e bom desempenho no cumprimento dos planos de ensino e trabalho previstos nos PRM's;

- Comparecer a todas as reuniões convocadas pela COREME e preceptores dos programas a que são vinculados;

- Portar o crachá de identificação, de uso obrigatório, em local de fácil visibilidade;

- Entregar o Trabalho de Conclusão da Residência Médica, até a data de término do PRM;

- Dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;

- Cumprir as obrigações de rotina;

- Participar de todas as atividades previstas no regime didático-científico do PRM;

- Levar ao conhecimento das autoridades superiores, irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas na Unidade onde estiver lotado;

- Preencher corretamente o prontuário do paciente, carimbando e assinando todas suas anotações;

XIX- Providenciar residente no caso de falta ou impedimento, em qualquer de suas atividades, com comunicação o mais breve possível ao seu Preceptor e expressa autorização deste;

- Completar a carga horária total prevista, em caso de interrupção do PRM, por qualquer causa, justificada ou não;

- Eleger anualmente seus representantes junto à COREME.

XXII- Comparecer regularmente à COREME de origem para a devida assinatura de folha de frequência mensal e a cada rodízio externo obter sua

carta de encaminhamento, ficha de avaliação e folha de frequência para apresentar no primeiro dia de Rodízio na COREME de destino.

XXIII- Cortesia com os pacientes, funcionários, colegas, e supervisores;

XIV- Uso do uniforme e identificação em todas as atividades desenvolvidas nas diversas áreas de atuação.

XV - Seguir as orientações da Norma Regulamentadora 32 (segurança e saúde no trabalho em serviço de saúde, principalmente no que diz respeito à proibição do uso de adornos em ambiente hospitalar.

Artigo 61° - O médico residente deverá acompanhar o paciente interno de sua clínica, quando da realização de exames internos ou externos as instalações do HERSO, após a avaliação prévia da necessidade de acompanhamento médico por parte do Staf e/ou preceptor da clínica.

Artigo 62° São DIREITOS dos Médicos Residentes:

1 - o previsto na Lei n.° 6.932, de 7 de julho de 1981, da CNRM; **Ii** - o que consta nas Resoluções editadas pela CNRM do MEC; Ili - o que estabelece o CEREM/GO;

- as disposições do presente Regimento Interno;

- Receber bolsa de estudos mensal conforme definido pela legislação vigente;

- Possuir condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões;

- alimentação;

- Ter carga horária de atividade de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluindo um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão; e atividades teórico-práticas, sob forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, compreendendo um mínimo de 10% e um máximo de 20% do total;

- Ter folga pelo período mínimo de 6 horas, após período de plantão

noturno de 12 horas, logo após transferir a outro profissional médico, de igual competência, a responsabilidade pela continuidade da assistência médica.;

- Não realizar plantão de sobreaviso;

- Licenças:

Licença-paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, podendo esta ser prorrogada por 180 dias por solicitação da Médica Residente;

a.1) À Médica Residente será assegurada à continuidade da bolsa de estudos durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do Art. 7° da Lei n.º 6932, de 7 de julho de 1981.

Licença para casamento (licença gala), mediante apresentação da certidão de casamento, pelo período de 08 dias corridos;

e) Licença por falecimento de parentes de até segundo grau (licença nojo), mediante apresentação de atestado de óbito, pelo período de 08 dias corridos;

Licença para prestação de serviço militar pelo período de 01 ano;

Licença para realização do Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAS - pelo período de 01 ano;

Licença para tratamento de saúde mediante atestado médico;

§ **1o** O período máximo de licença permitido será de 01 ano. Independente da causa se o período ultrapassar a um ano o médico residente será automaticamente desligado do programa;

§ **2o** Independente do período e da causa do afastamento o médico residente deverá cumprir o mesmo período e as atividades perdidas no final do programa; O pagamento da bolsa será pago no período de reposição somente no caso de licença maternidade e nos casos de afastamento por motivo de doença pelo mesmo período em que a bolsa foi paga pelo INSS;

VIII- Fazer jus a 01 (um) dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de férias, por ano de atividade;

IX - Participar de congressos, estágios, cursos, seminários ou outras atividades de interesse científico e/ou representação de classe desde que submetida à análise do Supervisor e da Comissão de Residência Médica - COREME, e sem prejuízo para as atividades do Programa de Residência Médica;

X - Avaliar anualmente o corpo docente e a Residência Médica como um todo em reuniões regulares coordenadas pelos seus representantes e apresentar as conclusões à supervisão e à Comissão de Residência Médica - COREME;

Artigo 63° É VEDADO AO MÉDICO RESIDENTES

1 - Ausentar-se do HERSO durante o período de trabalho sem prévia autorização, por escrito, do Supervisor de seu PRM;

Ii - Delegar a outrem responsabilidades suas previstas no PRM;

Ili - Exercer atividade profissional remunerada dentro do HERSO, a qualquer título;

- Retirar, sem prévia anuência da Chefia competente, qualquer objeto ou documento do HERSO;

- Tomar medidas administrativas sem autorização por escrito de seus superiores.

VI- Não comparecimento às convocações da COREME ou não cumprimento da entrega de documentos quando solicitado pela secretaria da COREME/HERSO.

VII - Exercer atividade laboral na Unidade onde cumpre sua residência, por meio de contrato de trabalho, sempre que este conflitar com as atividades da residência médica.

CAPÍTULO XIII

DA INTERRUPÇÃO DO PROGRAMA

Artigo 64° -A partir do 8° mês de gravidez poderá a Médica Residente solicitar licença de suas atividades, pelo prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo da percepção da Bolsa.

Artigo 65° - Os Departamentos deverão alterar a distribuição de atividades a fim de permitir à Médica Residente, quando do término da licença gestante, imediata reas- sunção ao Programa.

Artigo 66° - Poderá, ainda, ocorrer interrupção do Programa:

I. Por motivo de doença.

Ii. A pedido do Bolsista (particular).

§ 1° -A interrupção a pedido do residente (particular) será de no máximo 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado, aprovado pela Comissão de Residência e referendado pela Comissão da SES. Nessa situação a bolsa será suspensa, devendo ser retomado o pagamento por ocasião da reposição dos dias de afastamento.

§ 2° - Tratando-se de interrupção para tratamento de saúde, na forma do inciso 1, desse artigo, a bolsa será assegurada por no máximo 120 (cento e vinte) dias de afastamento.

§ 3° - O retorno do Residente ao Programa deverá ser requerido na Comissão de Residência Médica, cabendo à área designar o período do ano em que a complementação da carga horária poderá ocorrer.

§ 4° - Exceto por r:notivo de doença , o Programa poderá ser interrompido uma úni- ca vez, respeitando-se o limite de 60 (sessenta) dias.

§ 5° - Caso seja necessário um período de afastamento superior a 30 (trinta) dias, este deverá ser devidamente justificado, aprovado pelos Preceptores e referendado pela Comissão da SES. Nessa situação o médico residente terá direito a matricular-se no ano seguinte, no mesmo nível, se houver disponibilidade de va-

gas credenciadas pela CNRM e obedecendo o número de bolsas fixado pela SES. Caso não efetue a matrícula até 31 de janeiro do ano seguinte à interrup- ção, será automaticamente desligado do Programa de Residência Médica.

§ **6°** - O Residente poderá participar de Congressos, Jornadas e outros cursos de atualização desde que julgado conveniente pelo seu Coordenador.

CAPÍTULO XVI

DO REGIME DISCIPLINAR

Artigo 67° - As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo Preceptor, ouvido o Conselho do Departamento, à Comissão de Residência Médica que proporá, após averiguações, as penalidades abaixo, em ordem crescente de gravidade.

Artigo 68° - O Regime disciplinar da Residência Médica compreende:

1 -Advertência Verbal; **li** - Advertência Escrita; Ili - Suspensã o;

IV - Exclusão.

§ **1°** - A definição das penalidades a serem aplicadas é de competência da Comissão de Residência Médica - COREME, sempre registradas em ata podendo a advertência verbal ser aplicada pelo Supervisor do Programa, reservando-se a aplicação das medidas mais rigorosas mencionadas nos inciso li, Ili e IV, do "Caput" deste artigo à Comissão de Residência Médica - COREME.

§ **2°** - Faltas de caráter administrativo deverão ser encaminhadas aos Supervisores dos Programas de Residência Médica, ou à Comissão de Residência Médica - COREME para as providências cabíveis.

§ **3°** - Todo processo disciplinar deverá obedecer ao princípio da ampla defesa, podendo o médico residente recorrer junto à Comissão de Residência Médica - COREME ou em caráter excepcional a Comissão Estadual de Residência Médica.

Artigo 69° A aplicação das penalidades, dependerá da gravidade e/ou reincidência da falta cometida, podendo não ser seguida a ordem acima.

Artigo 70° As advertências verbais, nos casos de indisciplina,insubordinação ou negli- gência, desde que reconhecida sua mínima gravidade, serão feitas pelo Supervisor de Programa de Residência Médica.

Artigo 71° As advertências escritas, nos casos de reincidência nas hipóteses mencio- nadas no artigo anterior, desde que reconhecida sua gravidade moderada, serão feitas pelo Supervisor do Programa de Residência Médica e comunicadas à COREME.

Artigo 72° A suspensão será aplicada ao Médico Residente nos casos de reincidência de falta já punida com advertência escrita e todas as vezes que a transgressão disci- plinar se revestir de maior gravidade.

Parágrafo único - A sanção de suspensão será aplicada após julgamento realizado em reunião da COREME.

Artigo 73° A exclusão, nos casos em que o médico residente demonstrou ter praticado falta gravíssima, será aplicada exclusivamente pela COREME e notificações serão en- caminhadas à Comissão Estadual e Nacional de Residência Médica.

Parágrafo único - A sanção de exclusão será aplicada, exclusivamente, pela CORE- ME, após julgamento realizado em reunião extraordinária convocada para este pro- pósito apenas.

Artigo 74° Todas as penalidades deverão ser comunicadas à COREME, num prazo de 1O (dez) dias, a fim de serem registradas na Ficha Individual do Médico Residente,

bem como transcrita na Avaliação do mesmo.

Artigo 75° As transgressões disciplinares que impliquem nas sanções de Suspensão e Exclusão são comunicadas à COREME pelo Supervisor do Programa

que providen- cia a instauração de processo para apurar possíveis irregularidades.

§ 1° - Iniciado o Processo, o Coordenador da COREME abre prazo de 05 (cinco) dias para a defesa do Médico Residente, sendo designado um dos Supervisores de PRM para relatar o processo.

§ 2° - O Médico Residente ficará suspenso de suas atividades do PRM, durante o transcorrer do processo até a conclusão, quando a Comissão de apuração entender pela conveniência e oportunidade do mesmo.

§ 3° - Em qualquer situação, fica assegurado amplo direito de defesa e contraditório ao Médico Residente, inclusive assegurado o direito de constituir defensor.

§ 4° - É concedida ao Médico Residente vistas ao processo em qualquer uma de suas fases.

§ **5°** - As denúncias de transgressões aos regulamentos internos e à legislação em vigor serão analisadas pela COREME/HERSO, sob a supervisão da GEREM/GO e, constatada a veracidade dos fatos, após o fim do processo de sindicância, o parecer da COREME/HERSO será remetido à Plenária da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM/MEC, para a devida análise e julgamento final do caso por parte do seu Conselho Deliberativo da Comissão Nacional, que promoverá a decisão final.

CAPÍTULO XV

DAS DISPOSIÇÕES PEDAGÓGICAS

Artigo 76° O Corpo Clínico do HERSO participará do ensino da Residência Médica.

Ártigo 77° Os Preceptores atenderão, em acompanhamento aos os Médicos Residen- tes e como os demais membros do Corpo Clínico, os pacientes que lhe forem atribuí- dos.

Artigo 78° Os pacientes dos demais membros do Corpo Clínico poderão ser atendidos pelos Médicos Residentes em comum acordo com os Médicos Assistentes.

CAPÍTULO XVI DOS PROGRAMAS

Artigo 79° - Com objetivo de complementar, se necessário, o programa de treinamen to dos médicos residentes, a COREME e a Diretoria Geral da Unidade, poderá realizar convênios com outras Instituições, observado as normas exigidas pela CNRM.

Artigo 80° - Os Programas devidamente organizados pelos Departamentos, serão en- caminhados à Comissão de Residência Médica e, após a apreciação, à Comissão Na- cional de Residência Médica para credenciamento.

Artigo 81° - Os programas referidos no artigo anterior deverão mencionar, obrigatoria- mente:

Termo de duração de Residência Médica;

Número de vagas pretendidas;

Facilidades didáticas e materiais de que dispõe o Departamento para o seu desenvolvimento, incluso o acervo da biblioteca e/ou convênios;

Distribuição das atividades a serem cumpridas durante o período de Residência, especificando seu tipo e carga horária, respeitando a legislaçãÓ em vigor;

Programação de reuniões, cursos e seminários;

Relação dos Preceptores (Titular e Suplente) e demais, com as respectivas carga horária e qualificação profissional;

Média mensal de atendimento ambulatorial;

Número de leitos e média mensal de internações;

Média mensal de Cirurgias (para áreas cirúrgicas).

CAPÍTULO XVII

DOS CONVÊNIOS COM UNIVERSIDADES E INSTITUIÇÕES DE ENSINO E ESTÁGIOS EM OUTRAS INSTITUIÇÕES

Artigo 82º - A COREME do HERSO; mantém convênio e termos de cooperação com as todas as Instituições da Rede SEST/SUS/GO, OVG (HGG, HC/UFG, HDT, HMI, CRER, HERSOL, HUTRIN), como também com várias Instituições Filantrópicas (Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Araújo Jorge (ACCG), Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Hospital Santa Genoveva), bem como Instituições ligadas à Rede Pública Municipal de Saúde(CAIS, CIAMS,CRASPI), Instituições particulares (Instituto Neurológico, PAX CLÍNICA PSIQUIÁTRICA, Clínica da Imagem, Hospital de Dermato-

logia Sanitária e Reabilitação Santa Marta (HDS), Instituições de outros estados (Hos- pital Federal de Bom Sucesso - HFB, Hospital AC Camargo, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público do Estado de São Paulo - IAMSPE) favorecendo o inter- câmbio entre as Residências das mesmas PARA OS PROGRAMAS ONDE SÃO REA- LIZADOS ESTÁGIOS FORA DA INSTITUIÇÃO.

CAPÍTULO XVIII

DA PROMOÇÃO E DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADOS

Artigo 83º - A promoção do Residente dar-se-á em decorrência das avaliações reali- zadas pelos Preceptores e Supervisor do Programa.

Parágrafo Único - A exclusão se dará em caso de reprovação.

Artigo 84º - Até o dia 15 de dezembro os Supervisores encaminharão à Comissão de Residência Médica da Unidade o resultado das avaliações dos Residentes que con- cluirão o período para fins de promoção ao ano seguinte ou expedição de Certificados. **Artigo 85º** - Os médicos terão direito a um Certificado quando completarem o Progra- ma de Residência Médica.

Parágrafo único - O certificado será registrado em livro próprio na Comissão de Resi-

dência Médica e Comissão Nacional de Residência Médica.

CAPÍTULO XIX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 86º - Os programas de residência médica será mantido pela arrecadação finan- ceira advinda do recebimento do pagamento das inscrições e doações diversas.

Artigo 87° - O presente Regimento entra em vigor na presente data de 18 de outubro de 2020 e ficará vigente até o dia 04 de abril de 2023, ficando revogadas as disposi- ções anteriores contrárias a este.

Artigo 88º - Em situações não previstas neste Regimento, o Coordenador da Comis

são de Residência Médica deverá convocar os Preceptores Coordenadores, o Chef do(s) Departamento(s) envolvido(s) e se necessário a Diretoria Geral ou Técnica do HERSO.

Artigo 89º - Este Regimento poderá ser modificado mediante encaminhamento prévio

de sugestões para a COREME/HERSO.

Artigo 90° Este Regulamento respeita a legislação específica sobre Residência Médi- ca e portarias e pareceres da CNRM. Em caso de contrariar as normatizações referi- das acima, sempre prevalecerá a legislação da CNRM.

Artigo 91° Os casos omissos serão julgados pela COREME que poderá dar decisão terminativa ou solicitar avaliação da CEREM/GO e Parecer final da Comissão Nacional de Residência Médica.

Paragrafo Único. Este regulamento foi aprovado em reunião da COREME realizada no dia 02 de março de 2020.

EXEMPLO DE FOLHA DE PONTO - PRECEPTORIA

FOLHA DE PONTO – PRECEPTOR DO PRM
CARDIOLOGIA

NOME:					PRONTUÁRIO: SES/GO	**HUGO**	
ORIGEM / VINCULO: SES/GO			**LOTAÇÃO: COREME**				
FUNÇÃO: MEDICO CARDIOLOGISTA				Admissão:		REFERÊNCIA: MAIO/2022	
HORÁRIO DE TRABALHO: 20 HS SEMANAIS				**HORÁRIO DE INTERVALO: 1 H QDO PLANTAO**			
DIA	**ENTRADA**		**SAÍDA**		**ENTRADA**		**SAÍDA**	
	Hora	Assinatura	Hora	Assinatura	Hora	Assinatura	Hora	Assinatura
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

ASSINATURA DO SERVIDOR

DATA

RUBRICA DA CHEFIA

5501

1.2.2. DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREAS PROFISSIONAL DE SAÚDE

A Instituição sob gerenciamento do **INSTITUTO CEM** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

O **INSTITUTO CEM** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

A **COREMU** é a estrutura administrativa e executora, específico por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor técnico executivo e um administrativo.

As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

O **Coordenador da COREMU** local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do

Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científicas e como profissional em exercício na instituição.

Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também

01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específico para esta categoria.

O **INSTITUTO CEM** manterá em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

O **INSTITUTO CEM** manterá, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

1.2.2.1. DO REGIMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

2.2 Regimento Interno Da Comissão De Residência Multiprofissional Do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 1º Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinados às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos na modalidade multiprofissional e 3 (três) anos na modalidade uniprofissional. Funcionam em regime de dedicação exclusiva.

Art. 2º Todos os PRAPS do HERSO (nas modalidades multiprofissional ou uniprofissional) se organizam conforme a legislação nacional e as diretrizes do Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS) e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), propostas em resoluções e outros documentos legais, que regem a Residência em Área Profissional da Saúde.

CAPÍTULO II

DA COREMU

Art.3º Para distinguir as três instâncias que são designadas pelo nome COREMU, neste documento as mesmas passarão a ser denominadas por:

a) Colegiado da COREMU: comissão composta pelos vários membros representantes dos PRAPS, das instituições executora e formadora, que tem caráter deliberativo;

b) COREMU/HERSO: estrutura administrativa e executora, específica por programa e unidade assistencial;

c) Núcleo de Residências em Área Profissional da Saúde: estrutura administrativa que responde pela coordenação geral de todos os programas de residência no âmbito da SES-GO, subordinada à Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG). É também denominada COREMU/SESG.

Art. 4º A instituição formadora, em parceria com as instituições executoras dos PRAPS da SES- GO constituem e implementam uma única Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO, doravante denominada Colegiado da COREMU.

Art. 5º Conforme o Artigo 3º da Resolução CNRMS/MEC nº 1, de 21/07/2015, a COREMU constituirá um colegiado e contará, necessariamente, entre seus membros, com:

a) Um coordenador e um vice-coordenador, que responderão pela Comissão, escolhidos dentre os membros do corpo docente-assistencial dos PRAPS e da instituição proponente;

b) Os coordenadores de todos os PRAPS das instituições proponentes, assim como seus eventuais substitutos;

c) Representante e suplente de Profissionais de Saúde Residentes de cada PRAPS, escolhidos entre seus pares;

d) Representante e suplente de tutores de cada PRAPS, escolhidos entre seus pares;

e) Representante e suplente de preceptores de cada PRAPS, escolhidos entre seus pares;

f) Representante do gestor local de saúde.

§ 1º Os membros eleitos desta Comissão, exceto os profissionais de saúde residentes, terão mandato de 02 (dois) anos podendo haver duas reconduções.

§ 2º Os profissionais de saúde residentes elegerão, minimamente, a cada ano, 01 (um) representante e respectivo suplente. A data do pleito será em abril e realizar-se-á na presença do coordenador do programa. A eleição será registrada em ata com a assinatura de todos os presentes. O representante e suplente podem ser reconduzidos.

a) É vedada a candidatura ou recondução como representante, junto ao Colegiado da COREMU, àquele profissional de saúde residente que apresentar sanção disciplinar.

§ 3º As demais representações, em caso de ausência nas reuniões, poderão indicar um substituto sem direito a voto. O nome deverá ser encaminhado por escrito ao Núcleo de Residências antes do início da reunião.

§ 4º O membro que faltar a três reuniões consecutivas, sem justificativa de ausência, será excluído da Comissão.

Art. 6º O Núcleo de Residências/COREMU/SESG é o órgão competente para manter os entendimentos com a CNRMS por meio de sua equipe técnica.

Art. 7º A SESG indicará 03 (três) candidatos, que fazem parte do corpo docente-assistencial da residência, e o Colegiado da COREMU elegerá dentre eles o coordenador e vice-coordenador, encaminhando os respectivos nomes para homologação da SESG.

§ 1º O vice-coordenador substituirá o coordenador em suas ausências e impedimentos.

§ 2º O mandato do coordenador e do vice-coordenador é de 02 (dois) anos podendo haver duas reconduções.

Art. 8º O Colegiado da COREMU reunir-se-á bimensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, por meio de convocação por correio eletrônico do coordenador, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 1º A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário pré-estabelecido, com a presença de 50% (cinquenta por cento) de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o *quorum* presente.

§ 2º As decisões serão tomadas em reunião do Colegiado da COREMU em votação pelo sistema de maioria simples com o *quorum* presente. O coordenador terá direito a voto de Minerva.

§ 3º Será redigida ata correspondente a cada reunião, sendo apresentada e aprovada na reunião seguinte.

Art. 9º São atribuições da COREMU/SESG :

I. Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamentos de todos os PRAPS da instituição executora;

II. Acompanhamento e avaliação de desempenho dos discentes;

III. Definição de diretrizes, elaboração de editais e acompanhamento do processo seletivo de candidatos;

IV. Fazer cumprir este Regimento;

V. Zelar pela manutenção do padrão dos PRAPS da SES-GO;

VI. Rever periodicamente os Projetos Político-Pedagógicos (PPP) dos PRAPS, a fim de apreciar ajustes nos Programas de Residência existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novos eixos temáticos, sugerindo modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais;

VII. Solicitar credenciamento e recredenciamento de programas junto à CNRMS;

VIII. Envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos PRAPS da SES-GO.

IX. Emitir declarações para os profissionais de saúde residentes, preceptores e tutores dos PRAPS da SES-GO mediante solicitação formal das COREMU's locais.

CAPITULO III

DOS PAREPS

Art. 10° Cada PRAPS da SES-GO constituirá uma estrutura interna de funcionamento na Unidade Assistencial que sedia o Programa, que deverá ser encaminhada ao Núcleo de Residências para aprovação. Esta estrutura corresponde à COREMU Local e obedecerá à

seguinte composição: Coordenador do Programa, Vice-coordenador, Tutores, Preceptores e Profissionais de Saúde Residentes.

SEÇÃO I

DA COORDENAÇÃO E VICE-COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

Art. 11° A função do Coordenador e do Vice-coordenador do PRAPS do HERSO deverá ser exercida por profissional com titulação mínima de mestre, com experiência profissional de no mínimo três anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde, eleito entre os pares da instituição que compõem as áreas afins da residência, sendo informado ao Núcleo de Residências para ciência, aprovação e encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

Parágrafo único. Quando da vacância do cargo de Coordenador e Vice-coordenador do PRAPS o substituto deverá ser eleito, por seus pares, entre os membros do corpo docente assistencial do PRAPS.

Art. 12° Ao Coordenador do programa compete:

I. Fazer cumprir as determinações das instâncias deliberativas: CNRMS, SES-GO e Colegiado da COREMU;

II. Garantir a implementação do programa;

III. Coordenar o processo de autoavaliação do programa;

IV. Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do PPP junto ao Núcleo de Residências;

V. Constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo- os à aprovação pelo Núcleo de Residências;

VI. Mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;

VII. Promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;

VIII. Fomentar a participação dos profissionais de saúde residentes, tutores e

preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

IX. Contribuir com a articulação das Políticas Nacionais de Educação e de Saúde com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do seu Estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES);

X. Responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e ao Núcleo de Residências, a qual reportará à CNRMS.

SEÇÃO II DOS
TUTORES

Art. 13° A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e profissionais de saúde residentes, estruturada nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos, preferencialmente servidor efetivo da SES-GO.

§ 1º A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e profissionais de saúde residentes.

§ 2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e profissionais de saúde residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

§ 3º A seleção dos tutores deverá ser realizada por uma Comissão de Seleção composta pelo Coordenador do Programa, 01 (um) representante da COREMU/HERSO e 01 (um) representante indicado pelo Diretor Técnico. Compete à COREMU/SESG a aprovação final da seleção.

Art. 14° É de competência do Tutor:

I. Representar a área profissional junto à Coordenação do Programa;

II. Promover a gestão necessária para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;

III. Coordenar as atividades de seus preceptores;

IV. Executar e orientar o desenvolvimento de atividades teóricas, práticas e teórico-práticas;

V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;

VI. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PPP do programa;

VII. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PPP;

VIII. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IX. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e profissionais de saúde residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

X. Articular a integração dos preceptores e profissionais de saúde residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

XI. Participar do processo de avaliação dos preceptores e profissionais de saúde residentes;

XII. Participar da avaliação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

XIII. Orientar e avaliar os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), conforme as regras estabelecidas no Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação de TCR;

XIV. Selecionar o quadro de preceptores;

XV. Aplicar medidas disciplinares cabíveis quando ocorrer situações de descumprimento dos deveres por parte do profissional de saúde residente.

SEÇÃO III

DOS PRECEPTORES

Art. 15° A função de preceptor caracteriza-se por supervisão das atividades práticas realizadas pelos profissionais de saúde residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa (atua como intermediador entre a equipe local e os residentes), exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

§ 1º O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

§ 2º A supervisão de preceptor da mesma área profissional, mencionada no parágrafo primeiro, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras.

§ 3ºA seleção dos preceptores deverá ser realizada por uma Comissão composta pelo Coordenador do Programa, 01 (um) representante da COREMU/HERSO e 01 (um) representante indicado pelo Diretor Técnico. Compete à COREMU/SESG a aprovação final da seleção.

Art. 16 ° É de competência do Preceptor:

I. Exercer a função de orientador de referência para o profissional de saúde residente no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II. Orientar e acompanhar, com suporte do (s) tutor (es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do profissional de saúde residente, devendo observar as diretrizes do PPP;

III. Elaborar, com suporte do (s) tutor (es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IV. Facilitar a integração do (s) residente (s) com a equipe de saúde, com os usuários (indivíduos, família e grupos), com os profissionais de saúde residentes de outros programas, bem como com os estudantes dos diferentes níveis de formação profissional

na saúde que atuam no campo de prática;

V. Participar, junto com o (s) residente (s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

VI. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do (s) residente (s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PPP do programa, encaminhando-as ao (s) tutor (es) quando se fizer necessário;

VII. Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo (s) residente (s) sob sua supervisão;

VIII. Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;

IX. Participar da avaliação da implementação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

X. Colaborar na orientação e avaliação dos TCR, conforme as regras estabelecidas no Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação do TCR;

XI. Notificar ao tutor as situações de descumprimento dos deveres por parte do profissional de saúde residente, para que as medidas disciplinares cabíveis sejam tomadas.

SEÇÃO IV

DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESIDENTES

Art. 17° É de competência dos Profissionais de Saúde Residentes:

I. Conhecer o PPP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas

diretrizes orientadoras;

II. Empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;

III. Ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético humanísticas e técnico-sócio-políticas;

IV. Dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais;

V. Conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico- administrativo das instituições que desenvolvem o programa;

VI. Comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;

VII. Justificar faltas ao preceptor e ao tutor, de modo a viabilizar uma comunicação mais efetiva e coerente;

VIII. Articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes do programa em que está inserido;

IX. Integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;

X. Integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;

XI. Colaborar com os colegas das equipes de trabalho, e principalmente em situações especiais ou de emergência;

XII. Realizar as atividades que lhe forem atribuídas;

XIII. Buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica;

XIV. Zelar pela ordem e disciplina nos ambientes de trabalho, como também zelar dos equipamentos e materiais disponíveis para uso;

XV. Zelar pelo patrimônio institucional;

XVI. Comparecer às reuniões convocadas pelo preceptor, tutor ou coordenador;

XVII. Participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;

XVIII. Manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada ao PRAPS;

XIX. Participar da avaliação da implementação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento.

Art. 18° Dos direitos dos Profissionais de Saúde Residentes:

I. Receber bolsa de acordo com os valores estabelecidos pela CNRMS, garantida pelo artigo16, § 1º da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005;

II. Ser segurado contra acidentes pessoais;

III. Solicitar auxílio para esclarecimento de dúvidas relacionadas à residência;

IV. Desenvolver atividades de acordo com as condições estabelecidas no Termo de Compromisso;

V. Receber orientação, acompanhamento e avaliação contínuos;

VI. Receber o Regimento Interno da COREMU;

VII. Usufruir um dia de folga semanal a ser determinado pelo tutor de acordo com escala, preferencialmente aos domingos;

VIII. Usufruir de 30 (trinta) dias de férias por ano em escala previamente aprovada com antecedência pelo Tutor e definida no mês abril de cada ano. As férias devem ser gozadas necessariamente nos meses de julho ou janeiro, podendo ser fragmentadas em 02 (dois) períodos de 15 (quinze)dias;

IX. Participar de evento científico **relacionado à área de formação do programa que está vinculado**, desde que não exceda 40 horas/ano, mediante autorização prévia do tutor, sendo que:

a) O profissional de saúde residente deverá solicitar ao tutor a participação no evento com antecedência mínima de 20 dias;

b) O profissional de saúde residente deverá apresentar a cópia do certificado do evento, sendo considerado como carga horária teórico-prática;

X. Receber alimentação e usufruir de descanso, respeitando os horários e locais pré-fixados pelas Instituições cedentes, durante o período em que estiver atuando na Unidade de Saúde, onde se desenvolve o Programa;

XI. Receber certificado correspondente ao curso de especialização, quando obtida a aprovação;

XII. Usufruir de todos os direitos previdenciários previstos na legislação brasileira;

XIII. Assegurar à profissional de saúde residente gestante ou adotante a licença-maternidade ou licença adoção de até 120 (cento e vinte) dias;

XIV. Assegurara o profissional de saúde residente a concessão de licença de cinco dias, para auxiliar a mãe de seu filho recém-nascido ou adotado, mediante a apresentação da certidão de nascimento ou do termo de adoção da criança;

XV. Assegurar ao profissional de saúde residente a concessão de licença nojo de 08 (oito) dias, em caso de óbito de parentes de primeiro grau, ascendentes ou descendentes;

XVI. Assegurar ao profissional de saúde residente a concessão de afastamento de 08 (oito) dias consecutivos no caso de núpcias;

XVII. Solicitar 01 (um) trancamento de matrícula de até 01 (um) ano, que poderá ser concedida mediante aprovação do Colegiado da COREMU e homologada pela CNRMS. Enquanto a CNRMS não deliberar parecer AD REFERENDUM autorizando o afastamento, o residente deve aguardar em atividade. Durante o período de trancamento fica suspenso o pagamento de bolsa trabalho;

XVIII. O trancamento poderá ser solicitado com cumprimento de pelo menos 60 (sessenta) dias do curso;

XIX. Trancar a matrícula para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com as normas da CNRMS;

XX. O residente terá direito a licenças médicas, desde que apresente o atestado médico comprobatório;

XXI. Nas licenças, trancamentos de vagas e outras ocorrências de afastamento, a carga horária prática, teórico-prática e teórica deverá ser reposta, conforme resoluções da CNRMS;

XXII. Os casos omissos serão analisados pelo Núcleo de Residências.

Art. 19° Em caso de acidente com o Profissional de Saúde Residente:

I. A assistência ao acidentado deverá seguir as normativas relacionadas aos acidentes de trabalho, com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e encaminhamento à perícia, em caso de afastamento por mais de 15 (quinze)dias;

II. Em caso de acidentes com perfuro-cortantes, deve ser realizada a notificação aos serviços de apoio conforme o fluxograma de atendimento da unidade e consulta médica imediata.

Art. 20° Dos deveres dos Profissionais de Saúde Residentes:

I. Frequentar regularmente e participar ativamente das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do programa de residência, comportando-se de maneira idônea, ética, disciplinada, empenhando ao máximo suas capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras no estudo proposto;

II. Registrar diariamente a frequência de vivência prática;

III. Elaborar e entregar planos, relatórios e outros documentos nas datas estabelecidas;

IV. Utilizar, guardar e conservar, com todo o cuidado, impressos e outros materiais de utilização;

V. Socializar o conhecimento adquirido em evento científico para o qual foi liberado para participar;

VI. Comunicar com antecedência o não comparecimento às atividades teóricas, teórico-práticas ao tutor e atividades práticas ao preceptor e tutor;

VII. Manter sigilo sobre conteúdo de documentos e de informações confidenciais referentes ao local da residência;

VIII. Comunicar a COREMU/HERSO e ao Núcleo de Residências, qualquer alteração de endereço, telefone e desistência da residência;

IX. Respeitar e cumprir as normas e regimentos internos ou externos do Programa, as normas da SES-GO e da Unidade onde estiver atuando;

X. Acompanhar as visitas técnicas aos pacientes internados e prestar as informações que forem solicitadas, em relação aos casos sob os seus cuidados;

XI. Levar ao conhecimento do representante dos profissionais de saúde residentes de seu programa e/ou a seus tutores, as irregularidades observadas;

XII. Avaliar o desempenho do coordenador do Programa, tutor e preceptor;

XIII. Desenvolver e manter o ambiente de trabalho agradável, cordial e respeitoso, assomados a boas relações com os colegas, com o pessoal que trabalha na Instituição, e com chefes e supervisores hierárquicos;

XIV. Ter boa apresentação e apresentar-se de maneira discreta, em concordância com as normas regulatórias;

XV. Registrar todas as suas anotações nos prontuários de modo claro;

XVI. Comparecer às reuniões programadas e extraordinárias, se for ocaso;

XVII. Entregar o relatório final das atividades práticas da residência, redigido segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas(ABNT);

XVIII. Obedecer às Normas do Código de Ética do Conselho de Classe da sua área de atuação;

XIX. Utilizar os Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) necessários na realização da assistência prestada ao paciente;

XX. Repor as atividades práticas perdidas em razão de afastamentos, garantindo a aquisição das competências estabelecidas no programa;

XXI. Restringir o uso do celular, usando-o apenas em casos de extrema necessidade, desde que não haja prejuízo às normas da instituição executora;

XXII. Não fazer fotografias, gravar vídeos ou áudios, exceto quando expressamente autorizado pelo usuário do SUS, no contexto de atendimento, ou pela equipe, no contexto de reuniões e aulas, com ciência do tutor ou preceptor, mediante autorização por escrito;

XXIII. Cumprir integralmente o horário estabelecido pela Instituição, observando assiduidade e pontualidade;

XXIV. Permanecer nos cenários de atividades teóricas, teórico-práticas e práticas apenas no horário e/ou período regulamentar destinado e/ou designado ao mesmo pelo seu respectivo tutor, ou sob a anuência do mesmo;

XXV. Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras e estranhas àquelas inerentes à finalidade do programa sem anuência ou autorização prévia do respectivo tutor;

XXVI. Entregar junto à COREMU/HERSO, ou garantir a entrega de documentos comprobatórios de ausência nos prazos estabelecidos pela mesma.

SEÇÃO V

DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 21° Sempre que houver infrações às normas da Instituição, bem como ao Regimento Interno da COREMU/SESG e/ou ao Código de Ética Profissional, os profissionais de saúde residentes estarão sujeitos às penas de advertência verbal, advertência por escrito, suspensão e desligamento.

Art. 22° A pena de advertência verbal será aplicada pelo tutor em reunião com o profissional de saúde residente e testemunhas, ficando facultado o registro em ata.

Art. 23° A pena de advertência escrita será aplicada pelo tutor ou, na ausência deste, pelo coordenador com ciência do residente, devendo ser homologada pelo Coordenador do PRAPS.

Art. 24° Aplicar-se-á a penalidade de ADVERTÊNCIA ao residente que:

I. Perturbar a ordem da Instituição;

II. Faltar sem justificativa cabível nas (às) atividades práticas;

III. Não cumprir tarefas designadas;

IV. Assumir atitudes e praticar atos que desconsiderem aos doentes e familiares ou desrespeitem os preceitos de ética profissional e do regimento da Instituição;

V. Faltar à urbanidade e à compostura nas suas atividades e relações interpessoais, aos princípios de cordialidade para com os funcionários, colegas ou superiores;

VI. Usar de maneira inadequada as instalações, materiais e outros pertences da

Instituição;

VII. Ausentar-se das atividades sem autorização dos superiores;

VIII. Apresentar-se embriagado ou intoxicado com substâncias ilícitas ou drogas de abuso durante as atividades do Programa; bem como, portar substâncias ilícitas e/ou arma de fogo ou artefatos que possam ferir pessoas;

XIX. Praticar insubordinação e/ou indisciplina de modo reincidente, persistente e/ou grave;

X. Descumprir determinações estatutárias, regimentais e normativas da Instituição, se não for cominada penalidade mais grave.

Art. 25° A penalidade de SUSPENSÃO poderá ser de 01 (um) a 05 (cinco) dias úteis, dependo da gravidade.

§ 1º A penalidade de suspensão implica em perda das atividades teóricas e reposição integral das atividades práticas.

§ 2º A penalidade de suspensão poderá ser aplicada após uma advertência escrita, na reincidência das ações faltosas.

Art. 26° Aplicar-se-á a penalidade de DESLIGAMENTO ao residente que:

I. Não comparecer às atividades do Programa de Residência, sem justificativa legal, por 3 (três) dias consecutivos ou 06 (seis) dias intercalados, no período de até 06 (seis)meses;

II. Apresentar aspectos que evidenciem, após avaliação, que o residente seja incompatível com o perfil estabelecido pelo programa;

III. Fraudar ou prestar informações falsas na inscrição; neste caso, além do desligamento, o residente sofrerá as sanções previstas nos Códigos Civil e Penal brasileiros, devendo ressarcir à União os valores pagos como bolsa;

IV. Reincidir em falta culminada com a pena máxima prevista para a suspensão;

V. Perturbar de forma grave a ordem no interior da Instituição, impedindo suas atividades.

Art. 27° Aplicar-se-á diretamente a penalidade de SUSPENSÃO ou de DESLIGAMENTO, sem advertências, ao residente que:

I. Desrespeitar o Código de Ética Profissional;

II. Realizar agressões verbais ou físicas a outros;

III. Realizar atividades simultâneas à residência.

Art. 28° Serão consideradas condições agravantes das penalidades:

I. Reincidência;

II. Ação premeditada;

III. Alegação de desconhecimento das normas do Serviço, do Regimento Interno da COREMU/SESG e das diretrizes e normas dos Programas de Residência do HERSO, bem como do Código de Ética Profissional.

Art. 29° As transgressões disciplinares serão comunicadas à COREMU/HERSO, às quais caberão as providências pertinentes.

§ 1º Todas as ocorrências deverão ser comunicadas por escrito ao Coordenador do Programa, o qual as encaminhará ao Núcleo de Residências para conhecimento, avaliação e deliberação.

§ 2º Nos casos de penalidade de suspensão ou desligamento caberá análise por subcomissão de apuração a ser designada pelo Núcleo de Residências.

§ 3º A subcomissão de apuração será composta pelo Coordenador do Programa, 03 (três) Tutores e/ou Preceptores, garantindo-se 02 (dois) deles externos ao Programa e o representante dos profissionais de saúde residentes (desde que não seja ele o envolvido) indicados em reunião designada pelo Núcleo de Residências para esta finalidade.

§ 4º O prazo para apuração dos fatos, sua divulgação e medidas pertinentes é de 15 (quinze) dias corridos, excepcionalmente prorrogáveis por mais 15 (quinze) dias, por decisão do Núcleo de Residências.

§ 5º Ao residente será assegurado o direito de acompanhamento do processo e ampla defesa, podendo recorrer da decisão ao Núcleo de Residências em até 03 (três) dias computados a partir da data em que for cientificado.

§ 6º O recurso deverá ser julgado em até 07 (sete) dias após o recebimento pelo Núcleo de Residências.

§ 7º Caso o residente não concorde com a decisão do Núcleo de Residências poderá recorrer, em até 03 (três) dias, por escrito à CNRMS, que julgará o caso em última instância.

§ 8º O cumprimento da penalidade terá início a partir do término do prazo para recurso ou data da ciência da decisão do mesmo, conforme o caso.

SEÇÃO VI

AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 30° O processo de avaliação da aprendizagem dos profissionais de saúde residentes, de caráter obrigatório, será realizado periodicamente, envolvendo os seguintes aspectos:

I. Frequência às atividades programadas;

II. Avaliação da vivência prática, segundo critérios de desempenho profissional, comportamento ético e domínio do conhecimento;

III. Avaliação de desempenho e aprendizagem nas atividades teóricas e teórico-práticas;

IV. Avaliação do TCR.

§ 1º Os residentes deverão cumprir integralmente a carga horária prática e o mínimo exigido da carga horária teórica e teórico-prática, conforme estabelecido pela CNRMS em suas resoluções.

§ 2º Por ocasião do ingresso dos profissionais de saúde residentes no curso, o Coordenador de Programa, em reunião formal, deverá dar a eles conhecimento da metodologia empregada para a sua avaliação.

§ 3º A metodologia de avaliação está prevista no PPP de cada curso e pode ser modificada pelo Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), mediante aprovação do Colegiado da COREMU.

Art. 31° São exigências para a obtenção do título de especialista:

I. Aprovação do Trabalho de Conclusão de Residência;

II. Integralização curricular do curso, com aprovação em todos os módulos dos eixos temáticos do curso.

Parágrafo único. Serão considerados aprovados nos módulos dos eixos temáticos ou no TCR os profissionais de saúde residentes que obtiverem nota igual ou superior a 7,0 (sete) pontos na média geral.

Art. 32° O profissional de saúde residente será promovido para o próximo ano letivo do curso somente se tiver obtido conceito satisfatório pelo corpo docente-assistencial que o supervisiona (preceptores, tutor de campo, tutores de núcleo e coordenador de programa), que se reunirá para definir tal conceito, a partir dos seguintes critérios:

I. Aderir em todos os módulos dos eixos temáticos do ano anterior;

II. Frequência mínima de 85% na carga horária teórica e teórico-prática, conforme estabelecida pela CNRMS, e frequência integral na carga horária prática de cada módulo;

III. Comportamento idôneo e disciplinado, nos aspectos psicossociais, éticos, morais e profissionais.

§ 1º Se o profissional de saúde residente não for promovido para o próximo ano letivo do curso, por não ter cumprido as exigências supracitadas, será desligado do programa e terá sua bolsa de estudo cancelada.

§ 2º A não promoção para o próximo ano letivo do profissional de saúde residente será ratificada pela COREMU/HERSO e encaminhada para o Núcleo de Residências.

SEÇÃO VII

DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Art. 33° O profissional de saúde residente deverá apresentar, individualmente, um trabalho de conclusão de residência (TCR) na forma de artigo científico elaborado a partir de pesquisa ou criação de produto tecnológico.

§ 1º O TCR deve seguir a formatação preconizada no *Manual e Normas para Elaboração e Apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência*, disponibilizado ao residente pela COREMU e suas instâncias.

Art. 34° Serão aceitas as seguintes modalidades de pesquisa para o TCR:

I. Estudo original, com pesquisa de campo, laboratório ou documental;

II. Estudo de relato de caso ou série de casos;

III. Projeto de intervenção ou projeto aplicativo, com elaboração do plano de ação e, se houver viabilidade, aplicação prática da intervenção gerencial;

IV. Relato de experiência de desenvolvimento de produto tecnológico;

V. Outras modalidades, a critério da COREMU/SESG.

Parágrafo único. Não será aceita a modalidade de pesquisa do tipo revisão bibliográfica.

Art. 35° Serão aceitas as seguintes modalidades de produto tecnológico para o TCR:

I. Desenvolvimento de software e aplicativos;

II. Desenvolvimento de material didático;

III. Desenvolvimento de protocolos de atendimento;

V. Escalas de avaliação;

VI. Patente;

VII. Outras modalidades, a critério da COREMU/SESG.

Art. 36° A orientação do TCR será realizada por profissionais que tenham titulação mínima de mestre, independente da área de formação, preferencialmente pelo tutor, e obrigatoriamente vinculado às Unidades da SES.

Art. 37° O profissional de saúde residente deverá elaborar, sob supervisão, o projeto de pesquisa ou o plano de elaboração de produto tecnológico ou projeto de intervenção para o TCR conforme normas da ABNT ou Vancouver (de acordo com as normas da revista a ser publicado o artigo), durante o primeiro ano letivo (R1), devendo entregá-lo até outubro para a banca examinadora para qualificação.

Parágrafo único. O projeto de pesquisa do profissional de saúde residente poderá ser parte integrante de um projeto "guarda-chuva". Mesmo neste caso, é obrigatória a elaboração de um projeto próprio.

Art. 38° Projeto de pesquisa integrado ("guarda-chuva") é aquele que se articula e/ou se desdobra em outros (sub) projetos que são desenvolvidos em parceria com profissionais de outras instituições e/ou centros de pesquisa ou com estudantes em formação nos cursos *lato* (Residência em Área Profissional da Saúde) e*stricto sensu*.

§ 1º O tutor é necessariamente o proponente de projetos integrados.

§ 2º Os subprojetos ou projetos pontuais/desdobrados devem esclarecer a relação direta que possuem com o projeto integrado ("guarda-chuva"), ou seja, precisam indicar como serão articulados com o projeto maior do ponto de vista teórico, metodológico e/ou de campo.

§ 3º Sugere-se que a pesquisa seja multiprofissional.

Art. 39° Após a aprovação pelo orientador, o projeto de pesquisa deverá seguir o fluxo para realização de pesquisas da SES-GO, estabelecido pela Portaria nº 609/2020 – GAB/SES-GO, de 22/05/2020, ou outro fluxo vigente, que orienta os pesquisadores sobre os procedimentos para autorização e execução de pesquisas científicas.

§ 1º Isto não se aplica aos casos de TCR de produto tecnológico.

Art. 40° Em caso de mudança de orientador do TCR:

§ 1º O aluno poderá, em requerimento fundamentado e dirigido ao Coordenador de Programa, solicitar mudança de orientador.

§ 2º Ao orientador também será facultado interromper o trabalho de orientação, desde que autorizado pelo Coordenador do Programa.

Art. 41° Depois de finalizado o TCR, o profissional de saúde residente deverá fazer uma apresentação pública e defesa perante banca examinadora, em data estabelecida pela COREMU/SESG e com qualificação prévia a ser realizada até novembro do segundo ano de residência e deve seguir as mesmas orientações da apresentação pública final.

Art. 42° A banca examinadora do TCR será composta de, no mínimo, 3 (três) membros.

§ 1º O docente orientador é membro obrigatório da banca examinadora, e presidirá a mesma.

§ 2º Os outros examinadores, denominados membros convidados, serão escolhidos entre o corpo docente assistencial da Residência em Área Profissional da Saúde da SES-GO.

§ 3º Excepcionalmente, um dos membros convidados poderá ser profissional externo, sem vínculo com a Residência em Área Profissional da Saúde da SES-GO.

§ 4º Os membros convidados serão indicados pelo orientador à Coordenação do Programa e à coordenação da COREMU/SESG, que ratificará a composição da banca examinadora.

Art. 43° O julgamento da comissão concluirá, através de parecer fundamentado, pela aprovação, aprovação com modificações ou rejeição do trabalho.

§ 1º Em caso de aprovação ou rejeição, as notas devem ser expressas em conceito de 0,0 (zero) e 10,0 (dez) pontos, sendo considerado aprovado o aluno que obtiver nota igual ou superior a 7,0 (sete) pontos.

§ 2º Em caso de exigir modificação o prazo máximo para a reformulação do trabalho final é de 15 (quinze)dias.

Art. 44° Após a defesa pública, o profissional de saúde residente terá 15 (quinze) dias para entregar a versão final do TCR à coordenação da COREMU/SESG.

§ 1º Na entrega da versão final do TCR, o profissional de saúde residente deverá apresentar comprovação de protocolo de envio de um artigo para publicação na RESAP ou outro periódico científico e relatório final para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), no caso de pesquisas originais que envolvam direta ou indiretamente seres humanos.

§ 2º A entrega dos comprovantes mencionados nos parágrafos primeiro e segundo são requisitos para que o profissional de saúde residente possa receber o certificado de conclusão de curso.

Art. 45° O profissional de saúde residente que não obtiver aprovação no TCR poderá requerer, mediante exposição justificada à COREMU/SESG, prazo para reelaboração do trabalho e sua reapresentação.

CAPITULO IV

DO NÚCLEO DOCENTE ASSISTENCIAL ESTRUTURANTE (NDAE)

Art. 46° O NDAE é a instância responsável pela gestão pedagógica do PRAPS constituída pelo coordenador do Núcleo de Residências, pelos coordenadores de PRAPS das instituições executoras, e representantes de docentes, de tutores e de preceptores de cada área de concentração.

§ 1ºO NDAE se reunirá semestralmente, podendo ser convocadas reuniões extraordinárias quando necessário, mediante comunicação com até 48 horas de antecedência.

§ 2º Cada membro poderá ter um suplente.

§ 3º A escolha dos representantes deverá ser indicada, por segmento, entre seus pares.

§ 4º O NDAE do programa de residência deverá ser nomeado por meio de ATO DESIGNATÓRIO pela coordenação da COREMU/HERSO e pelo Núcleo de Residências.

§ 5º Na reunião do NDAE poderão ser convidados outros atores participantes (reunião ampliada).

§ 6º As decisões do NDAE serão conduzidas pela maioria simples presente em cada reunião, previamente convocada com pauta.

Art. 47° Ao NDAE compete:

I. Acompanhar a execução do PPP, propondo ajustes e mudanças, quando necessárias, à coordenação do programa;

II. Assessorar a coordenação dos PRAPS no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do Programa;

III. Promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando ao fortalecimento ou à construção de ações integradas na respectiva área de concentração, entre a equipe, entre os serviços e nas redes de atenção do SUS;

IV. Estruturar e desenvolver grupos de estudo e pesquisa que fomentem a produção de projetos de extensão, pesquisa e intervenção voltados à produção de conhecimentos e tecnologias que integrem ensino e serviço;

V. Intervir e mediar situações pedagógicas que não estejam no escopo de atribuições de preceptores e tutores ou que os envolvam, buscando a garantia da formação do residente.

CAPITULO V

DO ACESSO AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

Art. 48° O ingresso ao PRAPS dar-se-á através de processo seletivo público a ser homologado pelo Núcleo de Residências (COREMU/SESG) e com ampla divulgação em sites oficiais.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 49° Todos os profissionais de saúde residentes receberão uma cópia deste Regimento e do Manual e Normas para Elaboração e Apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

Art. 50° Os casos omissos neste Regimento Interno serão decididos pelo Núcleo de Residências e pela COREMU/HERSO.

Lucila stoppa fonseca dos reis

Coordenadora do programa de residência multiprofissional

1.2.2.2. PROJETOS DE EXTENSÃO DO PROGRAMA DE RESIDENCIA

DESCRIÇÃO

O curso de prática baseada em evidências científicas tem por característica principal o aprimoramento de profissionais de saúde pelo desenvolvimento da capacidade crítica e científica, para o embasamento de tomadas de decisão em relação à incorporação do conhecimento para que se preste a melhor assistência profissional possível, a partir das evidências disponíveis na literatura específica da área da Saúde.

1. PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

O curso tem o propósito de permitir ao aluno a compreensão sobre o delineamento de pesquisas que abordem diagnóstico, terapêutica e prevenção de doenças, além de maneiras que viabilizem

a implementação de políticas de saúde. Justifica-se por propor ao aluno a cultura da eficácia, efetividade, eficiência e segurança, baseada em evidências cientificas.

3. OBJETIVO

3.1- GERAL

Oferecer as bases conceituais da Prática em Saúde Baseada em Evidências e promover o uso de ferramentas sistematizadas para sua aplicação na prática profissional, projetos de pesquisa e afins.

3.2 – ESPECÍFICOS

- Fornecer ao aluno do programa ferramentas para que ele possa tomar as melhores decisões assistenciais, buscando aperfeiçoar os resultados de suas intervenções, com base no que há de mais efetivo e seguro na literatura científica.

- Capacitar o aluno para realização de pesquisa na área da saúde, inclusive sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

- Discutir, elaborar e finalizar projetos de pesquisa, refinando-os para que sejam apresentados posteriormente em eventos científicos ou ainda na forma de artigos publicados.

4. BENEFÍCIOS

Qualificação do corpo discente e docente assistencial dos Programas de Residência.

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto é a capacitação para o exercício de projetos e pesquisa científica e para apoio na tomada de decisão clínica e de gestão.

6. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Profissionais de Saúde Residentes, Preceptores, Supervisores e Tutores dos programas de residência do HERSO.

7. RESTRIÇÕES

Limite de 55 participantes, número que corresponde a capacidade do auditório do HERSO.

8. RISCOS

Não conseguir atender a demanda do corpo discente e docente pela capacidade do auditório.

9. EQUIPE

Giulliano Gardenghi – Tutor de Fisioterapia do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma

Lucila Stoppa Fonseca dos Reis – Coordenadora da COREMU/HERSO

Pedro Henrique de Borba – Assistente administrativo da COREMU/HERSO

10. MARCOS E LINHA DO TEMPO

- **aula 01 (08/03/22 das 07:15 às 08:30)**

Estratégias de busca de artigos científicos nas diferentes bases de dados e Pirâmide de saúde baseada em evidências

- **aula 02 (16/03/22 das 07:15 às 08:30)**

Análise crítica de artigos científicos e estratégia PICO

- **aula 03 (29/03/22 das 07:15 às 08:30)**

Como montar um projeto de pesquisa e um relato de caso para realizar a submissão à Plataforma Brasil

- **aula 04 (05/04/22 das 07:15 às 08:30)**

Introdução à bioestatística, medidas de avaliação quantitativa, medidas de associação - risco absoluto/relativo, redução absoluta do risco e número necessário para tratar

11. ORÇAMENTO

Sem custos.

12. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

A projeção de ganhos é relacionada a melhores projetos de pesquisa encaminhados ao CEP e maior qualificação na atenção em saúde.

13. PLANO DE AÇÃO

ORIGEM	O QUE	POR QUE	ONDE	COMO	QUEM	QUANDO	QUANTO
Necessidade de qualificação em ensino e pesquisa	Curso - Prática baseada em Evidências	Qualificação do corpo discente e docente da Coremu e Coreme do HERSO.	Auditório do HERSO	Aula	Giulliano Gardenghi*	Início em 08/03/22 Término em 05/04/2022	Sem custo

**Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

Tutor – COREMU/HERSO; coordenador científico do Hospital ENCORE (SANTA HELENA DE GOIÁS/GO): consultor técnico do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital e Maternidade São Cristóvão (São Paulo/SP)

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

1.2.3. DO NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO

NUCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO (NAP) AOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

A Psicopedagogia é uma área que se dedica ao estudo dos processos de aprendizagem em todos os níveis de vida, sempre voltada para um olhar teórico transdisciplinar, o Psicopedagogo observa as características da aprendizagem humana, estuda como se aprende, como essa aprendizagem varia evolutivamente e está articulada a vários fatores, como se produzem as alterações na aprendizagem, como reconhecê-las, tratá-las e preveni-las. Nossa instituição a vê como "*o estudo das modalidades de aprendizagem desencadeadas e/ou possibilitadas pela instituição-escola. Sua intenção é cuidar da prevenção e enfrentamento de conflitos envolvendo a escolarização. Este trabalho pressupõe uma postura profissional (e de vida) do indivíduo consigo mesmo e com a coletividade em que convive*".

Assim, acreditando nesta premissa o HERSO instaurou, definitivamente, o NAP (*NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO*), objetivando oferecer o atendimento psicopedagógico qualificado, contribuímos para melhor desempenho nas atividades acadêmicas dos programas de residências *MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL* da unidade. Nosso trabalho viabiliza, por meio de estratégias adequadas, o auxílio nas produções de métodos de

organização e estudos que favoreçam a cada indivíduo e ao grupo, de acordo com sua modalidade de aprendizagem e na melhoria da relação individual e coletiva com a realidade do programa e da unidade.

Partindo da premissa da construção integral do homem, onde "*o espírito humano conduz progressivamente à descoberta de sí próprio e cria, pelo conhecimento do mundo exterior e interior, formas melhores de existência humana*" é que, esse projeto se justifica pela grande contribuição que promoverá aos profissionais residentes que aqui depositaram a sua confiança e desejo de aperfeiçoamento na carreira da área da saúde.

2. OBJETIVOS PSICOPEDAGÓGICOS GERAIS

- Possibilitar aos alunos dos programas de residência *MEDICA E MULTIPROFISSIONAL*, bem como de suas parcerias a intervenção psicopedagógico para melhorar a compreensão dos conteúdos, ajudando na apropriação dos conhecimentos;
- Pesquisar, analisar e interpretar a realidade educacional dos alunos dos programas de residência *MEDICA E MULTIPROFISSIONAL* do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado;
- Contribuir para a fomentação e avaliação dos processos educacionais que ocorrem dentro e fora do espaço da unidade hospitalar;
- Colaborar no processo continuo de formação, cidadã e humano, focos da missão da unidade e dos programas ali ofertados;
- Colaborar com os coordenadores, tutores e preceptores dos programas nas questões relativas ao processo de ensino aprendizagem.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir com a formação dos profissionais das áreas das Ciências, instrumentalizando-os com o desenvolvimento do autoconceito positivo e melhor inserção na atuação intelectual;
- Analisar as situações dos estudantes com dificuldades de aprendizagem a fim de proporcionar orientações e instrumentos que sejam capazes de modificar o conflito estabelecido;
- Intervir específica e individualmente, no que se refere aos problemas com o ensino, até a reflexão sobre o processo de ensino e aprendizagem como tal;
- Promover a melhoria da qualidade do ensino aprendizagem, sugerindo propostas de ensino e os materiais pedagógicos adequados às condições existentes em diferentes contextos de aprendizagem;

- Resignificar o espaço educacional com seus tempos, rituais, rotinas e processos de modo que possa efetivamente estar voltado para a formação de sujeitos, ativos, reflexivos, cidadãos atuantes e participativos.
- Trabalhar junto aos preceptores, coordenadores e tutores dos programas, orientando, apoiando e encaminhando a outros profissionais se necessário.
- Intervir com um trabalho de aconselhamento psicossocial aos residentes com diferentes problemas sociais e emocionais;
- Permitir o aprofundamento e confronto de conceitos importantes no processo de reflexão pessoal e social acerca da sua atuação profissional e a complexidade da assistência na unidade hospitalar.

4. METODOGOLOGIA

a. MÉTODO DE ATENDIMENTO

Com base na interpretação sistêmica do contexto educacional, esta proposta compreende o atendimento às solicitações relativas aos casos individuais concretos e ou coletivos a partir de uma perspectiva preventiva e institucional, discutindo as possibilidades de ampliar as perspectivas de vida e as possíveis soluções das situações problema, que interferem na vida acadêmica, fazendo os devidos encaminhamentos para a comunidade interna e/ou externa da unidade hospitalar. Significa assim, avaliar as relações e os intercâmbios que ocorrem entre residentes, coordenadores, tutores e preceptores para tratar dos conflitos entre estes atores sociais e o conhecimento.

Antes de se iniciar os encontros com os residentes para o atendimento psicopedagógico e/ou de aconselhamento **será realizada uma entrevista psicológica** com o objetivo de montar um perfil do residente para melhor desenvolver o atendimento.

Todas as informações são importantes para traçar metodologias educacionais e abordagens de atendimento e planejamento, além de verificar intervenções educativas e sociais anteriores e diferentes atendimentos. O trabalho de mediação psicopedagógico e de aconselhamento será realizado sempre dentro da unidade hospitalar HERSO, em horários a serem definidos pelos responsáveis pelos atendimentos.

b. PUBLICO ALVO

O atendimento em geral destina-se aos **alunos residentes, em livre demanda, indicados pelos coordenadores dos programas de residência e, solicitação dos preceptores**. As coordenações farão uma avaliação dos casos e, caso constate a necessidade farão o encaminhamento ao NAP. Desta forma, as intervenções psicopedagógicos dependerão primeiramente de indicação dos preceptores e avaliação dos

coordenadores junto com os responsáveis pelo atendimento, mas ficará aberta para atendimento de demanda espontanea.

c. RECURSOS

- Vivenciar situações de sensibilização e calorização pessoal;
- Participar de dinâmicas de grupo com posterior reflexão e debate;
- Reflexões de pequenos textos lidos;
- Realização de produções artísticas em que se expressem situações sobre o conhecimento.
- Outras técnicas que se fizerem necessárias na individualidade e ou coletividade.

d. CRONOGRAMA

Atendimento poderá ser de no **máxima durante 02 (dois) meses para cada residente** podendo ser estendido conforme necessidade, porém, após avaliação criteriosa dos recursos disponíveis na unidade. E encaminhado para apoio com assistente social até que seja diagnosticada a resolução das demandas.

e. CONTROLE DE FREQUENCIA

A **frequência mínima exigida é de 75% (setenta e cinco)** e o controle será feito por meio de assinatura no controle de atendimento. Os residentes que não avisarem da falta ou não apresentarem uma justificativa poderão perder a vaga do atendimento.

f. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada em diversas etapas:

• Ao final de cada encontro, onde cada ator social envolvido avaliará a sua participação e a validade do que foi realizado, visando o planejamento ou replanejamento do encontro seguinte;

• No final dos atendimentos individuais e ou coletivos os atores avaliarão o Projeto quanto a sua participação e quanto à validade do mesmo;

• A equipe do NAP reunir-se-ão, mensalmente e ou no máximo trimestral, com o objetivo de avaliar e, consequentemente, replanejar o andamento do Núcleo, mediante as necessidades emergentes nos grupos (reagrupamento, mudanças de ações, etc).

5. REFERENCIAS

AZI, L. A. **Transtornos mentais entre estudantes de medicina:** estudo transversal de uma população. 2003.Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003. [Links]

BELLODI, P.L.; MARTINS, M. A. **Tutoria:** mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. [Links]

EIZIRIK, C. L. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001. [Links]

GIGLIO, J. S. Um estudo de fatores biológicos, sociais e ambientais com provável influência no bem-estar psicológico de universitários. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 3, n.7, p. 142-146, 1981. [Links]

1.2.4. DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor estimado para custeio mensal dos **Programas de Residência Médica e Multiprofissional** das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específico para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico, o valor referente ao mesmo será glosado imediatamente.

Ocorrendo a situação descrita acima caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiros.

2.3 Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares e treinamentos.

O **INSTITUTO CEM**, acredita que os convênios de cooperação técnica tenham papel significativo sobre procedimentos de instruções processuais relativos a convênios, protocolos e execução de programas de trabalho, projetos/atividade ou evento de interesse recíproco, observando o cumprimento das normas internas da Instituição e das legislações superiores que regem a matéria, fornecendo subsídios técnicos e administrativos, visando promover condições para o andamento das ações em conjunto com os instrumentos jurídicos e administrativos para estabelecer convênios, cooperações técnicas na área de ensino para desenvolvimento de estágios treinamentos e residências.

A integração sistêmica entre educação, trabalho e atuação social , é também uma de suas metas.

Na Unidade Assistencial Hospital HERSO será implementada contratos, convenios e termos de cooperação técnica na área de Ensino e Pesquisa, que conjuntamente com a Assistência Médico Social que compõe o núcleo central que fornece sustentação à sua missão institucional promoverão sempre em consonancia com o contratao de gestão e as metas alie estabelecidas o processo de ensino e pesquisa na unidade hospitalar HERSO.

A Unidade de Saúde manterá Programa de Residência Médica e Multiprofissional que será monitorado e conduzido por profissionais de alto nível técnico e experiência ampla e específica, nas especialidades e respectivas vagas que vierem a ser definidas pela SES/GO para residência médica e multiprofissional observando se os preceitos e normas da — Comissão Nacional de Residência Médica CNRM e Comissão de Residência Multiprofissional COREMU.

O objetivo é proporcionar uma vivência pedagógica e prática na diversidade de clínicas que vierem a ser oferecidas no programa de residência, como poucas instituições poderão oferecer, tendo em vista as características de amplitude e complexidade assistencial da Unidade de Saúde, promovendo um ambiente de estudo estimulante e produtivo.

Para tanto, através do plano estratégico do **INSTITUTO CEM**, será possível agregar valor a ações vinculadas a cooperação técnica de ensino para desenvolvimento de estágios treinamentos e residências, conforme descrição do processo de planejamento.

O **INSTITUO CEM**, já tem parcerias com Instituições de ensino superior, e pretende ampliar estas parcerias para, para o aperfeiçoamento na formação dos profissionais da saúde, servindo como um espaço de ensino, prática e aprendizagem buscando ampliação na disposição de cenarios praticos com ofertas de manequins simuladores realisticos de procedimentos clinicos e cirurgicos aos residentes e profissionais que compoem no nucleo assistencial do hospital HERSO.

Plano Estratégico

O Plano Estratégico do **INSTITUTO CEM**, define os rumos da instituição em busca de seu desenvolvimento e suas metas, explicitando a missão e seus objetivos estratégicos e se colocando como proposta de referência para o futuro na gestão do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO. Em seu processo de elaboração foi pautado por ampla discussão com todos os segmentos da comunidade universitária e cientifica para coletar propostas e sugestões e subsidiar a apreciação no Conselho. Além disso, teremos como princípios ser participativo, combinando opiniões de professores, técnico-administrativos, formadores de opinião e sociedade, dentro do processo de planejamento estratégico adotado foi dividido em cinco fases, conforme apresentado a seguir.

Fase 1: Preparação

Iniciada com as discussões dos processos que serão adotados que culminam com a constituição das ações do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSOao Planejamento Estratégico, onde se terá um grupo responsável pela construção do Plano, constituído através de Portaria contendo:

Fase 1: Formação Acadêmica de Graduação e Pós-Graduação

I. Pesquisa, Inovação e Extensão
II. Desenvolvimento Técnico
III. Internacionalização
IV. Gestão de Pessoas
V. Informação, Comunicação
VI. Infraestrutura e Segurança
VII. Ciência

Fase 2: Análise e Avaliação Institucional (Diagnóstico)

Serão realizadas discussões de grandes temas nos Grupos Técnicos para elaborar um texto de referência da Visão de Futuro para que se pretende obter no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

Fase 3: Definição da visão, missão e valores, construção do Mapa Estratégico e definição dos objetivos e ações estratégicas

Será traçado também a missão, a visão e os valores, culminando com a construção do Mapa Estratégico e a definição dos objetivos e ações estratégicas para o HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

Mapa Estratégico

O Mapa Estratégico do **INSTITUTO CEM**, apresentará a missão e visão do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSOcontemplando os objetivos estratégicos que são derivados das demandas de seus stakeholders, traduzindo assim de forma visual todos esses objetivos nas ações que congregam a convênios, cooperações técnicas na área de ensino para desenvolvimento de estágios treinamentos e residências.

Nesta perspectiva, pretende-se estabelecer os alicerces, processos e resultados, com cada ente, englobando um conjunto de objetivos estratégicos, e estes sendo desdobrados em ações estratégicas.

Convenio de Cooperação Técnica com Fundação Tiradentes

Apresentação

O Programa Educacional da Fundação Tiradentes visa meios de proporcionar acesso à educação em nível superior, bem como incentivar a consecução de programas de cunho educacional para seus beneficiários. Neste sentido, inclui a implementação e a administração da Faculdade Policia Militar (FPM), na qual os policiais militares goianos, seus dependentes e algumas categorias ligadas à corporação, serão beneficiados com tratamento diferenciado.

O programa também prevê apoio a programas educacionais de aperfeiçoamento e ou extensão.

As ações do programa são apreciadas pelo Conselho de Curadores da Fundação Tiradentes e autorizadas pela Curadoria de Fundações e Associações do Ministério Público de Goiás.

Cursos: Atualmente tem os cursos De Biomedicina, Enfermagem e Educação Física.

Objetivo:O desenvolvimento de ações conjuntas de cooperação recíproca entre as Instituições visando especificar as condições mútuas de operacionalização e implementação de atividades de estágio, de interesse pedagógico e curricular que venham a complementar o processo ensino-aprendizagem, sem qualquer ônus à Instituição de Ensino e ao estudante, abrangendo todos os cursos, unidades e alunos da Faculdade Policia Militar (FPM), nos termos da legislação vigente.

DOS CONVÊNIOS PARA ESTAGIO NA UNIDADE

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Convênio 2/2022 - SES

Convênio celebrado entre o Estado de goiás, por meio da secretaria de estado da saúde de goiás e a UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, na forma abaixo:

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, doravante **CONCEDENTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES- GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR**, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**, doravante denominada **CONVENENTE** inscrita no CNPJ sob o nº 01.567.601/0001-43, situada na Av. Esperança S/N Campus Samambaia, Prédio da Reitoria, Goiânia-GO, neste ato representada por sua Reitora **ANGELITA PEREIRA DE LIMA**, inscrito no CPF sob o nº 363.357.701-72 e RG/CI nº 1333488 SSP/GO, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

O **CONCEDENTE**, a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** (SES/GO) e a **CONVENENTE**, serão denominados em conjunto como: **PARTÍCIPES**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1.1 O presente Convênio decorre das normas e regulamentos da Lei federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, e da Lei estadual nº 17.928, de 27/12/2012, tudo conforme o processo nº 202000010026501.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E JUSTIFICATIVA.

2.1 O presente Convênio tem por objeto a cooperação mútua entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e a Universidade Federal de Goiás, *com a finalidade de proporcionar a realização de estágio curricular obrigatório e aulas práticas nas unidades de saúde da SES/GO, para os alunos que estejam comprovadamente matriculados e com frequência efetiva nos cursos de graduação ministrados pela Universidade Federal de Goiás - UFG.*

2.2. O presente Convênio apresenta como título do projeto: "Convênio para concessão de estágio curricular obrigatório e aulas práticas dos cursos de graduação da área da saúde da UFG, que entre si celebram o Estado de Goiás, através de sua Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Federal de Goiás."

2.3. O estágio supervisionado é um estágio de caráter obrigatório para a conclusão da graduação. Na execução deste, se buscará orientar o aluno acerca do perfil profissional dos cursos oferecidos pela UFG, priorizando efetivamente sua atuação junto a uma equipe multiprofissional, prestando assistência nos níveis de atenção básica da assistência a saúde, visando à prevenção, recuperação e promoção da saúde, efetivando de tal modo o objetivo principal do SUS junto à comunidade, que é a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

2.4. Os estágios obrigatórios e aulas práticas serão realizados em todas as unidades da SES-GO e em atividades que tenham estreito relacionamento com a linha de formação acadêmica do estudante com carga horária relacionada à sua matriz curricular composta no programa.

2.5. Os objetivos a serem alcançados é são desenvolvimento das atividades práticas do estudante, treinamento em ambiente real, capacitação de profissionais da saúde.

2.6. Público Alvo: Os alunos matriculados na Instituição de Ensino, bem como os usuários do SUS.

2.3.1 Estágios Curriculares e profissionais voluntários

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 471/2020 – SES/GO, de 05 de março de 2020, ou outras que venham substituí-las.

O **INSTITUTO CEM** disponibilizará, anualmente, vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

Manterá o setor do DEP composto com Supervisor de ensino e técnico administrativo que acompanharão e organização com o setor da assistência as vagas que serão disponibilizadas a SESG, anualmente, assim como farão a acolhida e acompanhamento integral a todos os internos e estagiários conveniados e dispostos na unidade HERSO.

Manterá através do DEP, permanente reunião com supervisores das instituições parcerias para melhor dispor do processo de ensino preconizado na unidade hospitalar HERSO.

Os estágios se dão atualmente com as seguintes instituições de ensino: UNIFAN; PUC/GOIAS; UNI Evangélica; UNIRV, UFMIS; UFG, UEG.

O **INSTITUTO CEM,** manterá e ampliará na sua gestão o estágio voluntário, uma vez que trabalho **voluntário** é uma atividade não remunerada em que uma pessoa passa a dedicar seu tempo, trabalho e talento de forma espontânea em benefício de causas de interesse social e comunitário, como condição de direito desta modalidade segue os preceitos das normas vigente e o seguinte fluxo: Caso o candidato seja funcionário, deverá apresentar sua declaração de trabalho. Em ambos os casos, todos devem apresentar o Registro Geral (RG), ter quatro horas semanais disponíveis durante todo o semestre, além de ter interesse em ações sociais.

1) Dados do Voluntário

Nome Completo:	CPF:	RG:	
DN:	Reservista: NÃO	Órgão Emissor:	
Escolaridade:	CRA: NÃO		Cartão SUS:
Endereço:	Complemento:	Nacionalidade:	ASO () Cartão Vaci ()
Bairro:	Cidade:		CEP:
E-mail:			Contato:(62)

2) Dados da Entidade / Instituição

Nome: CEM / HUGO- Hospital de Urgências de Goiânia		
CNPJ: 11.344.038/0015-01	Telefone:(62)3201-4000	CEP:74.820-300
Endereço: Av. 31 de Março c/ Av. Edmundo Pinheiro, S/N St. Pedro Ludovico – Goiânia – Go		

3) Trabalho Voluntário

Descrição da atividade: Realizar todos os procedimentos orientados pela		Coordenação do Set
Local:	OBS:	Horário:
Dias da semana:		Vigência:

CONDIÇÕES GERAIS:

- O trabalho voluntário a ser desempenhado junto ao (Instituto CEM e HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia) de acordo com a Lei nº 9.608 de 18/02/98, transcrita anexa, é atividade não remunerada, não gera vínculo empregatício nem funcional ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias, tributárias ou afins.
- Compete ao Voluntário participar das atividades acordadas e cumpri-las com empenho e interesse
- Qualquer dano ou prejuízo que o voluntário venha causar ao (Instituto CEM e HUGO – Hospital Urgências de Goiânia) será de sua inteira responsabilidade.
- No momento em que Ação Voluntária não mais se efetivar deverá ser formalizado o Termo de Desligamento, assinado pelo voluntário e o responsável pelo (Instituto CEM e HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia).
- O desligamento do voluntário das atividades no (Instituto CEM e HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia) poderá ocorrer a qualquer momento, independentemente de aviso prévio ou qualquer outro meio, bastando apenas o desejo expresso de qualquer uma das partes, e a assinatura do Termo de Desligamento.
- Na hipótese de o voluntário não assinar o Termo de Desligamento em razão do abandono da atividade voluntária, o instrumento será formalizado com a assinatura do responsável pelo (Instituto CEM e HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia) na presença de duas testemunhas.

O Estágio curricular

O estágio é ato educativo escolar supervisionado desenvolvido no ambiente de trabalho, através de atividades de aprendizagem social, profissional e cultural e, pela participação em situações reais de trabalho, com o objetivo de complementar o ensino e a aprendizagem, com o acompanhamento de professor orientador e profissional habilitado, proporcionado aos estudantes que estejam freqüentando o ensino regular em instituições de educação de nivel tecnico, tecnológico , bacharelado, licenciatura e de pós graduação lato e strito sensu.

- O horário do estágio não poderá prejudicar a freqüência do estudante em qualquer atividade didático-pedagógica estipulada pela instituição de ensino. A alegação de incompatibilidade de horários não será motivo para o aluno pleitear sua transferência do período, salvo se houver vaga, de acordo com os critérios estabelecidos pela instituição de ensino.
- O local de estágio pode ser selecionado a partir de cadastro de partes cedentes, organizado pelas instituições de ensino ou pelos agentes de integração.

DAS OBRIGAÇÕES DO AGENTE DE INTEGRAÇÃO (supervisor de ensino)

I. Cabe aos agentes de integração, como auxiliares no processo de aperfeiçoamento do instituto do estágio:

II. Identificar oportunidades de estágio previsto e compatível com o curso e ajustar suas condições de realização, encaminhando os estudantes aptos e interessados à locais adequados, que preservem a saúde e a segurança no trabalho e proporcionem o complemento de seu ensino;

III. Cadastrar, fora dos horários de aulas, os estudantes candidatos a estágio e colaborar com a instituição de ensino quanto a celebração de convênios com concedentes de estágio;

IV. Divulgar na instituição de ensino, mediante prévia autorização, vagas de estágio captadas;

V. Viabilizar o acesso à concedente para que a instituição de ensino possa avaliar suas instalações;

VI. Fazer o acompanhamento administrativo, elaborando o termo de compromisso de estágio e encaminhando a negociação do seguro contra acidentes pessoais;

VII. Colaborar com a instituição de ensino junto ao estudante e a concedente quanto a elaboração do relatório das atividades;

VIII. Notificar a instituição de ensino e as concedentes sobre qualquer irregularidade;

IX. Zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

X. Isentar a Instituição de ensino de qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária, assumindo todos os riscos de sua atividade econômica;

XI. Colaborar com a elaboração do plano de atividades, que deverá ser incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivos à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante.

DAS OBRIGAÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Obrigações da instituição de ensino:

I. Analisar e, se estiver em ordem, celebrar termo de compromisso com estudante ou seu representante legal e com a parte concedente, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;

II. Avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional de seu aluno;

III. Indicar professor orientador para acompanhar e avaliar as atividades do estagiário;

IV. Elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios;

V. Comunicar as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.

DO MANUAL DO ALUNO ESTAGIARIO

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
2. INTRODUÇÃO
3. REGULAMENTO
4. PERGUNTAS FREQUENTES
5. CONTATO

APRESENTAÇÃO

O ***INSTITUTO CEM*** tem a honra e a satisfação de entregar aos estudantes de graduação e aos docentes, o Manual de Estágio, produzido pela equipe do setor da qualidade do ***INSTITUTO CEM***. A partir do trabalho cuidadoso e laborioso produzido pelo grupo, os estudantes e docentes poderão obter orientações sobre os direitos e os deveres dos estagiários; conhecer os documentos que são necessários para exercer o papel de estagiário em Instituições públicas; quais os modelos de termos de compromissos de estágios curriculares obrigatórios e não obrigatórios, a Lei de Estágio e as diretrizes básicas para a realização desses estágios, dentre outras informações importantes para os interessados.

Este Manual foi pensado cuidadosamente para dar respostas claras, objetivas aos alunos e professores que farão uso dos espaços de saúde pública e ou privadas gerenciados pela organização social ***INSTITUTO CEM***. Com a expansão crescente da busca de estágios pelos alunos e de estagiários pelas empresas, torna-se necessário dar acesso a formas práticas, fáceis e possíveis de se obter informações e oportunidades de esclarecimentos de dúvidas frequentes, que foram acumuladas pela equipe da gestão da qualidade nos últimos anos. Dessa forma, o ***INSTITUTO CEM*** se moderniza e consegue oferecer o que há de mais atual nesse encontro entre o setor da qualidade e seu produto essencial: o aluno, o professor e o seu campo de estágio. Esperamos que este Manual possa contribuir para o encontro de conceitos básicos para a formação de alunos e a compreensão de que, a partir desses espaços, possam ser aprimorados a ética, a disciplina e os valores sociais universais a serem oportunizados à nossa sociedade. Que cada estágio vivenciado pelos alunos, num encontro entre teoria adquirida em sala de aula e a prática vivenciada e experimentada em campo, possa ser um propulsor de novos talentos e profissionais comprometidos com o desenvolvimento social, justo e equitativo.

Jeziel Barbosa Ferreira

Presidente INSITUTO CEM

INTRODUÇÃO

O Manual de Estágios do ***INSTITUTO CEM*** foi elaborado para orientar alunos e professores sobre informações gerais acerca de Estágios. Com o objetivo de disciplinar o Programa de Estágio Curricular Supervisionado em todas as unidades geridas pelo ***Instituto CEM***, foi criada esse manual de orientação de Estágios, vinculada ao NEPE de cada unidade de saúde, a qual é responsável pela articulação, agenciamento e formalização dos estágios obrigatórios e não obrigatórios junto a SES/GO. O estágio é comumente realizado por estudantes regularmente matriculados nos cursos de nível técnico, tecnológico, graduação e pôs graduação, instituições públicas, visando o aprimoramento profissional na sua área de estudo. Para isso, é celebrado um convênio entre a escola, faculdade, universidade e a SES/GO (concedente) e, posteriormente, um Termo de Compromisso de Estágio entre o estudante e a concedente, com a interveniência do ***INSTITUTO CEM***, que deve zelar para que o contrato seja cumprido fielmente.

A função do estágio é oferecer aos estudantes o conhecimento prático das funções profissionais, possibilitando que estes tenham um contato empírico com os conteúdos teóricos que lhes são passados em sala de aula. Esse contato é de grande importância para a consolidação do processo de ensino e aprendizagem. Desenvolver uma formação acadêmica associada ao contexto real de atuação possibilita a construção do conhecimento cientifico através da vivência de situações práticas. No estágio, o estudante tem a oportunidade de ter contato direto com a realidade profissional específica, aproximando sua formação conceitual às características de sua comunidade. O estágio é um dos momentos mais importantes para a formação profissional do aluno. É através dessa atividade que este tem oportunidade de entrar em contato direto com a realidade profissional na qual será inserido, além de concretizar pressupostos teóricos adquiridos pela observação de determinadas práticas específicas e do diálogo com profissionais mais experientes. Os Estágios nas unidades geridas pelo ***INSTITUTO CEM*** seguem os ditames da Lei nº 11.788 de 2008 (cópia em anexo), conhecida como Lei do Estágio e dos contratos de gestão firmados entre o ente público/privado e o ***INSTITUTO CEM***.

A seguir apresentam-se os direitos e obrigações da Instituição de Ensino, do Aluno Estagiário e da SES/Go e ***INSTITUTO CEM*** Concedentes do Estágio.

QUAIS AS OBRIGAÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO?

São obrigações das instituições de ensino, em relação aos estágios de seus educandos (Lei nº 11.788/2008, Art. 7º):

• celebrar termo de compromisso com o educando ou com seu representante ou assistente legal, quando ele for absoluta ou relativamente incapaz, e com a parte concedente, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;

• avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;

• indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

• exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das atividades;

• zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

• elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;

• comunicar à parte concedente do estágio, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.

• exigir o plano de atividade do estagiário, elaborado em acordo das 3 (três) partes a que se refere o inciso II do caput do Art. 3º desta Lei, será incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivo à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante (Lei nº 11.788/2008, Art. 7º, parágrafo único).

• celebrar termo de compromisso de estágio entre a concedente e o aluno, o qual será assinado pelo Reitor ou outrem por ele designado, pelo(a) estudante estagiário(a) e pelo representante da parte concedente.

• Contratar seguro contra acidentes pessoais em caso de estágio obrigatório (Lei nº 11.788/2008 Art. 9° inciso IV)

• celebrar Termo de Convênio entre a instituições de ensino e a SES/Go e o ***INSTITUTO CEM***, com definição de Plano de Trabalho. A celebração de convênio de concessão de estágio entre a instituição de ensino e a parte concedente não dispensa a celebração do termo de compromisso (Lei nº 11.788/2008, Art. 8º, parágrafo único).

QUAIS OS DIREITOS E DEVERES DO ESTAGIÁRIO?

• O estudante deve estar devidamente matriculado e com frequência efetiva no curso ao qual está vinculado;

• As atividades que serão desenvolvidas no estágio devem ter relação com o curso que o estudante realiza na instituição de ensino (Lei nº 11.788/2008 – Art. 10º);

• O estudante só poderá estagiar até o limite de 6 (seis) horas diárias e 30(trinta) horas semanais (Lei nº 11.788/2008 Art.10º inciso II), podendo o aluno estagiar até 40 (quarenta) horas semanais desde que não tenha programadas aulas presenciais e esteja previsto no projeto pedagógico do curso (Lei nº 11.788/2008 Art. 10º § 1º);

• A duração do estágio não obrigatório (voluntário) será de no mínimo 4 (quatro) meses e no máximo 2 (dois) anos, na mesma parte concedente, em conformidade com a (Lei nº 11.788/2088 Art. 11º) e (Lei 9.608/98 de 19/02/1998);

• O estagiário poderá receber bolsa ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada, sendo compulsória a sua concessão, bem como a do auxílio transporte, na hipótese de estágio não obrigatório (Lei nº 11.788/2008 Art. 12º);

• É assegurado ao estagiário, sempre que o estágio (voluntário) tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias (Lei nº 11.788/2008 Art. 13º). O recesso deverá ser remunerado, quando o aluno receber bolsa ou outra forma de contraprestação. Os dias de recesso previsto neste artigo, nos casos de o estágio ter duração inferior a 1(um) ano devem ser proporcionais (Lei nº 11.788/2008 Art. 13º § 1º e 2º.

• Nos períodos de avaliação, a carga horária do estágio poderá ser reduzida pelo menos à metade (Lei nº 11.788/208 Art. 10º § 2º);

• Alunos estrangeiros podem fazer estágios obrigatórios e não obrigatórios (voluntários) desde que o prazo do visto temporário de estudante seja compatível com o período previsto para o desenvolvimento das atividades (Lei nº 11.788/2008 Art. 4).

• É assegurado às pessoas portadoras de deficiência, o percentual de 10% (dez) por cento das vagas de estágio não obrigatório (voluntários) oferecidas pela parte concedente (Lei nº 11.788/2008 Art. 17º § 5º).

• Durante a vigência do estágio curricular supervisionado não obrigatório (voluntario), o estudante estagiário apresentará, no início de cada semestre letivo, o comprovante de matricula.

- É obrigação do aluno em estágio obrigatório e ou não obrigatório (voluntário) o cumprimento integral do *regimento interno* de cada instituição de saúde gerenciada pelo ***INSTITUTO CEM.***
- É obrigação do aluno manter postura ética disciplinar durante o período do estágio das unidades geridas pelo ***INSTITUTO CEM;***
- Não é permitido uso de adornos e roupas impróprias dentro da unidade assistencial de saúde;
- E obrigatório o uso de crachá de identificação em todo o percurso do estágio nos espaços da unidade assistencial.

OBRIGAÇÕES DA CONCEDENTE

• Celebrar termo de compromisso com a instituição de ensino e o educando, zelando p seu cumprimento (Lei nº 11.788/2008 Art. 9° inciso I);

• Indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10(dez) estagiários simultaneamente (Lei nº 11.788/2008 Art. 9º inciso III);

• Enviar relatório de atividades para a instituição de ensino, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses (Lei nº 11.788/2008 Art. 9° inciso VII).

PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE ESTÁGIOS NAS UNIDADES GERIDAS PELO INSTITUO CEM

O Que é um Estágio?

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, realizado por estudantes matriculados e efetivos das instituições de ensino junto a pess jurídicas de direito privado, ONGs, órgãos da administração pública e instituições de ensino. O estágio se configura como uma excelente oportunidade de desenvolvimento de atividades relacionadas às respectivas áreas de formação profissional dos estudantes.

Qual é a Finalidade de um Estágio?

Propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem realizados na instituições de ensino. As atividades do estágio devem estar coerentes com os currículos, programas e calendários escolares/universitários, a fim de se constituírem em instrumentos de integração, em termos de treinamento prático, aperfeiçoamento técnico-cultural, científico e relacionamento humano.

Quais São as Modalidades de Estágios no *INSTITUTO CEM*?

De acordo com a Lei nº 11.788/2008, Art. 1º, §1º e §2º, existem duas modalidades de estágios:

- Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma. Nessa modalidade de estágio, o estudante se matricula em componente curricular específico de estágio do seu curso, sendo de responsabilidade da Coordenação do Curso assegurar a matrícula e orientação didática. As normas que regem essa modalidade de estágio são definidas pela instituição de ensino.
- Estágio Curricular Supervisionado Não Obrigatório (voluntário) é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória. Esta modalidade de estágio também tem um aspecto profissionalizante, direto e específico, sendo conduzido a partir de interesse do estudante por uma vivência adicional junto ao mercado de trabalho. Esta modalidade segue as normas definidas na Lei 9.608/98 de 19/02/1998;

Quem Pode Contratar Estagiário?

As pessoas jurídicas de direito privado e os órgãos da administração pública direta, autárquicas e fundacional de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Também os profissionais de nível superior, devidamente registrados em seus respectivos conselhos, podem oferecer estágios (Art. 9º da Lei nº 11.788/2008). Os setores acadêmicos ou administrativos das instituições de ensino poderão receber estudantes para vivências curriculares, como estágio obrigatório e não obrigatório. O primeiro passo é verificar se a unidade concedente possui convênio vigente com a instituição de ensino e se está vigente as modalidades mencionadas no texto.

É importante destacar que o estágio não gera vínculo empregatício desde que cumpra o que determina o Art. 3º da Lei nº 11.788/2008. O descumprimento de qualquer dos incisos deste artigo ou de qualquer obrigação contida no Termo de Compromisso Obrigatório ou Não Obrigatório caracteriza vínculo de emprego do educando com a parte concedente do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária (Lei nº 11.788/2008, Art. 3º, § 2º).

O Que Deve Constar no Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório, Não Obrigatório e Coletivo?

É obrigação das instituições de ensino celebrar termo de compromisso com os dispositivos seguintes (Lei nº 11.788/2008):

Termo de compromisso de estágio não obrigatório (voluntário): Os termos de compromisso de estágio não obrigatório devem ser impressos em 3 (três) vias e encaminhados para o setor da qualidade do **INSTITUITO CEM** para assinatura. Cada uma das vias deve ser assinada por representante da concedente, pelo aluno;

No termo de compromisso devem constar as seguintes informações:

- Dados da empresa;
- Dados do estagiário;
- Dados do professor orientador;
- Dados do supervisor da unidade concedente;
- Horário e período de realização do estágio;
- Valor da bolsa ou outra forma de contraprestação acordada (se assim estiver);
- Seguro contra acidentes pessoais a ser contratado pela concedente;
- Histórico e comprovante de matrícula (apenas uma via);
- Plano de atividades assinado pelo Professor orientador, pelo aluno e pelo Supervisor da concedente.

Termos de compromisso de estágio obrigatório:

Os termos de compromisso de estágio obrigatório devem ser impressos em 3 (três) vias e encaminhados para a escola de saúde pública (SES/GO) para assinatura. Cada uma das vias deve ser assinada pelo representante da concedente, pelo aluno e uma cópia será entregue no NEPE de cada unidade de saúde. Que for realizar o estágio. O termo de compromisso será o modelo padrão da SES/GO.

O que é o Termo de Responsabilidade?

Quando os setores acadêmicos das instituições de ensino receberem estudantes para vivências curriculares (como estágio obrigatório e não obrigatório), será necessário celebrar Termo de Responsabilidade entre as unidades envolvidas, devidamente acompanhado do Plano de Trabalho.

O Estágio Pode Começar Mesmo Sem Que a Documentação Esteja Completa?

Não. O estudante só poderá iniciar o estágio depois que toda a documentação relacionada ao convênio e ao termo de compromisso estiver devidamente regularizada e assinada, evitando problemas para si e para a empresa onde estiver estagiando.

O que Pode Impedir ou Interromper a Realização do Estágio?

A situação escolar do estudante: conclusão ou abandono do curso, e trancamento de matrícula são eventos que interrompem a realização do estágio, impedindo a sua continuidade, pois descaracterizam a condição legal de estagiário, podendo gerar vínculo empregatício. Por ocasião do desligamento do estagiário, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho (Lei nº 11.788/2008 Art. 9º inciso V).

Todo Estágio é Remunerado?

Não. Alguns estágios não são remunerados. Outros podem oferecer uma bolsa em dinheiro ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada para os estudantes (Lei nº 11.788/2008, art. 12º). No caso dos estágios obrigatório e vedado a concessão de bolsa ou outra forma de contraprestação. A bolsa em dinheiro, paga diretamente pela empresa ou por meio do Agente de Integração, não precisa obedecer ao salário mínimo. A finalidade do pagamento de uma bolsa em dinheiro ao estagiário é permitir ao estudante a cobertura parcial de suas despesas escolares e de outras, decorrentes do estágio não obrigatório (voluntario)

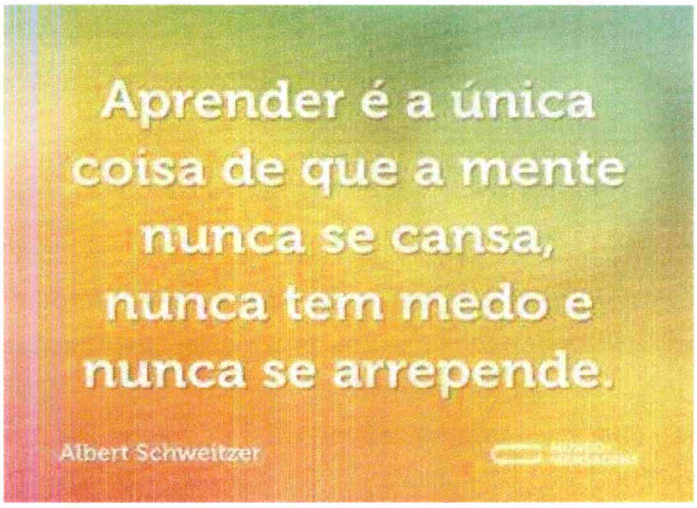
Como um Aluno Pode Comprovar a Realização de um Estágio?

O principal documento que comprova a realização de um estágio é o termo de compromisso de estágio devidamente assinado pela empresa, pelo estagiário e pela instituição de ensino o qual pertence. Além do termo de compromisso de estágio, é possível solicitar uma declaração de realização de estágio junto à instituição de ensino.

Onde eu Posso Obter mais Informações Sobre os Estágios no *INSTITUTO CEM*?

Entrando em contato com o ***INSTITUTO CEM***:

- No endereço: Av. Deputado Jamel Cecílio, 2492, qd B22, Lt.4E, sala 26-A ed. New Business, Jd Goiás
- Através dos telefones: (62) 3922-5225;
- Pelo e-mail: contato@institutocem.org.br;
- Acessando o site www.institutocem.org.br



2.3.2 DO REGIMENTO INTERNO DO CEP

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO– CEP-HERSO

11º Edição de 08 de maio de 2020

CAPÍTULO I – SOBRE O OBJETIVO E SUAS FINALIDADE

ARTIGO 1 - O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO(CEP-HERSO) é uma instância colegiada, interdisciplinar e independente de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas educativa e autônoma, tem por objetivo e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, no âmbito do HERSO e de outras instituições que não possuem Comitê de Ética, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, inclusive os multicêntricos, visando a observância de normas éticas na defesa dos direitos dos envolvidos na pesquisa – participantes, pesquisadores e instituições individual ou coletivamente considerado, levando em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira, instituído pela Portaria 016/2020, nos termos da Resolução do Conselho nacional de Saúde (CNS) de nº: 466, de 12 de dezembro de 2012, e normas complementares.

§ 1 – O CEP – HERSO não realiza análise de protocolos de pesquisa envolvendo animais.

§ 2 - O CEP – HERSO observará todas as normas legais atinentes às pesquisas que envolvam seres humanos, em particular a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) e nº 510 de 07 de abril de 2016, os instrumentos legais, normas complementares e/ou normativos posteriores.

ARTIGO 2 - Os membros do CEP têm total independência de ação no exercício de suas funções no Comitê, mantendo em caráter confidencial.

CAPÍTULO II – SOBRE A COMPOSIÇÃO E SUA RENOVAÇÃO

ARTIGO 3 - O CEP é constituído por no mínimo 07 membros de caráter multidisciplinar, e representante da comunidade assistida pela Instituição, um representante dos usuários indicado pelo Conselho Estadual ou Municipal da Saúde (assinada pela autoridade máxima do conselho) ou por outras entidades que não tenham vínculo com a instituição requerente.

§ 1º - Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, um membro da comunidade representando os usuários da instituição, indicado pelo Conselho Estadual ou Municipal de Saúde.

ARTIGO 4 - A constituição do CEP deve levar em conta os critérios de heterogeneidade profissional definido pela resolução CNS 466/12. Não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha representação superior a metade de seus membros.

§ 1 - Os candidatos a membros poderão ser indicados por qualquer pessoa da comunidade e/ou que manifestar interesse próprio em participar do mesmo. Os nomes indicados deverão ser submetidos a apreciação e aprovação em reunião colegiado do CEP.

§ 2 - Em consonância com o capítulo VII 6 da Resolução/CNS nº: 466/12 os membros não poderão ser remunerados, podendo ser ressarcidos de eventuais despesas com transporte, hospedagem e alimentação, sendo dispensados nos horários de seu trabalho no CEP-HERSO, de outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, dado o caráter de relevância pública da função, e da obrigatoriedade da sua participação dos membros nas reuniões.

§ 3 - O número de membros do CEP-HERSO será variável atendendo a necessidade do CEP, podendo aumentar ou diminuir, conforme aprovação da plenária do colegiado do CEP, com anuência através de Portaria de nomeação da Diretoria Geral do HERSO.

ARTIGO 5 - Indicação de qualquer novo membro deverá ser submetida à aprovação em plenária pelo colegiado do CEP-HERSO

§ 1 - O mandato dos membros do CEP será de 03 anos, sendo permitidas 02 reconduções de 03 anos, sempre com a recondução da plenária do colegiado CEP-HERSO e anuência do Diretor Geral do HERSO.

§ 2 - Ao final do mandato, ou em caso de desistência ou dispensa por descumprimento deste Regimento, o membro titular será desligado do CEP através de Portaria da Diretoria Geral.

§ 3 - Todo novo membro do CEP-HERSO deve ser qualificado para o pleito através de curso de capacitação inicial em Ética na pesquisa em seres humanos.

ARTIGO 6 - O CEP será coordenado por um dos membros, eleito entre seus pares, ao final do mandato do coordenador anterior. O segundo colocado mais votado na eleição de coordenação será o Vice – coordenador.

ARTIGO 07 - Os mandados de Coordenador e Vice Coordenador serão de 03 anos, sendo permitidas 02 reconduções.

ARTIGO 08 - Poderão ser convidados consultores "ad hoc" para análise de projetos específicos que exijam competência especializada do relator, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades. Terão direito a voz, mas não voto decisório, na plenária.

CAPÍTULO III – SOBRE AS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 09 - São atribuições do CEP:

2. Analisar os projetos e protocolos de pesquisa com seres humanos, inclusive os multicêntricos e interdisciplinares, e emitir pareceres, elaborados sob o ponto de vista dos requisitos da ética, dentro do prazo máximo de 30 dias;
3. Expedir instruções com normas técnicas para orientar os pesquisadores com respeito a aspectos éticos;
4. Garantir a manutenção dos aspectos Éticos de pesquisa;
5. Zelar pela obtenção de consentimento livre e esclarecido dos indivíduos ou grupos para sua participação na pesquisa;
6. Acompanhar o desenvolvimento de projetos através de relatórios periódicos dos pesquisadores, nas situações exigidas pela legislação;
7. Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), encaminhando para sua apreciação os protocolos de pesquisa, conforme os casos previstos na resolução CNS nº: 466/12;

8. Cabe ao CEP/HERSO analisar e decidir sobre as pesquisas apreciadas, se tornando corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa;
9. Receber dos participantes ou de qualquer outra parte, denúncias de abuso ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário solicitar adequação do Termos de Consentimento Livre e Esclarecido;
10. Requerer instauração de sindicância a direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza éticas nas pesquisas e, havendo comprovação, comunicar à CONEP e no que couber a outras instâncias;
11. Desempenhar papel consultivo e educativo, promovendo ações educativas para os membros, pesquisadores, participantes de pesquisa e pessoas da comunidade e fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
12. Manter sigilo do conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados e das reuniões do CEP que são fechadas ao público. Todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais, e reuniões, deverão manter sigilo comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade.

ARTIGO 10 - Analisar o protocolo de pesquisa enquadrando em uma das seguintes categorias descrita pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde Capítulo X, item x 3.1:

- Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução;
- Com pendência: quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em pendência, enquanto esta não estiver completamente atendida;
- Não aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em pendência;
- Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar a resposta às pendencias apontadas ou para recorrer;
- Suspensos: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;
- Retirado: quando o sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirado do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso o protocolo é considerado encerrado.

CAPÍTULO IV – SOBRE O FUNCIONAMENTO

ARTIGO 11 - O CEP se reunirá em sessão ordinária uma vez pro mês, em dia e horário a serem definidos pela plenária na primeira reunião do ano, ou em caráter extraordinário, quando convocado pelo Coordenador ou pela maioria de seus membros. A reunião será dirigida pelo Coordenador ou, na sua ausência, pelo Vice – Coordenador ou outro membro designado pela plenária.

Parágrafo único: O prazo para emissão do parecer é de 30 dias a partir da aceitação na integralidade dos documentos do protocolo, cuja checagem, documental deverá ser realizada em até 10 dias após a submissão.

ARTIGO 12: - O quórum mínimo das reuniões ordinárias e extraordinárias, para instalação de plenária e deliberação, será de cinquenta por cento mais um do quantitativo de membros (maioria absoluta).

Parágrafo único: O CEP/HERSO, de acordo com seu calendário de reuniões aprovado em Reunião Ordinária lavrada em ATA, disponibilizada a todos os membros dos CEP/CONEP, no prazo de até 30 (trinta) dias, constando: as deliberações da plenária; a data e horário de início e término da reunião; o registro nominal dos presentes e as justificativas das ausências. E com um mínimo de 09 reuniões ordinárias anuais, onde todas terão registro em ATA e documentadas e arquivadas em meio físico e sistema de informática.

ARTIGO 13: As reuniões se darão da seguinte forma:

a) verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, Vice-Coordenador, que fará a abertura dos trabalhos;
b) verificação pelo secretário de presença dos membros e existência de quórum;
c) leitura e assinatura da Ata da reunião anterior;
d) comunicações breves e franqueamento da palavra;
e) leitura e despacho do expediente;
f) ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
g) encerramento da sessão.

§ 1º: Caso haja necessidade de participação de um consultor "ad hoc", o mesmo participará da reunião apenas no momento em que for exposta a respectiva pesquisa. Deve-se explicitar para o consultor os aspectos sobre os quais se requer a sua manifestação, esclarecendo ainda que esta será submetida ao colegiado.

§ 2º: Caberá ao colegiado o acolhimento ou não do parecer do consultor e a responsabilidade da decisão final. Por isso nem os membros relatores membros do comitê nem os consultores ad hoc devem ter sua identificação divulgada fora do comitê.

§ 3º: O CEP/HERSO referencia um prazo de 30 dias, para que o pesquisador possa responder as pendências emitidas pelo parecer do relator.

ARTIGO 14: O CEP-HERSO tem espaço físico no endereço: Av. 31 de Março esq. c/ 5ª radial, S/Nº, subsolo, sala 01 – Setor Pedro Ludovico, Goiânia - Goiás, terá atendimento ao público (pesquisadores, participantes de pesquisas, usuários do HERSO e pessoas da comunidade) em horário comercial, das 7 às 12 horas e das 13 às 17 horas, de segunda a sexta-feira, em sala privativa e exclusiva do CEP. Tal atendimento se dará pessoalmente, por correspondência impressa e eletrônica e por telefone.

Parágrafo Único – Cabe à direção do HERSO proporcionar sala específica e privativa exclusiva para funcionamento do CEP, dentro das instalações físicas da instituição e com mobiliário e equipamentos adequados às suas necessidades, e disponibilizar ao menos um servidor para exercer a função de secretário e de atendimento ao público.

ARTIGO 15: Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê e especificamente:

a) representar o Comitê em suas relações internas e externas;
b) instalar o Comitê e presidir as reuniões plenárias;
c) promover a convocação das reuniões;
d) indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade do Comitê;
e) tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
f) apresentar à plenária a proposição de dispensa de membros, com base em ausências injustificadas e mau desempenho do pleito.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice-Coordenador.

ARTIGO 16: Aos membros titulares do CEP compete:

a) estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;
b) comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
c) requerer votação de matéria em regime de urgência;
d) acompanhar os protocolos que lhes forem atribuídos, desde sua aprovação até seu encerramento, verificando a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação

e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, as emendas e notificações, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo, e fiscalizar, quando necessário;

e) desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;

f) manter sigilo e confidencialidade dos assuntos e protocolos discutidos na plenária ou relacionados ao CEP, assumindo compromisso por escrito de tal sigilo e ausência de conflito de interesse, sob pena de responsabilidade, no início de seu mandato;

g) é vedado, tanto aos titulares quanto aos suplentes, exercer atividade nas quais interesses privados possam comprometer o interesse público e sua imparcialidade no exercício de suas atividades no sistema CEP/Conep.

h) apresentar proposições sobre as questões atinentes ao CEP.

Parágrafo Único - O membro do Comitê deverá declarar-se impedido de emitir pareceres ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver direta ou indiretamente envolvido.

ARTIGO 17: Aos funcionários administrativos do CEP compete:

a) participar das reuniões, organizar as pautas e redigir as atas do CEP;

b) anexar na Plataforma Brasil, pautas e atas das reuniões;

c) elaborar correspondências e documentos referentes ao CEP e mantê-los arquivados;

d) elaborar calendários de reuniões Ordinárias do CEP;

e) enviar os relatórios semestrais e anuais para CONEP/MS;

f) arquivar e manter, na sede do CEP, os documentos confidenciais dos projetos de pesquisa em arquivo digital, pelo período de cinco anos, conforme recomendação da CONEP através Resolução n.º 466/12 **Capítulo X, inciso X.1, item 3 letra c**,

g) organizar o processo de renovação (indicação ou votação) dos membros do CEP (a cada três anos);

h) fazer solicitação trienal à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, da renovação do registro do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP/HERSO;

i) orientar os pesquisadores quanto ao correto preenchimento dos formulários e conferir documentos recebidos, conforme a Resolução CNS n.º 466/12 e suas complementares;

j) solicitar as justificativas de faltas e licenças dos membros do CEP e submetê-las a apreciação da coordenação;

k) cobrar relatórios dos pesquisadores e informar seu recebimento ao coordenador do CEP e também ao relator do referido estudo, conforme 466/12- CONEP/ MS;

l) manter o sigilo de todos os dados dos projetos de pesquisa, exceto quando solicitado pelas autoridades sanitárias;

m) receber as correspondências, projetos, denúncias ou outras matérias, dando os devidos encaminhamentos;

n) organizar eventos relativos ao Comitê de Ética em Pesquisa: Palestras, Seminários, Workshops; Mostras de Estudos Analisados e Aprovados pelo CEP;

o) trabalhar permanentemente em interface com a Plataforma Brasil- CONEP/MS;

p) atendimento ao pesquisador através de contato telefônico, presencial e online.

ARTIGO 18: Será dispensado e substituído o membro que tiver faltas não justificadas em três reuniões ordinárias consecutivas, ou em quatro intercaladas, no mesmo ano. Da vacância, afastamento e ausências: cabe ao CEP, ante as situações de vacância, afastamento ou ausências injustificadas por parte de seus membros, adotar as providências de substituição, comunicando o fato à CONEP, conforme Norma Operacional 001/13. As justificativas deverão ser apresentadas por escrito, via e-mail ou carta, de maneira antecipada ou até dez dias após a reunião. O processo de dispensa e substituição será realizado e aprovado em plenária de reunião ordinária do CEP-HERSO, com indicação do Coordenador.

ARTIGO 19: O CEP planejará e executará com apoio da direção do HERSO, ações educativas sobre pesquisa com seres humanos e a Ética, bem como qualificará os membros do CEP, os servidores da instituição, os pesquisadores, os participantes de pesquisas, os usuários do SUS e as pessoas da comunidade, incluindo docentes e discentes de Instituições de Ensino Superior atendidos pelo comitê, para o planejamento, execução e participação em pesquisas que atendam aos critérios éticos exigidos no Brasil. Tais ações educativas incluem a divulgação dos resultados das pesquisas aprovadas pelo Comitê.

ARTIGO 20: O CEP promoverá periodicamente, conforme necessidade, cursos de capacitação inicial em Ética na pesquisa com seres humanos com objetivo de qualificar os membros no exercício de suas funções no Comitê. Também o CEP-HERSO oportunizará ações educativas para reciclagens periódicas de seus membros. Tais ações educativas serão realizadas com auxílio e financiamento da gestão do HERSO e de outros Comitês de Ética locais, regionais ou nacionais, CONEP e outras organizações, conforme parcerias estabelecidas para tal.

CAPÍTULO V– SOBRE AS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 21 - O CEP manterá, em caráter confidencial, as informações recebidas.

ARTIGO 22 - Os projetos, protocolos e relatórios correspondentes serão arquivados por 5 anos, seja por meio digital ou impresso, após o encerramento do estudo.

ARTIGO 23 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão esclarecidos pelo Coordenador do CEP-HERSO e, em grau de recurso, pelo Diretor Geral da Instituição.

ARTIGO 24 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta do CEP, através da aprovação de 2/3 de seus membros, sendo posteriormente submetido à anuência do Diretor Geral do HERSO.

ARTIGO 25 - Quando a ocorrência de paralisação das atividades do CEP em função de greve ou recesso institucional, nos termos da Carta Circular nº 244/16, da Conep, o CEP comunicará, aos interessados as situações descritas:

§ 1º: Greve Institucional: comunicar à comunidade de pesquisadores e às instâncias institucionais correlatas (por exemplo: comissões de pós-graduação, centro de pesquisa clínica, outros) quanto à situação, informando se haverá interrupção temporária da tramitação dos protocolos, e se a tramitação permanecerá paralisada (parcial ou totalmente) pelo tempo que perdurar a greve; aos participantes de pesquisa e seus representantes o tempo de duração estimado da greve e as formas de contato com a Conep, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período da greve; e em relação aos projetos de caráter acadêmico, como TCC, mestrado e doutorado, o CEP/HERSO adequará devidamente prazos dos alunos, de acordo com a situação de cada um, caso haja atraso na avaliação ética pelo CEP/HERSO; e informará à Conep quais as providências que serão adotadas para regularizar a sua atuação quanto à tramitação de protocolos para apreciação ética, após o período de paralisação, e

§ 2º:Recesso Institucional: o CEP/HERSO informará, com a devida antecedência e por meio de ampla divulgação por via eletrônica, à comunidade de pesquisadores o período exato de duração do recesso; e aos participantes de pesquisa e seus representantes o período exato de duração do recesso e as formas de contato com o CEP e a Conep, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período do recesso.

ARTIGO 26 - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela plenária do CEP-HERSO.

Aprovado por unanimidade em reunião ordinária do CEP-HERSO, no dia 08 de Maio de 2020.

Goiânia, 08 de OUTUBRO de 2023.

2.4 REGIMENTO INTERNO E RESPONSABILIDADES DEPARTAMENTO DE ESTÁGIO

TÍTULO I

DA INTRODUÇÃO E DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

O estágio curricular obrigatório é um momento importante no processo de formação profissional. É um ato educativo supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que permite a aplicação dos conhecimentos teóricos por meio da vivência em situações reais da profissão. O programa de estágio obrigatório do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO é oferecido a alunos matriculados em cursos técnicos e de graduação da área da saúde. As atividades realizadas pelo aluno são acompanhadas e avaliadas por profissional do quadro de pessoal do HERSO, com formação ou experiência na área de conhecimento do estágio.

Com base na Portaria nº 225/2021 – SES, que estabelece a regularização e organização da distribuição de vagas de estágio obrigatório oferecidas pelas Unidades Assistenciais de Saúde da SES-GO, por meio de um Convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO e Instituição de Ensino.

De acordo com a Lei Federal nº 11.788 de 25 de setembro de 2008 sobre o estágio curricular obrigatório.

O presente regulamento tem por objetivo estabelecer os procedimentos operacionais e regras para disciplinar os estágios curriculares do Departamento de Estágio.

TÍTULO II

DEPARTAMENTO DE ESTÁGIO

Art. 1º O setor de estágio é gerenciado pela Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão, designado pela Diretoria Geral do Hospital.

Art. 2º Apoiarão às atividades do departamento, os Supervisores e Preceptores dos estagiários dos cursos de graduação e técnicos profissionalizantes, que oferecerão nosuporte devido quando demandados pela Supervisão.

Art. 3º O Departamento de Estágio é composta por:

a) Um(a) agente administrativo;

b) Um(a) supervisor(a) de estágio.

Art. 4º O departamento tem por finalidade executar, supervisionar e planejar as atividades de estágio, de acordo com as normas internas da unidade.

TÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES DO AGENTE ADMINISTRATIVO

Art. 5º O agente administrativo deve possuir ensino técnico e/ou superior completo, na área administrativa ou pedagógica, com as seguintes atribuições:

I. Dar suporte administrativo para as atividades do supervisor de estágios e demais membros envolvidos no programa;

II. Informar os Discentes, Instituições de Ensino e Escola de Saúde de Goiás – SES/GO das atividades referentes aos estágios;

III. Manter o controle e o registro das atividades de estágio, assegurando a agilidade e assertividade nos processos do departamento;

IV. Arquivar toda a documentação referente aos estágios;

V. Redigir documentos como: atas, ofícios, relatórios, memorandos, e-mails e outros registros fundamentais para o controle das atividades do setor e quando necessário, encaminhar para a Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão;

VI. Orientar os educandos durante todo o período de estágio dentro da Unidade Hospitalar;

VII. Atender as Instituições de Ensino no que tange às atividades acadêmicas relacionadas ao departamento (receber e conferir documentações e outras de contrapartida);

VIII. Auxiliar na análise de indicadores do setor e sugerir ações para melhoria contínua no que tange o desempenho dos preceptores e aperfeiçoando.

TÍTULO IV

DO(A) SUPERVISOR(A) DE ESTÁGIO

Art. 6º O(a) supervisor(a) de estágio deve possuir ensino superior completo, na área administrativa ou da saúde, com as seguintes atribuições:

I. Supervisionar, orientar e validar os trabalhos do(a) agente administrativo e outros documentos do departamento;

II. Orientar os discentes do curso sobre as exigências e os critérios para a realização dos estágios;

III. Definir as estratégias de ação a serem implementadas para melhoria dos programas de estágios supervisionados;

IV. Responder pelo bom desempenho dos serviços e pela intercomunicação com outras áreas da instituição;

V. Supervisionar a execução do programa do Departamento de Estágio já definidos no calendário anual;

VI. Orientar na elaboração de relatórios conforme cronograma e encaminhar a Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão;

VII. Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de qualidade das ações e serviços inerentes à sua área, conforme diretrizes estabelecidas pela Comissão da Qualidade do HERSO;

VIII. Monitorar as ações e os resultados no que tange à qualidade dos serviços prestados, a satisfação e resolutividade do atendimento realizado pelos seus profissionais supervisionados (estagiários e internos);

IX. Controlar e responder pelas escalas dos supervisionados e deliberar sobre as solicitações de estágios;

X. Responsável por compilar a avaliação do desempenho dos supervisionados;

XI. Organizar internamente o funcionamento do Departamento de Estágio conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades;

XII. Elaborar cronograma de educação continuada para melhor aperfeiçoamento de seus supervisionados, a fim de minimizar ameaças e riscos que impactam diretamente nas suas atividades;

XIII. Providenciar, junto a Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão, quanto às providências para expedição de certificados deAperfeiçoamento Profissional;

XIV. Analisar indicadores do setor e definir ações para melhoria contínua no que tange o desempenho dos preceptores e educandos.

TÍTULO V

DA PRÁTICA DA PRECEPTORIA E ATRIBUIÇÕES DO PRECEPTOR

Art. 7º A prática da Preceptoria compreende a atividade de acompanhamento e supervisão do estudante durante o treinamento em serviço e apoio à organização do Programa de Preceptoria e Supervisão das atividades de estágio e internato exercidas por estudantes de instituições de ensino superior.

§ 1° Entendem-se por cenário de prática os serviços de saúde destinados à produção de cuidado e pedagógica.

§ 2° Entende-se por estágio o ato educativo supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que compõe o processo de formação do estudante e visa à preparação para o trabalho.

§ 3º Entende-se por internato a etapa do conhecimento em que se cumpre o ciclo teórico-prático de treinamento em serviço de longa duração, que busca aquisição de competência técnica em diferentes níveis de atenção e necessidade.

§ 4º O Preceptor é o profissional do serviço que atua na supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos estudantes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa.

Art. 8º São atribuições do(a) Preceptor(a):

I. O estágio obrigatório somente poderá ser desenvolvido sob o acompanhamento permanente de preceptor da área da saúde.

§ 1º Preceptor(a) da área médica deverá ser integrante do quadro de funcionários da Unidade Hospitalar.

§ 2º Preceptor(a) da área multiprofissional poderá ser integrante do pessoal da Instituição de Ensino.

II. Acompanhar e orientar as atividades do Programa de Preceptoria e Supervisão de Estág e Internato;

III. Responsabilizar-se pelas ações desenvolvidas pelos estudantes que estiverem sob sua supervisão;

IV. Orientar, acompanhar e supervisionar o desenvolvimento das atividades previstas no plano de trabalho, observando os objetivos da disciplina e diretrizes do projeto pedagógico do curso;

V. Facilitar a integração do discente com a equipe de saúde, usuários do SUS e discentes de outros cursos que atuam no cenário de prática;

VI. Participar dos processos formativos, bem como das reuniões de integração;

VII. O acompanhamento do cumprimento de carga horária e a avaliação de desempenho dos educandos ficarão sob responsabilidade dos preceptores e do supervisor de estágio;

VIII. As Instituições de Ensino indicarão o docente supervisor das práticas de ensino, o qual será responsável por apoiar e orientar as atividades da preceptoria.

TÍTULO VI

DOS ESTÁGIOS

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9° A jornada do estágio curricular obrigatório será definida de comum acordo entre a Escola de Saúde Goiás – SES/GO e a parte concedente (HERSO), devendo constar no ofício, termo de compromisso e ser compatível com as atividades curriculares previstas, nãopodendo ultrapassar:

§ 1° - 6 (seis) horas diárias e 30 (trinta) horas semanais, com o período de 04 semanas, no caso de estudantes do ensino superior e técnico profissionalizante.

§ 2° - O estágio relativo a cursos que alternam teoria e prática, nos períodos em que não estão programadas aulas presenciais, poderá ter jornada de até 40 (quarenta) horas semanais, desde que isso esteja previsto no projeto pedagógico do curso e da Instituição de Ensino.

§ 3°- Se a Instituição de Ensino adotar verificações de aprendizagem periódicas ou finais, nos períodos de avaliação, a carga horária do estágio será reduzida pelo menos à metade, segundo estipulado no termo de compromisso, para garantir o bom desempenho do estudante.

Art. 10° Aplica-se ao estagiário a legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho, sendo sua implementação de responsabilidade da parte concedente do estágio (HERSO).

Art. 11° O estagiário, durante exercício das atividades práticas no HERSO, deverá seguirtodas as diretrizes e protocolos institucionais, cabendo-lhe sanções administrativas.

Art. 12° As faltas justificadas devem ser repostas pelo aluno para garantir o cumprimento da carga horária e frequência total estabelecida. A ausência não justificada em qualquer atividade do estágio, será registrada como falta, pesando como desabono à sua aprovação.

CAPÍTULO II

DOS DEVERES DO ESTAGIÁRIO

Art. 13° O principal propósito da Unidade Hospitalar em relação ao estágio curricular obrigatório é oferecer ao discente a oportunidade de vivenciar situações reais nas áreas médicas e multiprofissionais dentro desta unidade. Assim, compete ao estagiário:

I. **Assinar o Registro de Ponto diariamente;**

II. **Utilizar, obrigatoriamente, o crachá de identificação, fornecido pela unidade, nas dependências do Hospital;**

III. Postar-se de forma ética, moral e profissional, bem como, comprometer-se com as medidas de segurança do trabalho, prevenção e controle de infecção hospitalar;

IV. Respeitar as normas e regulamentos internas ou do campo de estágio;

V. Permanecer no Campo de Estágio apenas no horário e/ou período regulamentar destinado ao mesmo;

VI. Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras sem o consentimento do Departamento de Estágio;

VII. Ser assíduo e pontual com os horários previamente estabelecidos pelo preceptor(a) e/ ou Departamento de Estágio;

VIII. Zelar pela conservação e ordem do material permanente e equipamentos do Campo de Estágio;

IX. Participar da semana de acolhimento e visita de ambientação, promovida pelo Departamento de Estágio HERSO.

TÍTULO VII

DA DEFINIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE VAGAS

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES DE VAGAS

Art. 14º Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejamfrequentando o ensino regular em instituições de educação superior e técnico profissionalizante.

§ 1° O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso superior e técnico profissionalizante em curso, além de integrar o itinerário formativo do educando, sendo realizados no HERSO estágios curriculares obrigatórios e optativos de instituições conveniadas pela SES/GO.

§ 2° Estágio curricular obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção da diplomação.

§ 3° O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadãe para o trabalho.

Art. 15° O estágio obrigatório não é remunerado e não gera vínculo empregatício, nem obrigação trabalhista, providenciaria ou de qualquer outra natureza, observados os seguintes requisitos:

I. Matrícula e frequência regular do educando em curso de educação superior e técnico, atestadas pela instituição de ensino;

II. Celebração de termo de compromisso entre o educando, a parte concedente do estágio e a instituição de ensino;

III. Compatibilidade entre as atividades desenvolvidas no estágio e aquelas previstas no termo de compromisso.

Parágrafo Único – É vedada a cobrança de qualquer valor dos estudantes, a título de remuneração pelos serviços referidos nos incisos deste artigo.

CAPÍTULO II

DA OFERTA DAS VAGAS

Art. 16° As vagas para estágio obrigatório no HERSO serão disponibilizadas conforme Portaria da SES n°225/2021, de modo define que:

§ 1° As instituições de Ensino interessadas em vagas de estágio curricular obrigatório nos campos da SES-GO serão cadastradas por meio de Termo de Ajuste, celebrado com o Estado de Goiás;

§ 2° As vagas de estágio curricular obrigatório serão distribuídas mediante chamada pública para instituições de Ensino previamente cadastradas, conforme § 2°, da Portaria nº 225/2021 – SES;

§ 3° Terão preferência na distribuição das vagas as instituições de ensino na seguinte ordem:

I. Pública;

II. Privada do Estado de Goiás;

III. Instituição de Ensino de outro Estado da Federação.

Art. 17° O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela SES-GO conjuntamente com o HERSO (Unidade de Assistência de Saúde da SES-GO), levando-se em consideração a capacidade institucional para recebimento dos alunos.

Art. 18° Serão ofertadas no HERSO vagas nas modalidades de estágio curricular obrigatório para área médica (internato), graduandos multiprofissionais e ensino médio técnico.

CAPÍTULO III

DA UNIDADE HOSPITALAR CONCEDENTE

Art. 19° Das obrigações do HERSO para realização de estágio curricular obrigatório:

I. Celebrar termo de compromisso com a SES-GO, zelando por seu cumprimento;

II. Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;

III. Na modalidade de internato (estágio curricular obrigatório da área médica) indicar colaborador de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e preceptoras, no máximo,até 10 (dez) estagiários simultaneamente;

IV. Receber o estagiário, após ter participado do acolhimento e visita de ambientação, orientar quanto aofluxo das atividades do Cronograma Pedagógico e encaminhar para setor referente à realização do estágio;

V. Manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio.

CAPÍTULO IV

DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO

Art. 20° Das obrigações das Instituições de Ensino para estágio curricular obrigatório no HERSO:

I. Ter convênio previamente estabelecido com a SES-GO e seguir o quantitativo de vagas ofertado pelo HERSO;

II. Realizar termo de compromisso com o educando e enviar para parte concedente, no caso o HERSO, para início das atividades;

III. No caso de estágios obrigatórios em área médica, multiprofissional e técnica, ser o responsável de contratar o professor-orientador (preceptor), da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

IV. Fornecer recursos, materiais e equipamentos de proteção individual como forma de contrapartida à parte concedente do estágio, HERSO, para que os educandos participem de atividades práticas em campo;

V. Exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das atividades;

VI. Zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

VII. Contratar em favor do estagiário seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, conforme fique estabelecido no termo de compromisso;

VIII. Elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;

IX. Comunicar à parte concedente do estágio, HERSO, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas, assim como a data do início das atividades do estágio;

IV. Entregar toda documentação exigida e os materiais de contrapartida solicitados pelo DE – HERSO com antecedência mínima de 7 dias úteis antecedentes ao início do estágio.

TÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21º Este regulamento entrará em vigor após a aprovação pela Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão e pela Diretoria-Geral do HERSO.

Art. 22º Os casos e quesitos omissos neste regimento serão tratados com a supervisão do setor e diretoria de ensino e técnica.

TÍTULO IX

DAS REFERÊNCIAS

GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria n° 225, 10 de março de 2021**.Goiânia: Diário Oficial do Estado de Goiás, 2021. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/legislacao/portarias/Portaria-225-Estagio-Obrigatorio.pdf. Acesso em 25/05/2023.

BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em25/05/2023

_____

Assinatura do Gestor

_____

Assinatura do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

2.5 Da Educação Permanente

A **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)** instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/20041, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/20071. Essa última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos

relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). A proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema nacional de saúde.

No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (Brasil, 2007).

O **INSTITUTO CEM** deverá propor através da comissão de Educação Permante o Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

O **INSTITUTO CEM** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até o dia 30 de outubro do respectivo ano, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo até o último dia útil do ano para o respectivo parceiro.

Também tomará como base os programas do MS e MEC com relação a qualificação da força de trabalho na unidade hospitalar HERSO, abaixo alguns dos cursos disponíveis pelo MS para serem cadastrados pela unidade e disponibilizados a todos os colaboradores que os referidos cursos contemplem.

Os cursos ofertados pelo Programa de Educação Permanente em Saúde do trabalhador e da Trabalhadora (PEPSATT) são:

CURSO DE INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

O Curso é dividido em 3 trilhas pedagógicas: da Trilha da Clínica à Visat - Potencializando o encontro clínico do(a) usuário(a)- trabalhador(a) com profissionais da eAB/eSF; Trilha Vigilância à Clínica - Trajetória da Visat na Rede de Assistência à Saúde: integralidade das ações na APS; Trilha Participação e Controle Social - Participação e Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS: organização popular e territórios.

Modalidade: Curso Livre de qualificação profissional;

Formato: Ensino a Distância, auto instrucional (sem tutoria)

Nível: Educação Profissional e Tecnológica;

Carga horária total: 70 horas;

Vagas por chamada: 1.000/semestrais;

Duração: 4 meses;

Público: Gestores, profissionais e trabalhadores das equipes de Atenção Básica e Saúde da Família e Visat no âmbito municipal, estadual e federal;

Principais recursos – TIC: 2 Video aulas por módulo; História que permeia todos as trilhas; Pod casts; Ícones pedagógicos; animações; atividades complementares e avaliativas.

CURSO DE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR APLICADA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Módulos:

Formação Básica em ASST (36h);

Sistemas de Informação em Saúde (12h);

Medidas de Frequência em Epidemiologia (12h);

Planejando Investigações em Epidemiologia (24h);

Comunicação e Saúde Trabalhador (12h).

Modalidade: Curso Livre de qualificação profissional;

Formato: Ensino a Distância, auto instrucional (sem tutoria);

Nível: Educação Profissional e Tecnológica.

Carga horária total: 96 horas;

Vagas por chamada: 1.000/semestrais.

Duração: 4 meses.

Público: Gestores e trabalhadores dos serviços de saúde de assistência ou que atuem no âmbito municipal, estadual, federal em serviços estratégicos para vigilância em Saúde do Trabalhador, em todas as esferas de atenção.

Principais recursos – TIC: 2 Vídeo aulas por módulo; História que permeia todos os módulos relacionando aos assuntos abordados; atividades complementares e avaliativas.

CURSO BÁSICO DE SAÚDE DO TRABALHADOR:

Modalidade: Curso Livre de qualificação profissional;

Formato: Ensino a Distância, auto instrucional (sem tutoria);

Nível: Educação Profissional e Tecnológica.

Módulos: 7.

Carga horária total: 72 horas;

Vagas por chamada: 1.000/semestrais.

Duração: 4 meses.

Período de realização: 08 agosto de 2022 à 10 de dezembro (4 meses).

Público: Técnicos, profissionais e gestores que atuam nas Redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e Controle Social;

Principais recursos – TIC: animações com personagens; pod cast; ícones pedagógicos; Infográficos; Folders; atividades complementares e avaliativas.

CURSO INTERMEDIÁRIO EM SAÚDE DO TRABALHADOR:

Modalidade: Aperfeiçoamento profissional;

Formato: Ensino a Distância, auto instrucional (sem tutoria);

Nível: Educação Profissional e Tecnológica;

Módulos: 20;

Vagas: 500 vagas/anuais;

Público: Técnicos, profissionais e gestores que atuam nas Redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e Controle Social;

Principais recursos – TIC: animações com personagens; vídeo aulas; ícones pedagógicos; Infográficos; Folders; instrutivos; atividades complementares e avaliativas.

CURSO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR AGRÍCOLA:

Modalidade: Curso Livre de qualificação profissional;

Formato: Ensino a Distância, auto instrucional (sem tutoria);

Nível: Educação Profissional e Tecnológica.

Carga horária total: 86 horas;

Vagas por chamada: 1.000/semestrais.

Para além da oferta de cursos o **INSTITUTO CEM** estruturou espaços físicos de educação voltados ao cumprimento de suas metas contratuais e melhoria na oferta de assistência qualificada

2.5.1 Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade de saúde.

INTRODUÇÃO

Um dos principais motores do avanço da ciência é a curiosidade humana, descompromissada de resultados concretos e livre de qualquer tipo de tutela ou orientação. A produção científica movida simplesmente por essa curiosidade tem sido capaz de abrir novas fronteiras do conhecimento, de nos tornar mais sábios e de, no longo prazo, gerar valor e mais qualidade de vida para o ser humano.

Por meio dos seus métodos e instrumentos, a ciência nos permite analisar o mundo ao redor e ver além do que os olhos podem enxergar. O empreendimento científico e tecnológico do ser humano ao longo de sua história é, sem dúvida alguma, o principal responsável por tudo que a humanidade construiu até aqui. Suas realizações estão presentes desde o domínio do fogo até às imensas potencialidades derivadas da moderna ciência da informação, passando pela domesticação dos animais, pelo surgimento da agricultura e indústria modernas e, é claro, pela espetacular melhora da qualidade de vida de toda a humanidade no último século.

Além da curiosidade humana, outro motor importantíssimo do avanço científico é a solução de problemas que afligem a humanidade. Viver mais tempo e com mais saúde, trabalhar menos e ter mais tempo disponível para o lazer, reduzir as distâncias que nos separam de outros seres humanos – seja por meio de mais canais de comunicação ou de melhores meios de transporte – são alguns dos desafios e aspirações humanas para os quais, durante séculos, a ciência e a tecnologia têm contribuído.

Uma pessoa nascida no final do século 18, muito provavelmente morreria antes de completar 40 anos de idade. Alguém nascido hoje num país desenvolvido deverá viver mais de 80 anos e, embora a desigualdade seja muita, mesmo nos países mais pobres da África

subsaariana, a expectativa de vida, atualmente, é de mais de 50 anos. A ciência e a tecnologia são os fatores chave para explicar a redução da mortalidade por várias doenças, como as doenças infecciosas, por exemplo, e o consequente aumento da longevidade dos seres humanos.

Partindo do pressuposto acima podemos compreender o importância de investir em ciência e tecnologia por essa razão o Governo do Estado de Goiás, chama as organizações sociais parcerias para que em suas propostas de gestão dos serviços de saúde do Estado apresentem ferramentas e mecanismos inovadores que possam atender a tão importante missão.

Desta forma apresentaremos a seguir nossa proposta metodológica para atendimento a esse quesito do edital de chamamento.

CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade. A Educação Permanente em Saúde reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País. Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são demandas para promoção de pensamento e ação.

A educação dos trabalhadores da saúde é uma área que requer empenho para o aprimoramento de métodos educativos que atinjam com eficácia a equipe multiprofissional. Para promover o desenvolvimento do processo de trabalho é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos trabalhadores da área da saúde e assim possibilitem a capacitação profissional.

De acordo com Farah BF (Rev APS. 2003; 6 (2):123-5)

"A educação é um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades".

DA METODOLOGIA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO (T&D):

Os programas de T&D (treinamento e desenvolvimento) e/ou Serviço de Educação Permanente serão desenvolvidos regularmente em etapas:

Integração dos colaboradores a nova estrutura e serviços ao qual serão lotados, contemplando o seguinte conteúdo Programático:

Apresentação da Parceria Pública/O.S., Missão, Visão e Valores da Organização Social em consonância com a Secretaria Estadual de Saúde; Apresentação da Rede de Urgência e Emergência e o perfil assistencial do município;

- Apresentação do Perfil Assistencial específico para cada Unidade;
- Apresentação das Normas Administrativas e Trabalhistas;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção Hospitalar, Comissões e outras;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- Visita de reconhecimento da Unidade.

De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos hospitalares, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais.

Abaixo segue tabela com alguns dos Treinamentos programados para o Serviço de Educação Continuada.

2.5.1.1 DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O Plano Anual de Capacitação do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, caracteriza-se como instrumento base para desenvolvimento dos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados. Trata-se de uma forma de atender aos propósitos estratégicos, possibilitando a manutenção das competências científicas, técnicas e atitudinais necessárias para que todos

DA NATUREZA DO SERVIÇO DE EP

A educação continuada considera a vivência de trabalho do profissional, onde a valorização desse saber aponta a realidade do serviço, a exposição das necessidades e problemas, e estimula a troca de experiências, a criação de uma nova prática do saber, a partir do pensamento crítico gerado por esse processo. É nesta premissa que o Instituto CEM pretende organizar a oferta de EP instituindo um departamento de ensino pesquisa e extensão nominado de NEPE, dotado de RH qualificados e capacitados sob a égide da concepção pedagógica de um pedagogo competente e mais membros técnicos que comporá a estrutura metodológica de planejamento, organização, execução e avaliação permanente da qualidade do serviço ofertado e, com total apoio da gestão da unidade e validação da diretoria o **INSTITUTO CEM**.

DOS OBJETIVOS DO SERVIÇO DE EP

Constitui-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, através da qual se propõe transcender ao tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos.

Porquanto, prospecta-se que a educação permanente busca transformar as práticas profissionais existentes através de respostas construídas a partir da reflexão de trabalhadores, estudantes e demais atores sociais;

Estabelecer um diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento, promovendo a compreensão dos fenômenos observados no cotidiano, notadamente aqueles que se referem à Educação e a Saúde;

Atura em parceria com outros serviços da instituição visando melhoria e integração dos mesmos;

Oportunizar parcerias com instituições de ensino, pesquisa e extensão para oferta de estágios e programas de capacitação permanente dos colaboradores e alunos melhorando significativamente a oferta do serviço aos usuários do SUS.

Ser um espaço de planejamento, organização, execução e avaliação constante e adequada dos serviços e programas a serem ofertados com foco sempre na melhoria da qualidade ofertada ao usuario do SUS.

desenvolvam, implementem e executem suas atividades com segurança e qualidade.

2. SIGLAS

DEPE – Departamento De Educação Permanente; HERSO ; PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; PAREPS – Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; SUS – Sistema Único de Saúde;

PAC – Plano Anual de Capacitação;

OC – Órgão Certificador;

EAD – Educação a Distância;

POP – Procedimento Operacional Padrão.

3. JUSTIFICATIVA

As crescentes demandas da sociedade frente ao poder público têm exigido servidores cada vez mais qualificados e maior articulação política entre poder público e usuários. Neste contexto, as ações que integram o Plano Anual de Capacitação buscam identificar e analisar as dificuldades enfrentadas por este público para o propor, desenvolver e monitorar novos conhecimentos, práticas e posturas na gestão pública, justificando a estruturação e implementação do Plano Anual de Capacitação, para a promoção de aprendizagem institucional e individual, possibilitando a provisão de serviços públicos de excelência com base na cientificidade das ações e gerando a satisfação da sociedade no atendimento de suas necessidades de saúde.

4. OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer diretrizes para as ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo dos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados no HERSO, estimulando os profissionais para que sejam multiplicadores do conhecimento em busca da troca de experiência e aquisição de

conhecimento, com vistas à excelência e cientificidade do atendimento e satisfação dos cidadãos usuários do SUS

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Aprimorar e consolidar as competências necessárias para atuação dos profissionais da área da saúde no processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde voltadas a urgência e emergência;

II. Promover ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo dos colaboradores estatutários, celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados;

III. Provocar os profissionais a serem multiplicadores de conhecimento em busca da troca de experiência e da melhoria da qualidade de vida no trabalho.

IV. Integrar os colaboradores assistenciais com docentes e discentes dos programas de residência medica, multiprofissional e uni-profissional, assim como, de estagiários em processo de formação, e colaboradores diretos e indiretos na unidade HERSO.

5. META

Realizar todos os treinamentos obrigatórios, atendendo o que está estabelecido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Realizar, no mínimo, 70% das capacitações de acordo com o Plano Anual de Capacitação como, também, atender as demandas sazonais apresentadas pela Comissão de educação permanente e da SESG/SES contribuindo para o desenvolvimento de aproximadamente de 3.200 colaboradores até dezembro de 2023.

6. PÚBLICO ALVO

O Plano Anual de Capacitação será destinado aos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados que fazem parte desta Unidade Hospitalar – HERSO.

7. LOCAL REALIZAÇÃO

Prioritariamente nas salas de aula da COREME/COREMU e auditório e, também, na própria estação de trabalho do colaborador no HERSO(online).

8. METODOLOGIA

As capacitações serão realizadas no formato (*online* e presencial) com local a definir de acordo com a necessidade da ação, ou seja, terá direito através de portaria da diretoria administrativa uma carga horaria diária, durante o período de inscrição ao curso e/ou evento de capacitação sobre o controle direto da coordenação do setor e acompanhamento do DEPE (departamento de educação permanente), cujo setor está encarregado de organizar, executar, certificar e monitor o desempenho após a capacitação ofertada.

Todos os indicadores de desempenho serão executados pelos coordenadores direto do setor e acompanhados pelo setor do NEPE/RH/QUALIDADE e disponibilizados via SIGUS para controle SESG/GO.

9. PROCESSO DE EDUCAÇÃO, TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

9.1 INTRODUÇÃO

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO têm como visão ser referência em resolubilidade terapêutica hospitalar, tornando-se um padrão de excelência em atenção hospitalar, conciliando os objetivos com o a humanização na prestação de serviço, sem perder de vista a especificidade das necessidades de seus usuários.

Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, a unidade investirá na conscientização dos colaboradores para o reconhecimento de pacientes e acompanhantes como clientes. Desta forma o estímulo à colaboração, trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimento individual a fim de se transformar em conhecimento institucional, constituem um grande desafio e para isso o Departamento de Educação Permanente – DEPE, elabora um Plano de Educação Continuada (PAC) que será apresentado ao setor de Recursos Humanos, tendo como fundamento a avaliação de experiência, de desempenho, entrevista de desligamento, orientações de conduta e advertência, que evidenciam deficiências técnicas e comportamentais dos profissionais.

A busca incessante pelo alcance dos resultados pressupõe que as pessoas trabalhem de forma harmoniosa, felizes, motivadas e, sempre compreendendo

que o crescimento da instituição é alcançado naturalmente com o crescimento de suas competências individuais.

9.2 OBJETIVO GERAL

Educar, formar e desenvolver os colaboradores a fim de prepará-los para o enfrentamento de novos e maiores desafios com objetivo do alcance dos resultados organizacionais.

9.3 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Promover a constante disseminação dos valores organizacionais;
II. Desenvolver uma cultura voltada à gestão de pessoas aliada à excelência dos serviços e ao foco nos resultados;
III. Garantir o número necessário de pessoas com o perfil adequado para o plano de crescimento;
IV. Estimular o desenvolvimento contínuo das equipes para a promoção da humanização no atendimento como forma de garantir a missão da organização.

A aplicação desse Programa de Qualificação não assegura, por si só, a qualificação do colaborador, fornecedor e ainda a inexistência de falhas. A aceitação dos resultados de avaliações, credenciamentos, seleções, e eventual certificação de terceira parte, são responsabilidades inerentes às empresas compradoras e contratantes.

9.4 TREINAMENTOS TÉCNICOS

São aqueles voltados para capacitação dos colaboradores tendo como objetivo desenvolver habilidades específicas, técnicas e gerais. São desenvolvidos treinamentos de atendimento, higiene pessoal, segurança e medicina do trabalhador,

informática, primeiros socorros, paradas cardiorrespiratórias, administração de medicamentos, esterilização, curativos, etc.

9.5 TREINAMENTOS COMPORTAMENTAIS

Visam atender às necessidades de atualização e desenvolvimento das competências essenciais, identificadas e alinhadas a partir do direcionamento estratégico da organização. São desenvolvidos treinamentos de relacionamento

interpessoal, trabalho em equipe, motivação, marketing pessoal, ética, liderança, etiqueta corporativa.

9.6 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL

Visa atender às necessidades de desenvolvimento das competências para o melhor desempenho das atividades gerenciais.

10. POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

10.1 OBJETIVO GERAL

Definir e divulgar os critérios necessários para qualificação dos fornecedores no fluxo de aquisição de materiais e contratação de serviços.

10.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Avaliar se um fornecedor possui capacidade para atender aos requisitos do Sistema de Gestão, por meio de visitas de qualificação com auditoria *"in loco"*, por parte da unidade;

II. Estimar, por meio da aceitação de um Certificado de Conformidade expedido por um Organismo Certificador Credenciado, se um fornecedor tem a capacidade de atendimento aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade;

III. Monitor a prestação do serviço no que tange a qualidade com economicidade e sempre voltada a humanização prestada ao usuario do SUS dentro da unidade hospitalar HERSO.

10.3 ABRANGÊNCIA

Fornecedores de Matérias-Primas, Insumos, Produtos Acabados, Embalagens e Rótulos e Serviços Gerais.

Neste sentido o Plano Anual de Capacitação – PAC do Hospital de Urgências de Goiás – HERSO vem como estratégia para requalificação dos profissionais e trabalhadores de saúde da Unidade Hospitalar.

10.4 AVALIAÇÃO EXPERIÊNCIA

Através de instrumento de avaliação validados pelos setores com base em indicadores de qualidade, que serão aplicados no início de sua atividade ocupacional e durante todo o processo de capacitação ofertado pelo DEPE.

10.5 ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

Como um processo permanente de monitoramento e oferta de capacitação pelo PAC, espera-se que o colaborador (direto e indireto) possa ter a oportunidade de prestar um assistência com eficiência e presteza, embasa no princípio da humanização. Caso contrário servirá com base para o seu desligamento uma vez que, não desempenhou assistência mínima desejada para o serviço a que se prestou executar em contrato firmado com a unidade HERSO.

10.6 ORIENTAÇÃO DE CONDUTA

Sempre que a coordenação direta observar alguma necessidade de melhoria na qualidade da assistência do colaborador, embasada pela análise de indicadores pré- definidos e validados pela setor da qualidade do HERSO, o colaborador será designado para que possa ser qualificado e, assim, possa receber informação teórica/pratica para melhoria da sua assistência.

10.7 ADVERTÊNCIA

O setor de RH disponibilizara ferramentas validadas para discorrer sobre esse tema ao coordenador direto aplicar sempre que o colaborador mesmo após receber qualificação pelo DEPE não apresente comprometimento de executar e, também, seja o multiplicador deste conhecimento no âmbito de sua assistência.

10.8 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Segundo o Procedimento Operacional do setor de Recursos Humanos do HERSO a avaliação de desempenho é realizada semestralmente (6 meses) e anualmente nos contratos. Além disso é levado em consideração a "análise individualizada de cada colaborador com o objetivo de identificar as potencialidades e pontos a serem desenvolvidos, que devem ser aprimorados e superados através de treinamento, desenvolvimentos e *feedback*".

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

Durante o período de experiência do novo funcionário, procura-se encaminhar ao responsável do setor de trabalho a avaliação com finalidade de verificar e acompanhar o desempenho do colaborador.

11. BENEFÍCIOS

A implantação, desenvolvimento e efetuação do Plano Anual de Educação Permanente no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSOcontribuirá para o aprimoramento e a atualização dos profissionais da Unidade Hospitalar melhorando a qualidade dos serviços ofertados a sociedade, favorecendo no alcance do mais alto nível de assistência da rede SUS.

12. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS:

O processo de qualificação seja da forma de trabalho, direta e indireta (terceirizada), seguirá o modelo pedagógico presencial e EaD obedecendo à lista básica (ANEXO I) também será implantando qualificação em conjunto com as programações anuais ofertadas pelos Programas de Residência Médica e Programa de Residência Multiprofissional, além de outras demandas levantadas pela Comissão do Núcleo de Educação Permanente.

13.PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

O Plano Anual de Capacitação poderá afetar clientes internos e externos:

- **Stakeholders Internos:** Gestores; Colaboradores; Pacientes; Familiares de Pacientes. São afetados de forma direta e positiva quando os treinamentos e capacitações são desenvolvidos com responsabilidade, dedicação e inserido nas atividades diárias. No entanto, será negativa quando contrapor as atividades de treinamento e capacitação.
- **Stakeholders Externos**: Fornecedores; Mídia. Afeta de forma direta quando os treinamentos e capacitações são desenvolvidas nas atividades cotidianas. De forma indireta e negativa a divulgação de informações errôneas.

14. RESTRIÇÕES

O Plano Anual de Capacitação poderá sofrer alterações nas datas, cancelamentos ou mudanças de local em virtude de eventuais demandas emergências. Além problemas técnicos na transmissão de aulas ao vivo ou EaD em função de problemas de conexão ou interrupção do fornecimento de energia.

15. RISCOS

Falha/risco	Ação corretiva
Não ter disponível as salas de aula e auditório para apresentação do artigo.	**Adaptar o dia e o horário dos novos treinamentos e capacitações.**
Treinamentos cancelados.	**Remarcação e divulgação das novas datas.**
Colaborador não liberado para treinamento pelo superior.	**Divulgação dos treinamentos EaD.**
Treinador não pode realizar treinamento nas datas disponíveis.	**Ajustes das datas de horários. Remanejamento dos treinamentos.**
Dificuldade na divulgação dos treinamentos presenciais e EaD.	**Entregar lista de cronograma aos coordenadores, gerentes e supervisores das áreas assistenciais e**

	administrativas.

16. RESPONSABILIDADE

Será tripartite, incorporando primeiramente o RH no que tange a melhoria e intensificação dela no processo seletivo; o setor da qualidade em monitorar os indicadores pré-definidos e validados e ao DEPE na oferta, execução e Certificação das ações compostas no PAC.

17. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O Plano Anual de Capacitação do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSOiniciará dia 02 de janeiro de 2023 com data de encerramento dia 29 de dezembro 2023. Os treinamentos e capacitações EaD poderão ser acessados e realizados a qualquer momento pelo site a ser criado após a aceitação do Plano de Anual de Educação Permanente pelos gestores da Unidade Hospitalar. Os presenciais serão realizados na terça, quinta e sábado. O cronograma das atividades pode sofrer ajustes conforme solicitação e disponibilidade do DEPE.

18. ORÇAMENTO

Para a implantação do Plano de Anual de Educação Permanente será necessário:

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL*
Computador de Mesa Completo (Monitor, CPU, Estabilizador, Mouse, Teclado, Fone de Ouvido,	02	R$ 1.970,00	**R$ 3.940,00**

Webcam)			
Impressora Multifuncional	01	R$ 1.889,00	**R$ 1.889,00**
Mesas de Escritório	02	R$ 300,00	**R$ 600,00**
Cadeiras de Escritório Giratória	02	R$ 339,00	**R$ 678,00**
Cadeiras Escritório Fixa	02	R$ 130,00	**R$ 260,00**
Quadro Branco (Lousa)	01	R$ 104,00	**R$ 104,00**
Armário Organizador	01	R$ 349,00	**R$ 349,00**
Material de Papelaria (Canetas; papel A4, papel glossy A4 fotográfico; papel couchê A4; papel foto adesivo; envelope; pasta para arquivo dentre outros)	---	R$ 400,00	**R$ 400,00**
TOTAL			**R$ 8.220,00**

*Os valores podem sofrer variações conforme pesquisa de mercado realizada pelo setor de compras.

19. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

O Plano Anual de Educação Permanente considera a necessidade de formação e desenvolvimento dos colaboradores e fornecedores da Unidade Hospitalar, deste modo os cálculos financeiros não são possíveis de serem projetados. Os treinamentos e capacitações serão avaliados no final de cada evento através de

formulário *google forms* gerando indicadores de satisfação e contribuindo para melhorias significativas no andamento das atividades.

20. PLANO DE AÇÃO MÉTODO 5W2H:

O que	Por quê	Onde	Quando	Quem	Como	Quanto
Plano Anual de Educação Permanente	Formar colaboradores /alunos/docente s/fornecedores da Unidade Hospitalar	Salas de aulas; auditório e plataforma dos cursos EaD	01/01 a 31/12/ 2023	DEPE	profissional indicado pelo setor de Recursos Humanos , coordenadores e gerentes devem estar presentes na data, horário e local Indicada no Momento da inscrição	$ 8.220,00

20. CONTROLE DO DOCUMENTO

Assim como a proposição esse será tripartite (RH/ QUALIDADE/DEPE) sempre disponibilizando o relatório mensal a SESG/SES para o devido controle das ações pactuadas.

21. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde; 1º Edição Revisada, 2018. Acesso em 20/05/23.

Disponívelem:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educaca o_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde. Acesso: 20/11/2022 Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/ biblioteca/imagem/1832.pdf.

BRASIL. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Acesso: 20/11/2022 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

MANUAL DE HUMANIZAÇÃO. **Política de Humanização da Assistência à Saúde**. Acesso em: 10/11/2022 Disponível em: http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/PO – Procedimento Operacional. Recursos Humanos – Treinamento e Desenvolvimento – Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO.

REGIMENTO INTERNO. Departamento de Educação Permanente.. Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO 2023.

ANEXO I

1. Noções Básicas de Controle de Infecções em Serviços de Saúde

Conteúdo Programático:

I. **História do Controle das Infecções Hospitalares;**

II. **Legislação Vigente;**

III. **Programa de Controle de Infecção Hospitalar;**

IV. **Principais Agentes das Infecções Hospitalares;**

V. **Cadeia Epidemiológica de Transmissão das Infecções Hospitalares;**

VI. **Tipos de Isolamentos e Precauções;**

VII. **Principais Infecções Hospitalares;**

VIII. **Medidas de Prevenção das Principais Infecções Hospitalares;**

IX. **Emergência de Microrganismos Resistentes a Antimicrobianos Comumente Utilizados;**

X. **Programa de Uso Racional de Antimicrobianos;**

XI. **Critérios NNISS de Diagnóstico das Infecções Hospitalares;**

XII. **Sistema Nacional de Notificação das Infecções Hospitalares;**

XIII. **Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos;**

2. Noções Básicas em Saúde Coletiva

Conteúdo Programático:

I. **Aspectos históricos da promoção da saúde;**

II. **Vigilância da saúde e Vigilância epidemiológica;**

III. **Vigilância de doenças transmissíveis;**

IV. **Prevenção e controle de Hanseníase e Tuberculose;**

V. **Programas de Atenção Básica e Imunização;**

VI. **Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;**

VII. **Doenças Crônicas;**

VIII. **Saúde da mulher, criança e adolescente;**

IX. **Saúde do Idoso e Saúde Bucal.**

3. Noções Básicas de Administração

Conteúdo Programático:

I. **O relacionamento interpessoal;**

II. **Financeiro / Cobrança / Custos;**

III. **Conhecimentos técnicos;**

IV. **Atitudes Corretas no Trabalho;**

V. **Preâmbulo;**

VI. **Dos deveres e Proibições;**

VII. **Direitos;**

VIII. **Honorários Profissionais;**

IX. **Dos Deveres Especiais em Relação aos Colegas dos deveres especiais em**

relação às classes de infrações disciplinares das disposições finais;

X. Abordagem da localização da Gestão de Pessoas na estrutura organizacional da empresa;

XI. Conceitos de Gestão de Pessoas;

XII. Agregando Pessoas;

XIII. Aplicando Pessoas;

XIV. Contratação do Trabalhador;

XV. Folha de Pagamento;

XVI. Remuneração e Cálculos Trabalhistas;

XVII. Rescisão de Contrato de Trabalho.

4. Auxiliar de Almoxarifado

Conteúdo Programático:

I. Estoque e Transporte de Materiais;

II. Noções básicas de almoxarifado, estoque, transporte de materiais;

III. Manual de Organização de Almoxarifados;

IV. Descentralização do Almoxarifado e Utilização do Sistema Kanban;

V. Controle de Almoxarifado;

VI. Funções do Auxiliar de Almoxarifado;

VII. Noções de Estoque e Logística;

VIII. Competências Exigidas no Mercado;

IX. Estratégias e Gestão de Logística;

5. Noções Básicas em Vigilância Epidemiológica

Conteúdo Programático:

I. **Bases Históricas;**

II. **Bases Conceituais;**

III. **Investigação Epidemiológica de Casos e Epidemias;**

IV. **Doenças;**

V. **Acidentes por Animais Peçonhentos;**

VI. **Ecossistema;**

VII. **Conceito de Vigilância Epidemiológica;**

VIII. **História da Vigilância Epidemiológica;**

IX. **Epidemiologia;**

X. **Mensuração das Doenças;**

XI. **Incidência e Prevalência;**

XII. **Coeficiente de Ataque;**

XIII. **Coeficiente de Mortalidade;**

XIV. **Elementos de Vigilância;**

XV. **Mecanismos para Obtenção de Dados;**

XVI. **Controle de uma Epidemia;**

XVII. **Medidas de Tendência Central.**

6. Portaria e Controle de Acesso

Conteúdo Programático:

I. **Controle de Acesso;**

II. **Segurança e Proteção Preventiva em Portaria;**

III. **Atendimento;**

IV. **Porteiro Residente;**

V. **Sistemas de Comunicação;**

VI. **Relacionamento Interpessoal;**

VII. **Noções de Direito Penal;**

VIII. **Prevenção/ Combate a incêndios.**

7. Básico em Atendimento e Recepcionista Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. **Ética em Serviços de Saúde;**

II. **Qualidade em Serviços de Saúde;**

III. **Sigilo Profissional;**

IV. **Terminologias em Serviços de Saúde;**

V. **O uso da Tabela AMB e CID – Classificação Internacional de Doenças;**

VI. **Recepções Hospitalares;**

VII. **Relações Humanas na vida e no trabalho;**

VIII. **Administração de Conflitos;**

IX. **Humanização na Saúde;**

X. **A Cortesia no Atendimento;**

XI. **O Trabalho em Equipe;**

XII. **Linguagem Corporal;**

XIII. **Etiqueta Profissional;**

8. Noções Básicas de Ética Para Profissionais de Radiologia

Conteúdo Programático:

I. Ética e Moral;

II. A Ética no Cotidiano;

III. Atendimento Ético a Pacientes;

IV. Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas;

V. Ética em Saúde.

9. Segurança e Gerenciamento de Crises

Conteúdo Programático:

I. Crise e Gerenciamento: Conceitos Fundamentais;

II. Características da Segurança e Gerenciamento de Crises;

III. Doutrinas do Gerenciamento;

IV. Critérios de Ação;

V. Classificação dos Graus de Risco;

VI. Níveis de Resposta;

VII. Cuidados Necessários;

VIII. Noções sobre Crises em Geral;

IX. Como Agir e Gerenciar uma Crise;

X. Noções Sobre Segurança Pública.

10. Básico de Recepcionista

Conteúdo Programático:

I. **Introdução;**

II. **Perfil Ideal da Recepcionista;**

III. **Marketing Pessoal;**

IV. **Etiqueta Social;**

V. **Ética Profissional;**

VI. **Comunicação;**

VII. **Relacionamento Intrapessoal e Interpessoal;**

VIII. **Atendimento ao Cliente;**

IX. **Qualidade de Atendimento ao Público;**

X. **Atendimento Telefônico.**

11. Gestão e Fiscalização de Contratos

Conteúdo Programático:

I. **Recomendação de Sindicância;**

II. **Recomendação de rescisão de contrato;**

III. **Modelo de Comunicação com o preposto;**

IV. **Modelo de Comunicação com setores da Administração;**

V. **Modelo de Comunicação com terceiros;**

VI. **Modelos de Registros;**

VII. **Visita às instalações da empresa;**

VIII. **Serviço irregular;**

IX. **Providências da empresa;**

X. **Solicitação de material;**

XI. **Gestão e Fiscalização de contratos públicos;**

XII. **Qualidade na Licitação;**

XIII. **Controle do recebimento do objeto.**

12. Princípios Básicos de Biossegurança

Conteúdo Programático:

I. **Recomendações Gerais;**

II. **Apoio à Biossegurança;**

III. **Objetivos do Documento;**

IV. **Descrição das Responsabilidades;**

V. **Vestimenta e Equipamentos;**

VI. **Vestimenta Obrigatória para os Funcionários da Área Técnica;**

VII. **Equipamentos de Proteção Individual;**

VIII. **Equipamentos de Proteção Coletiva.**

13. Noções Básicas de Limpeza Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. **Introdução: Limpeza Hospitalar;**

II. **Tipos de limpeza na área hospitalar;**

III. **Processos e procedimentos de limpeza;**

IV. **Equipamentos e ferramenta de limpeza;**

V. **Máquinas;**

VI. **Produtos;**

VII. **Biossegurança;**

VIII. **Higienização das mãos;**

IX. **Higiene pessoal;**

X. **Aparência;**

XI. **Desenvolver uma boa limpeza;**

XII. **Segurança.**

14.Noções Básicas de Auxiliar de Laboratório

Conteúdo Programático:

I. **Espectrofotometria;**

II. **Colorimetria;**

III. **Trasmitância;**

IV. **Regras Básicas de Segurança;**

V. **Permanência no Laboratório;**

VI. **Manuseamento de Produtos Químicos;**

VII. **Procedimentos em Caso de Acidente;**

VIII. **Classes de Fogos e Agentes Extintores;**

IX. **Histórico da Cultura de Células;**

X. **Tipos de culturas;**

XI. **Células Primárias, Células Estabelecidas e Células Transformadas.**

15. Noções Básicas em Auxiliar de Hemodinâmica na Radiologia

Conteúdo Programático:

I. **O Papel da Hemodinâmica na Radiologia;**

II. **História da Hemodinâmica;**

III. **Avaliação Hemodinâmica Macro e Micro-circulatória no Choque Séptico;**

IV. **Radiologia Intervencionista – Desobstrução das Artérias;**

V. **Cateterismo Cardíaco;**

VI. **Termos Comumente Utilizados na Hemodinâmica;**

VII. **Reutilização de Produtos Médicos hospitalares;**

16. Gestão de Qualidade

Conteúdo Programático:

I. **Mudança de Paradigmas no Século XXI;**

II. **Controle e Prevenção de Desvios de Qualidade;**

III. **Ciclo PDCA;**

IV. **Ferramentas de Gestão de Qualidade;**

V. **Técnicas para Identificação de Pontos Fracos;**

VI. **Projeção Futura de Negócios;**

VII. **Ações para Aumentar a Competitividade;**

VIII. **Melhoria da Qualidade de Produtos e Serviços;**

IX. **Sustentabilidade dos pequenos empreendimentos.**

17. Gestão de Recursos Humanos

Conteúdo Programático:

I. **Estratégias Organizacionais e Competências Humanas;**

II. **Mapeamento de talentos;**

III. **Recrutamento e seleção;**

IV. **Admissão do empregado;**

V. **Jornada de trabalho e Férias;**

VI. **Encargos e Previdência Social;**

VII. **Ética;**

VIII. **Mercado de trabalho e competências;**

IX. **Ferramentas de recursos humanos.**

18. Procedimentos Iniciais de Biossegurança no Combate ao COVID 19

Conteúdo Programático:

I. **Novo Coronavírus – Covid-19;**

II. **Registro e Coleta dos exames;**

III. **Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19;**

IV. **Precauções padrão;**

V. **Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19;**

VI. **Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies;**

VII. **Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de**

COVID-19.

19. Noções Básicas de Coleta de Sangue e Hemoterapia

Conteúdo Programático:

I. Processo de Coleta de Sangue;

II. Técnicas de Coleta;

III. Materiais Utilizados;

IV. Higienização em Postos de Coleta;

V. Hemoterapia e Coleta de Sangue;

VI. Tipos Sanguíneos;

VII. Captação e Triagem de Doadores de Sangue;

VIII. Coleta de Sangue e Coletas Especiais;

IX. Processamento, Transporte e Estocagem;

X. Produtos Criopreservados;

XI. Biologia Molecular e Transfusão.

20. Noções Básicas de Descarte de Resíduos em Farmácia Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. Descarte de medicamentos;

II. Riscos à Saúde: exposição de crianças, adultos e população Vulnerável;

III. Agressão ao meio Ambiente – contaminação da água, do solo e de animais;

IV. Política Nacional de Resíduos Sólidos – Lei 12305 de 2/8/2010/10;

V. Resíduos Advindos de Área de Isolamento;

VI. Resíduos alimentares de Área de Isolamento;

VII. **Resíduos de Laboratório de Análises Clínicas;**

VIII. **Resíduos de laboratórios de Atendimento Ambiental.**

IX. **Resíduos de Sanitários de Unidade de Internação;**

X. **Descarte Correto de Medicamentos Vencidos;**

XI. **Descarte de Medicamentos em Estado Sólido.**

21. Recomendações Básicas Sobre Atendimento Hospitalar em Tempos de COVID 19

Conteúdo Programático:

I. **Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19;**

II. **Precauções padrão;**

III. **Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19;**

IV. **Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies;**

V. **Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19;**

VI. **Origem e História;**

VII. **Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem.**

22. Noções Básicas de cuidados a Ferias

Conteúdo Programático:

I. **Procedimentos Básicos em Enfermagem;**

II. **Anatomia e Fisiologia da Pele;**

III. **Processo de Reparação Tissular;**

IV. **Manual de Curativos;**

V. **Tratamento e Cicatrização de Ferimentos;**

VI. **Fase Inflamatória;**

VII. **Estado Imunológico;**

VIII. **Classificação das Feridas;**

IX. **Fisiologia da Cicatrização;**

X. **Princípios Básicos para Realização de Curativos;**

XI. **Fases do Processo de Cicatrização;**

XII. **Fatores que Afetam a Cicatrização;**

XIII. **Técnica de Curativo.**

23. Neurointensivismo

Conteúdo Programático:

I. **VE isquêmico;**

II. **AVE hemorrágico;**

III. **Síndrome hipertensão intracraniana / TCE;**

IV. **HSA aneurismático;**

V. **Analgesia, sedação e delirium na UTI;**

VI. **Diagnóstico de morte encefálica;**

VII. **Status epiléptico / EMENEC;**

VIII. **Avaliação TC crânio / princípios básicos**

24. Procedimentos Administrativos CEP

Conteúdo Programático:

Este módulo apresenta os procedimentos e documentos necessários para registro inicial, renovação de um registro existente e alteração de dados de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Trata da importância dos relatórios obrigatórios, sua estrutura e itens necessários para sua elaboração. Além disso, demonstra como funciona o processo de indicação dos CEPs pela Conep e as formas de contato.

Carga Horaria: 2 horas

Link: https://edx.hospitalmoinhos.org.br/course/credenciamento-cep-

2021

25. Documentos Obrigatórios em Protocolos de Pesquisas

Conteúdo Programático:

Todos os protocolos de pesquisa que envolvem seres humanos devem ser submetidos ao Sistema CEP/Conep. A submissão é realizada via Plataforma Brasil, e envolve uma série de documentos que são necessários para que o processo de submissão seja concluído e o protocolo seja apreciado pelo Sistema. Este módulo apresentará os documentos obrigatórios que constituem um protocolo de pesquisa, e outros documentos quando aplicáveis. Irá demonstrar suas formas de elaboração.

Carga Horaria: 2 horas

Link: https://edx.hospitalmoinhos.org.br/course/documentos-obrigatorios-em- protocolos-de-pesquisa-2021

26. Modulo I - Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Internação Adulto

Conteúdo Programático:

I. **Acolhimento e recepção de residentes; Entrega de folders e rotinas dos andares; Treinamento do sistema; Orientação sobre a rotina hospitalar e do enfermeiro.**

II. **SAE - O conjunto de propedêutica e processos terapêuticos, com enfoque no atendimento ao paciente em internação na clínica médica, cirúrgica e cardiológica, pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos abrangendo a**

Taxonomia de diagnósticos da NANDA.

III. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem e o acesso ao Sistema MV/ SBAR -LIMEIRA,Tânia Roberta et al. Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem, SBAR,Situation-Background- Assessment-Recommendation: validação e aplicação. Rev Bras Enferm. 2022;75(6)/ https://www.scielo.br/j/reben/a/rK7G6VycSgQjmGQV77VfHPK/?format=pdf&l ang=pt**

IV. **Segurança do paciente: São todos os estudos e práticas para diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente.**

V. **PCIH- O Programa de Controle de Infecções Hospitalares: medidas de prevenção de infecção.**

VI. **Terapia intravenosa e tipos de cateteres sondas, drenos e tubos**

VII. **Terapia intravenosa e tipos de cateteres sondas, drenos e tubos**

VIII. **Cuidados com feridas em traumas: ferimento por arma branca e fogo; trauma crânio encefálico, tórax, abdômen e MMSSII.**

IX. **Avaliação bimestral;**

X. **Cuidados com feridas em traumas: ferimento por arma branca e fogo; trauma crânio encefálico, tórax, abdômen e MMSSII.**

XI. **Cuidados em feridas agudas, crônicas e coberturas**

XII. **Cuidados em feridas: agudas, crônicas e coberturas**

XIII. **HACR: Humanização, Acolhimento e Classificação de Risco em Urgência e Emergência e Atendimento ao Trauma. / Avaliação e tratamento do doente.**

XIV. **Monitorização hemodinâmica;**

XV. **Cinemática do trauma;**

XVI. **Avaliação da cena;**

XVII. **Avaliação bimestral;**

27. Modulo II - Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Queimados

Conteúdo Programático:

I. **Assistência de enfermagem nas patologias neurológica (trm e tce) + aneurisma e avc;**

II. **Assistência de enfermagem nas patologias cardiovasculares;**

III. **Assistência de enfermagem nas patologias cardiovasculares;**

IV. **Avaliação bimestral;**

V. **Conceito, epidemiologia, fisiopatologia, classificação, cálculo da superfície corporal queimada;**

VI. **Curativo dos pacientes queimados; oficina de enfaixamento; cuidados com o paciente grande queimado.**

VII. **Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: atendimento ao politraumatizado;**

VIII. **Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: atendimento ao politraumatizado;**

IX. **Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: traumatismo crânio encefálico;**

X. **Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: trauma torácico;**

XI. **Assistência de enfermagem nas urgências e emergências**

traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: trauma de face;

XII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: trauma abdominal;

XIII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: trauma músculo- esquelético;

XIV. Avaliação bimestral.

28. Modulo III – Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Unidade de Terapia Intensiva

I Conjunto de propedêutica e processos terapêuticos, sob enfoque do atendimento do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos metodológicos das normas e padronizações de procedimentos, planos de cuidados e protocolos, abrangendo a Taxonomia de diagnósticos da NANDA.

II. Escalas de avaliação neurológica e escores de avaliação de mortalidade;

III. Drogas vasoativas e alta vigilância;

IV. Punção e cuidados com pressão arterial invasiva;

V. Sedação os cuidados de enfermagem;

VI. Ventilação mecânica invasiva;

VII. Ventilação mecânica invasiva;

VIII. Eletrocardiograma;

IX. AVALIAÇÃO BIMESTRAL;

X. Assistência cardiovascular de emergência; Anatomia e

eletrofisiologia cardíaca;

XI. Ritmos de Parada Cardiorrespiratória;

XII. Taquicardias, Bradicardia;

XIII. Síndrome Coronariana aguda;

XIV. Acidente Vascular Cerebral.

XV. Emergência ao paciente de IAM (protocolo);

XVI. Avaliação bimestral.

29. Modulo IV - Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Neonatologia e Pediatria.

I. **A cadeia de sobrevivência e serviços médicos de emergência para atendimento em pediatria. A notificação e a injuria, a violência infantil;**

II. **Avaliação do paciente pediátrico e neonatal /Exame físico ao recém-nascido e pacientes pediátricos;**

III. **RCP/ TOT em pediatria e neonato**

IV. **Desconforto respiratório por obstrução de vias aérea e outras causas de insuficiência respiratória,**

V. **Desconforto respiratório por obstrução de vias aérea e outras causas de insuficiência respiratória;**

VI. **Emergências cardiovasculares;**

VII. **Traumas e queimaduras; manejo do tce em pediatria;**

VIII. **Traumas e queimaduras;**

IX. **Emergências toxicológicas;**

X. **Avaliação bimestral;**

XI. **Crise convulsiva;**

XII. **Anafilaxia manejo clínico;**

XIII. **Estudo da terapia intravenosa (cateteres);**

XIV. **Tubos, sondas e drenos utilizados na pediatria; acesso venoso;**

XV. **Principais modos de ventilação invasiva na pediatria**

XVI. **Morte encefálica em pacientes pediátricos e como lidar com luto;**

XVII. **Avaliação bimestral.**

30. Módulo I - Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Clínica Médica e Cirúrgica

I. **Apresentação dos Serviços do Setor farmacêutico;**

II. **O ciclo da assistência farmacêutica;**

III. **Mecanismo da dor;**

IV. **Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs);**

V. **Uso clínico dos glicocorticóide;**

VI. **Síndrome de Cushing;**

VII. **Anti-histamínicos;**

VIII. **Opióides;**

IX. **1ª Prova Bimestral;**

X. **Avaliação da Proteína C reativa;**

XI. **Uso Clínico dos Bloqueadores Neuromusculares;**

XII. **Uso Clínico dos Anestésicos Gerais Intravenosos;**

XIII. **Anestésicos Inalatórios;**

XIV. **Análise de exames laboratoriais;**

XV. **Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica;**

XVI. **Abordagem clínica das dislipidemias;**

XVII. **Farmacovigilância no contexto hospitalar;**

XVIII. **2ª Prova Bimestral**

31. Módulo II – Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Traumatologia e Ortopedia

I. **Hemostasia e Anticoagulantes;**

II. **Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes;**

III. **Avaliação do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPA);**

IV. **Varfarina: farmacodinâmica, farmacocinética e interações medicamentosas;**

V. **Heparinas: farmacodinâmica, farmacocinética e interações medicamentosas;**

VI. **Manejo de Paciente com Hemorragia**

VII. **Antiplaquetários**

VIII. **Classificação e fisiopatologia das queimaduras; Procedimento cirúrgico e processo de cicatrização no paciente queimado**

IX. **Anemia;**

X. **Abordagem Clínica da Hipocalemia**

XI. **Hipovitaminose**

XII. **Avaliação Final.**

32. Módulo III - Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Situações Especiais

I. **Modelo de Prática clínica farmacêutica;**

II. **Microrganismos Causadores de infecções;**

III. **Microrganismos Causadores de infecções 2**

IV. **Uso clínico das Penicilinas**

V. **Sedação e Analgesia Durante a Ventilação Mecânica;**

VI. **Uso clínico das Cefalosporinas e Uso Clínico;**

VII. **Uso clínico dos Carbapenêmicos e monobactâmicos;**

VIII. **Uso clínico dos Glicopeptídeos e Aminoglicosídeos**

IX. **Uso clínico dos Macrolídeos, Linezolida e licosamidas;**

X. **Uso clínico dos Tigeciclina, Rifamicinas;**

XI. **Uso clínico dos Antiprotozoários;**

XII. **Uso clínico dos Antifúngicos;**

XIII. **Uso clínico dos Antivirais;**

XIV. **Uso clínico das Fluoroquinolonas;**

XV. **Avaliação Final**

33. Módulo IV - Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva

I. **Uso Clínico dos hormônios tireoidianos;**

II. **Profilaxia de LAMG e Uso clínico dos Antisecretores;**

III. **Uso clínico dos Antieméticos e pro-cinéticos;**

IV. **Uso clínico dos Antiflatulantes;**

V. **Uso clínico dos Laxativos;**

VI. **Uso clínico dos Antidiarreicos sintomáticos, antiespasmódicos e correlatos;**

VII. **Qualificação de artigo;**

VIII. **Uso de fibras e probióticos em pacientes críticos;**

IX. **Prova;**

X. **Uso clínico dos Medicamentos utilizados no choque vascular e Uso clínico dos Antiarrítmicos;**

XI. **Drogas vasoativas e o uso de TNE;**

XII. **Uso clínico dos Bloqueadores adrenérgicos centrais Bloqueadores dos canais de cálcio e Uso clínico dos diuréticos;**

XIII. **Uso Clínico dos Anticonvulsivantes;**

XIV. **Manejo do delirium;**

XV. **Ansiolíticos;**

XVI. **Neurolépticos;**

XVII. **Avaliação Final.**

34. MÓDULO I – Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências Clínicas: Médica, Cirúrgica, Especialidades.

I. **Avaliação Fisioterapêutica no paciente adulto**

II. **Análise de exames laboratoriais (Gasometria)**

III. **Oxigenoterapia;**

IV. **Mecanismos fisiopatológicos da toxicidade do oxigênio**

V. **Aspiração TraquealAnálise de exames laboratoriais (Hemograma e Leucograma)**

VI. **Suporte Básico de Vida**

VII. **Radiografia de tórax**

VIII. **Análise de exames laboratoriais (marcadores inflamatórios e de hemostasia)**

IX. **Avaliação Fisioterapêutica no paciente séptico**

X. **Disfagia e síndromes aspirativas**

XI. **Visão da fisioterapia na sarcopenia e caquexia;**

XII. **Pneumonias**

XIII. **Técnicas de remoção de secreção e expansão pulmonar**

XIV. **Acidente Vascular**

XV. **EncefálicoTCE/TRM – Escala Asia**

XVI. **Avaliação Bimestral**

XVII. **Mobilização Precoce**

XVIII. **Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes**

XIX. **Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica**

35. MÓDULO II – Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Situações Especiais, Traumatologia e Ortopedia. – Ortopedia, Geriatria e Queimados

I. **Etiologia e Epidemiologia do Trauma;**

II. **Caracterização e classificação do trauma – Diagnóstico cinético funcionalFarmacologia aplicada à reabilitação de pacientes com doenças crônico degenerativas**

III. **Hipotensão Postural e Intolerância Ortostática no ambiente hospitalar**

IV. **Reabilitação intrahospitalar nas DPOC**

V. **Abordagem fisioterapêutica no trauma de membros inferiores**

VI. **Avaliação da força e da resistência muscular no ambiente hospitalar**

VII. **Fraturas e fixadores de membros inferiores. Abordagem fisioterapêutica**

VIII. **Avaliação no Idoso**

IX. **Fraturas e fixadores de tórax e pelve. Abordagem fisioterapêutica**

X. **Particularidades no atendimento do paciente Idoso com doenças neurológicas**

XI. **Fragilidade, Equilíbrio e quedas: Prevenção, avaliação e tratamento**

XII. **Morte e Cuidados paliativos no ambiente hospitalar**

XIII. **Nutrição e exercício no paciente idoso**

XIV. **Doenças vasculares arteriais e venosas. Doença arterial obstrutiva periférica**

XV. **Avaliação Bimestral**

XVI. **Classificação e fisiopatologia das queimaduras; Procedimento cirúrgico e processo de cicatrização no paciente queimado**

XVII. **Formação de Cicatriz hipertrófica e queloide e suas complicações; Tratamento das cicatrizes. Prescrição e uso de malha compressiva. Massagem cicatricial.**

36. MÓDULO III – Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Atendimento.

I. **Anatomo-fisiologia do sistema cardiorrespiratório;**

II. **Fisiologia respiratória**

III. **Interação coração-pulmão na ventilação mecânica**

IV. **Discussão sobre o capítulo de Fisioterapia (III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica – 2007);**

V. **Como iniciar a ventilação mecânica: princípios práticos e teóricos;**

VI. **Avaliação do paciente crítico;**

VII. **Monitorização hemodinâmica do estado de choque, Drogas vasoativas;**

VIII. **Insuficiência Respiratória – Classificação;**

IX. **Sedação e Analgesia Durante Ventilação Mecânica**

X. **Assincronias e Novos Modos em VM;**

XI. **Ventilação Mecânica na Asma e no DPOC;**

XII. **Ventilação Mecânica na Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e Associada a VM (PAV);**

XIII. **Ventilação Mecânica na Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) ou Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA): Diagnóstico, Recomendações e Cuidados;**

XIV. **Bioenergética / Introdução à gasometria arterial;**

XV. **Ventilação na Posição PRONA e Circulação Extracorpórea;**

XVI. **Avaliação Bimestral;**

XVII. **Ventilação Mecânica no Paciente com Sepse;**

XVIII. **Desmame da Ventilação Mecânica**

37. MÓDULO IV – Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva em Situações Especiais

I. **Anátomo-fisiologia aplicada à neonatologia e pediatria;**

II. **Doença das membranas hialinas;**

III. **CPAP e Surfactante; Uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva em Pediatria e Neonatologia;**

IV. **Oxigenioterapia aplicada à Pediatria e Neonatologia;**

V. **Semiologia neonatal e pediátrica;**

VI. **Princípios da ventilação mecânica em neonatologia e pediatria**

VII. **Recursos de monitorização cardiorrespiratória; Recursos e técnicas respiratórias em Neonatologia e Pediatria**

VIII. **Desmame da ventilação mecânica em Neonatologia e Pediatria**

IX. **Ventilação mecânica em pacientes neurocríticos**

X. **Ventilação mecânica em situações especiais (tópicos avançados)**

XI. **Manobras de titulação de PEEP e recrutamento alveolar**

XII. **Síndrome pós cuidados intensivos (PICS);**

XIII. **Assistência Fisioterapêutica em Urgência e Emergência (Pronto Socorro)**

XIV. **Manejo da dor em pacientes críticos**

XV. **Alterações Morfológicas/Respiratórias no paciente queimado;**

XVI. **Avaliação Bimestral;**

XVII. **Ventilação Mecânica no paciente queimado;**

XVIII. **Mobilização precoce na UTI no paciente queimado**

21. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

2.6 Parcerias Com Instituições Para Desenvolvimento De Projetos De Pesquisa Na Área Da Assistência Hospitalar E/Ou De Saúde Pública.

O ensino e pesquisa, por meio de projetos colaborativos com as Instituições de Ensino Superior, poderá implantar projetos voltados para a transformação de práticas profissionais. Nesse sentido, a unidade poderá atuar como um centro difusor do conhecimento relacionados às boas práticas e à gestão na área da saúde.

Ainda, por meio da pesquisa, em atuação com diversas instituições públicas e privadas poderá divulgar e compartilhar experiências exitosas e aumentar a convivência com instituições que compartilham os mesmos valores, no município. Além de gerar ações e oportunidades para convivências diversas e aumentar a capacidade de compartilhar experiências adquiridas. A experiência por meio do ensino-aprendizagem possibilita melhorar a forma de cuidar e gerir a unidade.

OBJETIVOS

GERAL: Contribuir com desenvolvimento científico e tecnológico e formação profissional em saúde, em consonância com as políticas de Educação, de Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação.

ESPECÍFICOS: Implementar um modelo de gestão de pesquisas clínicas para hospitais universitários federais que assegure sua institucionalização, efetividade e transparência no processo de aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento, em consonância com as Boas Práticas Clínicas. Estimular, no âmbito do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, a realização de pesquisas clínicas em insumos estratégicos para Sistema Único de Saúde – SUS

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Articulação interna no Instituto CEM , para a definição e implementação de um modelo de gestão de pesquisas clínicas que harmonize etapas, atores, procedimentos e fluxos necessários à aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento dos projetos no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

Articulação intersetorial para o desenvolvimento e aprimoramento de competências técnicas e científicas em gestão e elaboração de projetos de pesquisa clínica.

Articulação intersetorial para a definição e implementação de mecanismos que contribuam para conferir celeridade ao processo de aprovação das pesquisas a serem realizadas no âmbito do Programa.

Articulação com órgãos públicos de fomento em ciência, tecnologia e inovação para a implementação de estratégias que assegurem a sinergia e o fortalecimento do Programa junto a outras iniciativas afins.

Articulação com órgãos e entidades afins de fomento à pesquisa clínica para o estabelecimento de parcerias que contribuam com a implementação e aprimoramento do Programa.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do Programa deve se dar por meio de duas frentes de trabalho que dialogam entre si. A primeira deve se dedicar à elaboração e ao acompanhamento da implementação do modelo de gestão de pesquisas clínicas, por meio de atividades internas

ao sistema Instituto CEM do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, ouvidos o Comitê Gestor do Programa e instâncias afins ao tema. Essa frente deverá desenvolver atividades contínuas, porém com prazos para entrega de produtos. A segunda frente de trabalho reveste-se, principalmente, de um caráter de articulação, que poderá, de forma contínua, ter desdobramentos em projetos e ações.

OBETIVO ESPECÍFICO

1: Implementar um modelo de gestão de pesquisas clínicas para o Do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSOque assegure sua institucionalização, efetividade e transparência no processo de aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento, em consonância com as Boas Práticas Clínicas.

Ações: formulação, validação, implementação, monitoramento e avaliação do Modelo.

Participantes: representantes da Seção de Ensino e Pesquisa e das diretorias da sede, das coordenações de ensino e pesquisa do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSOe de outros hospitais de referência em pesquisa clínica, do Comitê Gestor do Programa e de entidades representativas de pesquisa clínica e setor produtivo.

Resultados esperados: institucionalização e harmonização dos processos de trabalho relacionados à pesquisa clínica e instituição de um ambiente de colaboração no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

Metas: A partir da publicação da Portaria, elaboração do escopo geral do modelo em oito meses, e início, a partir de então de sua implementação no HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

2: Estimular, no âmbito do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO, a realização de pesquisas clínicas em insumos estratégicos para Sistema Único de Saúde.

Ações: articulação, definição e pactuação das pesquisas a serem desenvolvidas no âmbito do Programa.

Participantes: Comitê Gestor do Programa e coordenação de ensino e pesquisa do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO.

Resultados esperados: contribuição efetiva do HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSOno processo de desenvolvimento tecnológico de insumos para a saúde para SUS.

Metas: A partir da publicação da Portaria, instituição do Comitê Gestor em três meses e início da realização de estudos colaborativos em 12 meses.

2.7 APRESENTAÇÃO DOS CONVÊNIOS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO